

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech, prevenci
a příznacích cévní mozkové příhody**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
MUDr. et Mgr. Miluše Kotalíková

Autor:
Renata Vychytilová

4.5 2010

The knowing of laic community about high- risk factors, prevention and symptoms of vascular brain stroke

Cerebrovascular accident (CVA, ictus) is a critical state in neurology, when due to disturbance in the blood supply to the brain the local or total damage of brain functions occurs. Only one third of patients with this diagnosis are completely cured. The possibilities how to improve this situation is first of all an early hospitalization of ill in their acute stadium of the disease and an appreciation of preventive care significance.

The main risk factors are: age, heredity, high blood pressure, atherosclerosis, diabetes mellitus, smoking, alcohol, drugs, obesity, stress, lack of physical activity, improper nutrition. The crucial significance for prevention is the regulation of life-style, e.g. sufficient physical activity, proper nutrition and the absence of smoking. Also regular check-ups which can reveal high blood pressure, high level of cholesterol and diabetes mellitus in time are important.

The prevention also includes the education focused on CVA symptoms and the need to act quickly in this case because time is crucial for the treatment of ictus.

The objective of the thesis is to find out the informedness of laic public on the risk factors, prevention and symptoms of cerebrovascular accident. The hypotheses concerning the knowledge of risk factors, prevention and symptoms of cerebrovascular accident were stated. For this thesis the method of questioning by the technique of a questionnaire was chosen. The questionnaire was compiled on the basis of information gained from the professional literature; it was anonymous, designed for laic public and contained 25 closed, open and semi-closed questions, which offered the choice of particular answers and the possibility to fill in respondents' opinions.

The observed group was laic public in Vysočina Region. On the whole 200 respondents were addressed during February and March 2010. The criterion for the choice of respondents was laic (non- medical) public who did not experience CVA irrespective of age and education. The rate of questionnaire return was 83% out of the total number. 22 questionnaires were excluded because they were incomplete.

On the whole the data from 145 questionnaires were elaborated. The hypotheses were proved; the objective of the thesis was fulfilled. Good informedness in the area of risk factors and prevention and insufficient knowledge on the symptoms of ictus were found out.

The results will be published at seminars designed for medical workers in in-patient and out-patient institutions. They might contribute to better informedness of public. Further, the results will be used as the basis for the seminar on the problems of CVA and its prevention, designed for laic public.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech, prevenci a příznacích cévní mozkové příhody“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5 2010

.....
podpis studenta

Poděkování

Děkuji MUDr. et Mgr. Miluši Kotalíkové za obětování jejího volného času, velmi cenné rady, podněty a připomínky při zpracovávání mé bakalářské práce.

Seznam zkratek

BMI (Body Mass Index) - index tělesné hmotnosti

CMP – Cévní mozková příhoda

CS (completed stroke) – ireverzibilní CMP

CT – počítačová tomografie

DM – Diabetes mellitus

DSA - digitální subtrakční angiografie

MR – magnetická rezonance

PET - pozitronová emisní tomografie

RIND (reversible ischemic neurologic deficit) – reverzibilní CMP

SE (stroke in evolution) – progredující CMP

SPECT - jednofotonová emisní počítačová tomografie

TIA (transient ischemic attac) – tranzitorní ischemická ataka

TK – krevní tlak

WHR (Whist Hip Ratio) - poměr obvodu pasu a boků

OBSAH

Úvod	4
1 Současný stav dané problematiky	5
1.1 Definice.....	5
1.2 Epidemiologie.....	5
1.3 Cévní zásobení mozku	6
1.3.1 Fyziologie mozkového prokrvení.....	6
1.3.2 Patofyziologie mozkového prokrvení	7
1.4 Ischemická CMP	7
1.5 Intracerebrální hemoragie	8
1.6 Subarachnoidální hemoragie	9
1.7 Rizikové faktory vzniku CMP.....	9
1.7.1 Neovlivnitelné faktory	9
1.7.2 Ovlivnitelné faktory	10
1.7.3 Částečně ovlivnitelné rizikové faktory.....	12
1.7.4 Přidružené rizikové faktory	12
1.8 Klinický obraz CMP.....	13
1.8.1 Klinický obraz ischemické CMP.....	13
1.8.2 Klinický obraz hemoragické CMP	14
1.9 Diagnostika CMP.....	15
1.10 Terapie akutní CMP.....	17

1.11 Následky cévní mozkové příhody	19
1.12 Veřejnost a informace	20
1.12.1 Poskytování informací.....	20
1.13 Prevence	20
1.13.1 Role sestry.....	21
1.13.2 Výchova ke zdravému životnímu stylu.....	22
1.13.2.1 Výživa	23
1.13.2.2 Pohybová aktivita.....	25
1.13.2.3 Kouření	25
1.13.2.4 Obezita.....	27
1.13.2.5 Stres.....	28
1.13.3 Prevence onemocnění zvyšující riziko CMP.....	29
1.13.3.1 Hypertenze.....	29
1.13.3.2 Ateroskleróza.....	30
1.13.3.3 Diabetes mellitus.....	31
2 Cíl práce a hypotézy	33
2.1 Cíl práce	33
2.2 Hypotézy	33
3 Metodika	34
3.1 Použité metody	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	34

4 Výsledky	35
5 Diskuze	62
6 Závěr	69
7 Seznam použitých zdrojů	70
8 Klíčová slova	74
9 Přílohy	75

Motto:

„Informovanost má zásadní důležitost už jen proto, že účinná prevence je v mnoha případech možná.“

Úvod

Cévní mozková příhoda (CMP) je urgentním stavem v neurologii, kdy z důvodu poruchy krevního oběhu mozku dochází k ložiskovému, nebo povšechnému poškození mozkových funkcí. Pouze 1/3 pacientů s touto diagnózou se zcela vyléčí. Možnosti zlepšení této neradostné situace jsou spatřovány především v časně hospitalizaci nemocných v akutním stadiu onemocnění ve specializovaných centrech a v docenění významu preventivní péče.

Je nutné v populaci zvýšit povědomí o rizikových faktorech, primární prevenci, příznacích CMP a nutnosti okamžité aktivace záchranných služeb.

Bude-li veřejnost poučena o problematice onemocnění a možnosti eliminace jeho vzniku, je větší pravděpodobnost, že se o onemocnění a jeho prevenci bude více zajímat. Předpokladem je, že lépe poučený pacient bude aktivněji spolupracovat. V informování pacienta má velkou roli nejen lékař, ale především sestra. Sestra, která je s pacientem v neustálém kontaktu, může pacienta ovlivnit. Pacientovi nejen vysvětluje, podává informace, ale navíc zjišťuje, zda pacient také všemu rozuměl a podané informace pochopil. Pro toto téma jsem se rozhodla, protože mám vlastní osobní zkušenost s péčí o pacienta po prodělané CMP. Tři roky jsme měli v domácí péči babičku po opakovaných příhodách. Osm let jsem pracovala na Doléčovací a rehabilitační jednotce nemocnice Pelhřimov, kde asi 30% hospitalizovaných tvořili pacienti po prodělané CMP. Péče o tyto pacienty je velmi náročná jak pro ošetřovatelský personál, tak i pro samotné pacienty a jejich blízké, a to jak po stránce fyzické, psychické tak i po stránce ekonomické.

1 Současný stav dané problematiky

1.1. Definice

Cévní mozková příhoda (CMP), jinak také iktus, mrtvice je náhle vzniklá mozková porucha, častěji ložisková, méně často i globální, která je způsobena poruchou mozkové cirkulace, ischemií (80%), nebo hemoragií (20%) – z toho intracerebrálních hemoragií je asi 17% a subarachnoidálních 3%. (1,26)

1.2 Epidemiologie

CMP patří spolu s infarktem myokardu a nádorovými onemocněními k nejčastějším příčinám úmrtí a invalidity. V České republice je incidence více než 300/100 tisíc obyvatel ročně. Téměř 1/3 z nich umírá do jednoho roku a z pacientů, kteří příhodu přežijí, je polovina těžce hendikepována a je odkázána na péči různých sociálních a zdravotních ústavů, v lepším případě na péči rodiny. Závažné je rovněž zjištění, že přes různá preventivní opatření, se v posledních letech incidence cévních mozkových příhod stále mírně zvyšuje. V počtu onemocnění a úmrtnosti na CMP nám v Evropě patří nelichotivé přední místo. Důvodem je především nárůst počtu seniorů, z cerebrovaskulárního hlediska významně rizikových osob. Varovný je rovněž posun výskytu cévních mozkových příhod do stále mladších věkových kategorií, především v důsledku stresu, nezájmu o vlastní zdraví a nedodržování vhodné životosprávy. Díky nedostatečné osvětě přicházejí nemocní postižení iktem k hospitalizaci většinou pozdě. Léčba akutního stadia cévní mozkové příhody i péče následná jsou značně nákladné. Toto vše jsou důvody, proč jsou cévní mozkové příhody, přes nesporný pokrok v diagnostice i v terapii, stále závažným problémem, a to nejen medicínským, ale i sociálním, společenským a ekonomickým a v neposlední řadě i problémem etickým. (12,20)

1.3 Cévní zásobení mozku

Mozek je zásobován čtyřmi přívodnými tepnami, párovými vnitřními krkavicemi a vertebrálními artériemi, které se spojují v artérii bazilární. Prostřednictvím komunikujících artérií tyto tepny vytvářejí na spodině mozku tzv. Willisův okruh, důležitou spojku nejen mezi karotickým a vertebrobazilárním povodím, ale i mezi pravou a levou stranou mozkové cirkulace. Willisův okruh umožňuje redistribuci krve z dobře zásobených oblastí mozku do oblastí insuficientních. Kompenzuje tak nebezpečí vzniku lokální ischemie. Z Willisova okruhu vycházejí dva systémy artérií. Po povrchu mozku probíhají velké párové tepny, které zásobují kortikální a subkortikální oblasti mozkové tkáně. Drobné perforující artérie odstupující z přední (karotické) i zadní (vertebrobazilární) části Willisova okruhu zásobují centrální struktury mozku, především bazální ganglia, thalamus, hypothalamus a dráhy vnitřního pouzdra. Mozkový kmen je zásobován větvkami z vertebrobazilárního povodí, mozeček třemi párovými mozečkovými tepnami. Každá oblast má svou zásobující artérii, každá artérie má své cévní teritorium. Morfologicky normální a funkčně zdatný cévní systém mozku je podmínkou optimální mozkové cirkulace. (20,26)

1.3.1 Fyziologie mozkového prokrvení

Výsadní postavení mozku v organismu je zajištěno jeho mimořádně enormními energetickými nároky. I když se mozek podílí na celkové hmotnosti pouze 2%, vyžaduje až 17% minutového srdečního objemu a využívá 20% z celkové spotřeby kyslíku. Protože mozkové buňky mají minimální, nebo žádné energetické rezervy, je nezbytné, aby mozková perfúze byla nejen konstantní a dostatečná, ale i adekvátní metabolické potřebě mozku. K zajištění těchto požadavků slouží několik regulačních mechanismů. Jsou to autoregulace, periferní cévní rezistence a chemicko-metabolická regulace. (20,31)

„ Autoregulace je fyziologickou adaptací mozku k udržení stálého krevního průtoku nezávisle na změnách perfúzního tlaku a je zajišťována především vazoaktivním tonem kapilár“. (1, str. 172)

Periferní cévní rezistence je vyjádření odporu, který proudící krvi klade céva. Optimální krevní tlak, vyrovnané hemoreologické parametry a nízká periferní cévní rezistence, jsou základním předpokladem dostatečné a kontinuální mozkové perfúze.

Metabolická regulace je vazomotorickou reakcí na metabolické změny pH mozkové tkáně. Zajišťuje rychlou reakci na aktuální metabolické nároky jednotlivých mozkových struktur a tím i adekvátní perfúzi. (1,20)

1.3.2 Patofyziologie mozkového prokrvení

Za normálních okolností je mozková perfúze 50-60 ml/min na 100g mozkové tkáně. Při poklesu průtoku nastupují kompenzační mechanismy – vazodilatace arteriol a zvýšení extrakce kyslíku z krve. Pokud nepoklesne pod 20 ml/min, není neuronální funkce významněji ovlivněna. Pokud průtok klesne pod 20 ml/min, kompenzační mechanismy jsou nedostatečné a perfúze nedokáže zajistit energetické nároky neuronů. Dochází k poruše jejich funkce, projevující se klinickými příznaky ischemické léze. Pokud se mozková perfúze včas a v dostatečném množství obnoví, je to stav reverzibilní. Ireverzibilní změny ve struktuře neuronů vznikají při déletrvající hypoperfuzi nebo v případě, že klesne průtok pod 10ml/min (jádro ischemie). Předmětem intenzivní léčby je právě část mozku s průtokem mezi 10-20ml/min, která představuje tzv. ischemický polostín (zona penumbra) charakteristický poruchou funkce, při ještě uchované životaschopnosti mozkových buněk. (2,20,26,31)

1.4 Ischemická CMP

Ischemické CMP vznikají jako důsledek poruchy prokrvení určité oblasti mozku nebo celého mozku s jeho následnou hypoxií. Příčiny ischemických CMP jsou *lokální* – zodpovědné za ložiskovou symptomatologii a *celkové* – vedoucí k difúznímu hypoxickému poškození mozku. Ložiskové příčiny jsou vaskulární (ateroskleróza, trombóza, zánětlivé poškození cévní stěny), srdeční (embolie při chlopenní vadě, arytmie) a hematologické (abnormity koagulačních mechanismů s následnou trombózou). Celkové příčiny pak ovlivňují funkci mozku jako celku, způsobují difúzní mozkovou hypoxií (hypoxickou, stagnační, anemickou nebo z reologických příčin).

2/3 ischemických CMP jsou způsobeny trombotickým postižením nasedajícím na dysfunkční či jinak poškozený endotel a 1/3 ischemických CMP je způsobena embolií. Nejčastějším zdrojem embolů bývají tromby v srdci nebo v oblasti magistrálních tepen.

Mozkové ischémie můžeme diferencovat podle různých kritérií. Podle mechanismu vzniku na obstrukční (okluzivní), kdy dojde k uzavěru cévy trombem nebo embolem, a neobstrukční, vznikající hypoperfúzí z regionálních i systémových příčin. V současnosti se rozlišují čtyři subtypy mozkových infarktů. Aterotromboticko-embolický okluzivní proces velkých a středních artérií (40%). Arteriopatie malých cév – lakunární infarkty (20%). Kardiogenní embolizace a ostatní, kam řadíme koagulopatie, hemodynamické příčiny, neaterosklerotické poruchy a infarkty idiopatické.

Dále můžeme dělit CMP podle vztahu k tepennému povodí na infarkty teritoriální, v povodí určité mozkové tepny, interteritoriální, na rozhraní povodí jednotlivých tepen a při postižení malých perforujících artérií na infarkty lakunární.

Podle časového průběhu dělíme CMP na tranzitorní ischemické ataky – TIA (transient ischemic attac). Jde o epizodu fokální mozkové dysfunkce, která kompletně odezní do 24 hodin. Reverzibilní CMP – RIND (reversible ischemic neurologic deficit), která trvá déle než 24 hodin a odeznívá do 14 dnů, někdy s drobným funkčním deficitem. Progredující CMP – SE (stroke in evolution), kdy postupně narůstá fokální mozková hypoxie s progresí klinických příznaků. Ireverzibilní CMP – CS (completed stroke). Je to dokončená příhoda. Představuje ložiskovou hypoxii mozku s trvalým funkčním deficitem. (1,26)

1.5 Intracerebrální hemoragie

Intracerebrální hemoragie vznikají v důsledku ruptury cévní stěny některé z mozkových artérií. Ve srovnání s ischemickou příhodou jsou zatíženy vyšší mortalitou. Krvácení může být tříštivé, nebo globózní. Závisí na výši krevního tlaku, velikosti ruptury cévní stěny a odporu okolní tkáně. Progrese klinického stavu vzniká rozvojem mozkového edému a stlačením okolních cév. Následuje hypoxické postižení příslušného teritoria a toxické působení koagula. (1,20,26)

80% všech parenchymových hemoragií tvoří tříštivá, tzv. typická krvácení, která jsou převážně způsobena rupturou cévní stěny postižené chronickou arteriální hypertenzí. Mortalita je vysoká, protože proud krve způsobuje destrukci mozkové tkáně. Nejčastější lokalizací je oblast centrálních perforujících artérií s následným krvácením do bazálních ganglií, thalamu a vnitřního pouzdra. Méně často do mozkového kmene a mozečku.

20% parenchymových hemoragií tvoří globózní, tzv. atypická krvácení. Jsou většinou způsobeny rupturou cévní anomálie, nejčastěji kavernózního angiomu. Typickou lokalizací je subkortikální oblast. Prognóza je příznivější, protože nedochází k destrukci, ale pouze k útlaku mozkové tkáně.

Dalšími příčinami krvácení mohou být arteriovenózní malformace, nejružnější angiopatie a koagulopatie, a komplikace medikamentózní léčby, především léčby antikoagulační a trombolytické, abuzus drog (kokain) a další. (1,20,26)

1.6 Subarachnoidální hemoragie

3–5% z celkového počtu CMP tvoří subarachnoidální krvácení. Je to závažné onemocnění s vysokou mortalitou s maximem výskytu v pátém a šestém decéniu. Jeho nečastější příčinou je ruptura aneurysmatu tepen Willisova okruhu a odstupů hlavních mozkových artérií. Masivní hemoragie může vést rychle ke smrti mozku jeho tamponádou, nebo destrukcí. (20)

1.7 Rizikové faktory vzniku CMP

1.7.1 Neovlivnitelné faktory

Věk – Po dosažení 55 let se v každé následné dekádě zvyšuje riziko více než dvojnásobně jak u mužů, tak u žen, zejména proto, že se kumulativně uplatní ostatní rizikové faktory. (11,12)

Pohlaví - Výskyt je lehce vyšší u mužů nežli u žen v poměru 1,3:1. Tento poměr se lehce mění v závislosti na věku, kdy ve vyšších věkových kategoriích dochází k lehké převaze žen. (11,12)

Genetické dispozice – Jsou významné pro iktus a jeho rizikové faktory, např. hypertenze, srdeční onemocnění, diabetes, cévní malformace. Existují také genetické poruchy, které zvyšují riziko výskytu CMP, např. polycystické onemocnění ledvin, neurofibromatóza, genová mutace faktoru V (leidenská mutace) aj. U mužů je vyšší riziko, pokud jejich matky zemřely na iktus a u žen s rodinnou zátěží ikty. Výskyt ikty u obou rodičů zvyšuje riziko u jejich dětí.(6,7,12)

Rasa –, *U černochoů je průkazně vyšší mortalita než u bělochů, vyšší incidence iktů i mortalita je zejména u Číňanů a Japonců.* “ (12, str. 114)

1.7.2 Ovlivnitelné faktory

Hypertenze - Je to onemocnění, při kterém je chronicky zvýšený tlak krve v cévním řečišti. Za arteriální hypertenzi považujeme opakovaně naměřené hodnoty krevního tlaku vyšší než 140/90 mm Hg, prokázané alespoň u dvou ze tří měření pomocí auskultační metody. Arteriální hypertenze je nejvýznamnějším rizikovým faktorem ischemické i hemoragické CMP. Významně akceleruje nejen vznik aterosklerózy, ale i postižení drobných cerebrálních tepen, mikroangiopatií. Riziko vzniku cerebrovaskulárních příhod je 7x vyšší v porovnání s normotonií. Riziko se zvyšuje spolupůsobením dalších rizik, jako je kouření, zvýšená glykémie, zvýšená hladina celkového cholesterolu a snížená hladina HDL cholesterolu. (4,6,25,27) Kalita uvádí, „že podle metaanalýz randomizovaných studií léčby hypertenze z počátku 90 let minulého století se prokázalo, že léčba hypertenze snižuje výskyt CMP zhruba o 42% a snižuje cerebrovaskulární mortalitu podstatně více než mortalitu koronární, a to shodně ve studiích se systolickou – diastolickou hypertenzí i ve studiích s izolovanou systolickou hypertenzí.“ (12, str. 114)

Ateroskleróza – Podstatou aterosklerózy je skleróza stěny artérií způsobená ukládáním lipidů a následnou fibrózou a případně i ukládáním kalciových solí do takto změněných tkání. Zúžení průsvitu cév podmíněné tímto procesem a následnými trombotickými komplikacemi způsobuje ischemii tkání, které cévy zásobují. Aterosklerotické postižení a zejména stenózy magistrálních mozkových tepen jsou významným rizikovým faktorem. Mohou vést ke vzniku CMP několika mechanismy,

a to hypoperfúzi u závažných stenóz, embolizací exulcerovaného plátu, trombózou v místě plátu, nebo krvácením do plátu. (6,7)

Obezita je nejčastější forma poruchy výživy, nadměrné hromadění tuku v těle, který vede ke zvýšení tělesné hmotnosti v důsledku dlouhodobé nerovnováhy mezi příjmem a výdejem energie. Rozlišujeme abdominální (androidní), mužský typ obezity, kdy se tuk ukládá do oblasti břišní a rychleji se uvolňuje. Gynoidní (pánevní) ženský typ obezity. Tuk se ukládá do oblasti boků, stehen a uvolňuje se pomaleji.

Obezita je závažným rizikovým faktorem, a to zejména pro vývoj metabolického syndromu a indukce dalších rizikových faktorů. Je i samostatným rizikem, jak pro vznik CMP, tak pro mortalitu na CMP. Rizikovější je centrální (abdominální) typ obezity. (11)

Kouření zvyšuje riziko ischemického iktu lineárně k počtu vykouřených cigaret a přítomnosti hypertenze. Rizikem je i kouření pasivní. Patofyziologický vliv kouření je multifaktoriální. Postihuje cévy a reologii krve. Potencuje ztlustění arteriální cévní stěny, je prediktorem arteriální aterosklerózy. Zvyšuje krevní srážlivost, krevní viskozitu a hladinu fibrinogenu, podporuje agregaci destiček a zvyšuje krevní tlak, snižuje hladinu HDL – cholesterolu a zvyšuje hematokrit. (11,25)

Alkohol – Nízká až střední konzumace alkoholu snižuje riziko vzniku ischemických iktů. Zvyšující se dávky alkoholu zvyšují riziko CMP různými mechanismy. Podporují hypertenzi, hyperkoagulační stavy, poruchy srdečního rytmu (fibrilace síní). Snižují mozkovou perfúzi a průtok krve mozkem. Dlouhodobá konzumace destilátů nad 60 g/den zvyšuje riziko všech typů iktů, zejména intracerebrálního, a subarachnoidálního krvácení. (12)

Abúzus návykových látek – Nejčastější drogou asociovanou s iktem je kokain, ale neméně významné jsou i ostatní návykové látky a halucinogeny. Patogeneze iktu je u drogově závislých multifaktoriální. Náhlý vzestup krevního tlaku, vaskulitidy, hemostatické a hematologické poruchy, které zvyšují krevní viskozitu a agregabilitu destiček. (12)

Homocystein - Zvýšená hladina homocysteinu je považována za rizikový faktor vaskulárních příhod. Hyperhomocysteinémie komplexně působí na cévní stěnu a na vlastnosti krve, způsobuje změnu struktury a funkce mozkových cév. (12)

1.7.3 Částečně ovlivnitelné rizikové faktory

Srdeční choroby – Onemocnění srdce se na vzniku CMP podílí dvěma mechanismy a to buď selháním hemodynamiky s manifestací dosud kompenzované ložiskové poruchy prokrvení mozku, nebo embolizací ze srdce do mozkové cirkulace. Jsou to zejména kardiální dekompenzace, fibrilace síní, chlopenní vady, ischemická choroba srdeční, otevřené foramen ovale a hypertrofie levé síně. (6,7,12)

Diabetes mellitus – Diabetes mellitus (DM, cukrovka, diabetes) je různorodá skupina chronických onemocnění, jejichž společným základním znakem je hyperglykémie. Příčinou hyperglykémie je absolutní nebo relativní nedostatek inzulínu, který má za následek komplexní poruchu metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. Diabetes ovlivňuje funkci endotelií, buněk hladké svaloviny cév a trombocytů, potencuje zejména rozvoj mikroangiopatie a tím zvyšuje riziko vzniku cévních chorob. Riziko CMP je až 6x vyšší, než u nediabetické populace. Špatná kompenzace chronické hyperglykémie je přímo úměrná vzniku iktu. Diabetes předčasně iniciuje a akceleruje aterosklerózu a zvyšuje kardiovaskulární mortalitu a morbiditu. (7,12,24)

Lipidy – Poruchy metabolismu tuků jsou jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů předčasné manifestace aterosklerózy. A to zejména u zvýšeného celkového cholesterolu a LDL cholesterolu a nízké hladiny HDL cholesterolu. (12)

1.7.4 Přidružené rizikové faktory

Stres – Individuální emoční reakce, osobní a interpersonální problémy, pracovní stres, socioekonomické katastrofy apod. vedou k extrémní sympatické aktivaci, která se projeví výrazným zvýšením krevního tlaku a tepové frekvence. Stres s nadměrnou sympatickou aktivitou a také nízký socioekonomický stav mohou být významným rizikovým faktorem CMP, převážně pro ischemický iktus. (7)

Orální antikoncepce – Riziko iktu u žen užívajících orální antikoncepci, u kterých se nevyskytuje jiný rizikový faktor, je nízké. Toto riziko se potencuje např. kouřením. (12)

Nedostatek fyzické aktivity – Fyzická inaktivita je rizikovým faktorem pro všechny typy iktů. Ochranný vliv má střední a vysoká fyzická aktivita. Kladný vliv zvýšené fyzické aktivity může být i zprostředkovaný, zejména redukcí nadváhy, ovlivněním hypertenze a tepové frekvence. U osob, které pravidelně cvičí je také prokázáno snížení hladiny fibrinogenu, aktivace destiček, zvýšení hladiny aktivátoru tkáňového plasminogenu a koncentrace HDL cholesterolu a snížení LDL cholesterolu, zlepšuje glukózovou toleranci a inzulinovou senzitivitu. (12)

Nevhodné diety – Škodlivé jsou diety s vysokým obsahem tuků a cholesterolu, vysoký příjem sodíku, nízký příjem minerálů, hlavně draslíku. Protektivní vliv mají diety s dostatkem ovoce a zeleniny, ryb a celozrnných výrobků a naopak červená a grilovaná masa, výrobky z bílé mouky, dezerty a moučníky riziko iktů zvyšují. (12)

1.8 Klinický obraz CMP

Klinický obraz CMP je značně variabilní. Závisí na lokalizaci hypoxie, jejím rozsahu, rychlosti jejího vzniku, době jejího trvání, kompenzačních mechanismech, preventivní léčbě a na celkovém stavu nemocného. (20)

1.8.1 Klinický obraz ischemické CMP

Nejtypičtějším projevem CMP je motorický deficit různého stupně. Můžeme se setkat s poruchou jemných pohybů při zachovalé svalové síle, parézou až plegií. Typickým nálezem u CMP je hemiparéza, nebo hemiplegie. V případě hemisferálních iktů je ochrnutí přítomno kontralaterálně vzhledem k lokalizaci infarktu. Při postižení a. cerebri media je ochrnutí výraznější na horní končetině. Pokud je postižena a. cerebri anterior je ochrnutí více vyjádřeno na dolní končetině. Může dojít k poruše hybnosti pouze na jedné končetině (monoparéza, monoplegie). V případě kmenových lézí, nebo při kombinaci postižení obou hemisfér mohou být ochrnuty tři (triparéza, triplegie), nebo čtyři končetiny (kvadruparéza, kvadruplegie). (9,11,17)

Téměř stejně časté jako motorické deficity jsou somatosenzorické poruchy. Může jít o snížení citlivosti (hypestezii), vyhasnutí citlivosti (anestézii), nebo změnu vnímání kvality cití (dysestezii). Častý je i pocit brnění, mravenčení (parestezie).

Při poruchách vyšší nervové činnosti mohou být v různé míře narušeny fatické funkce jako je porucha porozumění a tvorby řeči (dysfázie, afázie), porucha artikulace při zachovalém porozumění (anartrie, dysartrie), neschopnost pojmenovat specifický objekt (anomie). Mohou se objevit i poruchy psaní (dysgrafie, agrafie), čtení (dyslexie, alexie). Často je přítomen neglect syndrom. Jde o poruchu vnímání vlastního těla, nebo prostoru. Specifickým příznakem je apraxie, kdy nemocný není schopen provádět účelové pohyby jako je používání klíčů, příborů, zavázání tkaničky.

Dalším příznakem CMP jsou poruchy zraku. Následkem hemodynamicky významné stenózy a. karotis interna, nebo poruchou perfúze v povodí a. ophthalmica a a. centralis retinae je přechodná ztráta vidění na jedno oko, tzv. amaurosis fugax, nebo výpadek poloviny zorného pole (hemianopsie). Při oboustranné ischemii v povodí a. cerebri posterior vzniká korová slepota. Mohou se objevit i zrakové halucinace.

Velmi častým fenoménem jsou také poruchy rovnováhy. Nemocní je vnímají jako pocit nejistoty a poruchy koordinace končetin.

U CMP se také můžeme setkat s poruchami vědomí, a to kvantitativními na úrovni somnolence, soporu až kómatu, nebo kvalitativními na úrovni amence, zmatenosti až deliria.

Průvodními příznaky akutní CMP jsou neklid, úzkost až panický strach, které jsou přítomny u více než poloviny nemocných. Nauzea a zvracení mohou být příznakem při postižení mozkového kmene, nebo důsledkem intrakraniální hypertenze. Častým příznakem je i bolest hlavy. (9,11,17)

1.8.2 Klinický obraz hemoragické CMP

Klinicky je nejdůležitějším příznakem bolest hlavy. V úvodu bývá prudká, zničující, bývá difúzní i lateralizovaná, v dalším průběhu s rozvojem meningeálního syndromu (tzv. aseptické meningitidy) se stává tupá a difúzní. Z dalších příznaků se mohou vyskytovat ložiskové příznaky a v těžších případech porucha vědomí. (6)

1.9 Diagnostika CMP

Základem diagnostiky CMP je důkladný rozbor anamnestických údajů a klinického obrazu onemocnění. Následují urgentně provedená laboratorní a přístrojová vyšetření. (20)

Anamnestické údaje se získávají buď od pacientů, nebo osob jim blízkých. Nejdůležitější informací je nynější onemocnění, jeho začátek, příznaky a jejich dosavadní průběh. Z rodinné anamnézy jsou významné údaje o výskytu CMP, hypertenze, z osobní anamnézy srdeční onemocnění, periferní projevy aterosklerózy, diabetes mellitus a další rizikové faktory.

Interní vyšetření podává informace o celkovém stavu pacienta a o možných příčinách vzniku CMP, jako je např. hypertenze, srdeční a vaskulární faktory, metabolické příčiny atd., a je tedy velmi důležité pro další léčebný postup.(9)

Na základě neurologického vyšetření se zjišťuje rozsah poruchy vědomí, hybnosti, povrchového a hlubokého cití, kognitivních a řečových funkcí.

Akutní diagnostické testy jsou nezbytné pro rozlišení mezi různými typy CMP – mozkovou ischémií, intracerebrální hemoragií či subarachnoidálním krvácením (SAH). Zároveň vylučují jiná mozková onemocnění. Pomáhají určit příčinu mozkové ischémie. Testy identifikují souběžná onemocnění či komplikace vzniklé v souvislosti s cévní mozkovou příhodou, které by mohly ovlivnit prognózu. (1)

Počítačová tomografie mozku (CT vyšetření) je nejdůležitější metodou v diagnostice CMP pro svoji diagnostickou výtěžnost a snadnou dostupnost. Prioritní je zejména v diagnostice intrakraniálních a subdurálních hemoragií. Nevýhodou CT je, že v akutní fázi ischemické CMP je buď negativní, nebo jsou přítomny jen velmi subtilní nálezy. Diagnostické možnosti se značně rozšířily zavedením nových CT technik – perfúzního CT a CT angiografie. Pomocí perfúzního CT se kvantitativně měří perfúze mozkové tkáně v daném regionu mozku. Za použití CT se sleduje průchod bolusu jódové kontrastní látky cévními strukturami mozku. CT angiografie se provádí na spirálním CT, které umožňuje provést vyšetření dostatečně rychle, tak aby se

zobrazily cévy ve vyšetřované oblasti rovnoměrně naplněné kontrastem. U ischemické CMP lze provést CT angiografii následně po nativním i perfúzním CT. (1,9,20)

Vyšetření *magnetickou rezonancí* (MR) je v detekci ischemické CMP prioritní a významná. V současné době je nejcitlivější metodou v detekci ischemie mozkové tkáně. Její nevýhodou je nízká dostupnost a vysoká finanční náročnost. (1,20)

Digitální subtrakční angiografie (DSA) je počítačové zpracování angiografického nálezu. Indikuje se zejména u akutní CMP. Velký význam má při angiochirurgických a endovaskulárních intervencích. (1,9,20)

Z ultrazvukových vyšetření se provádí *duplexní sonografie extrakraniálních krčních tepen a transkraniální Doppler*. Používají se ke zjištění okluze cév, k posouzení stavu kolaterálního řečiště a ke zjištění rekanalizace cévy. Jiná ultrazvuková vyšetření jsou např. *transtorakální a transesofageální echokardiografie*. Jejich pomocí lze detekovat zdroj embolie srdečního původu. Tato vyšetření se obvykle neprovádějí akutně na příjmu, ale během 24 hodin od začátku cévní mozkové příhody. (1,9,20)

Pomocí *PET (pozitronová emisní tomografie)* lze zobrazit funkční mozkový regionální metabolismus a průtok krve, ale pro velkou finanční náročnost se zatím používá spíše pro vědecký výzkum. Velmi často používanou vyšetřovací technikou je *SPECT (jednofotonová emisní počítačová tomografie)* sloužící k zjišťování poruch perfúze mozkové tkáně. (1,9,20)

U všech pacientů postižených cévní mozkovou příhodou se provádí *elektrokardiogram a rentgen srdce a plic*. CMP se může vyskytnout zároveň s infarktem myokardu. Při hemisferální CMP může dojít k arytmiím, subendokardiálnímu infarktu a srdečnímu selhání. Na druhé straně srdeční arytmie jsou často příčinou embolické mozkové příhody. Nezbytné je také *vyšetření očního pozadí* pro zjištění hypertenzní encefalopatie, sklerotických změn na sítnici a zejména městnání na očním pozadí. (25)

Laboratorními metodami se vyšetřují parametry vnitřního prostředí, krevní obraz, koagulace, glycidový metabolismus, jaterní a ledvinné funkce a zánětlivé markery. (25)

1.10 Terapie akutní CMP

Léčba cévní mozkové příhody je komplexem celé řady opatření. Každá cévní mozková příhoda musí být posuzována jako urgentní stav, který vyžaduje neodkladnou péči. Při akutní mozkové příhodě hraje velkou roli čas a možnost kvalifikovaného poskytnutí nejmodernější léčby. V ČR vznikly iktové jednotky a iktová centra, kde je pacientům poskytnuta kvalitní odborná péče. Osoby po cévní mozkové příhodě žijí dokonce aktivním životem, pokud je na počátku onemocnění poskytnuta rychlá a adekvátní péče spojená s kvalitní rehabilitací. Léčba akutní mozkové příhody vyžaduje spolupráci více specializací – neurolog, internista, kardiolog, anesteziolog, neurochirurg, pracoviště se zobrazovacími metodami, laboratoře, logoped, fyzioterapeut, psycholog, ergoterapeut, sociální pracovník. Léčebné postupy vždy závisí na závažnosti stavu. (19,20)

Terapie CMP je zaměřena několika směry a každý má své nezastupitelné místo. Léčba zahrnuje celkovou intenzivní terapii, cílenou medikamentózní léčbu, rehabilitaci, reedukaci řeči a psychoterapii. V indikovaných případech endovaskulární, nebo angioneurochirurgické intervence. (3,20)

Celková intenzivní terapie zahrnuje monitoraci, zajištění a udržování vitálních funkcí, monitoraci a léčbu poruch vnitřního prostředí, metabolismu cukrů, úpravu poruch hematologických a hemokoagulačních parametrů, zajištění optimální nutriční podpory a prevenci psychických reaktivních stavů. Nedílnou součástí léčby je i intenzivní ošetrovatelská péče zaměřená na prevenci komplikací vznikajících z imobility. (3)

Cílená medikamentózní terapie je zaměřená na potlačení hypoxického poškození nervových buněk a na rychlou reperfúzi ischemického ložiska. Zahrnuje léčbu neuroprotektivní, která pomáhá stabilizovat metabolicky nepříznivou situaci ischemické mozkové tkáně v zona penumbra, zvyšuje šanci na zachování buněk v této oblasti. (3)

Antitrombotická léčba zasahuje přímo do děje hemokoagulace a je terapií ischemických iktů, ale má přísné a přesné indikace. Zahrnuje tři skupiny léků. Prvním typem jsou léky antiagregační, které brání adhezi a agregaci trombocytů a jejich vazbě s fibrinem. Pro snížení agregace krevních destiček stačí již dezaktivace jejich

20%. Nejpodávanější je kyselina acetylsalicylová, která má prolongovaný antiagregační efekt trvající 7-10 dní. Tato látka se často podává dlouhodobě v rámci prevence po prodělaném mozkovém infarktu. (1,3,20)

Dalším typem jsou antikoagulanty, která blokují srážení krve. Léčba spočívá v aplikaci heparinu nebo heparinoidů při prevenci lokálního vzrůstu okludujícího trombu. Léky jsou kontraindikovány v případě rizika krvácení. (1,20)

Poslední skupinou je trombolytická terapie. Využívá se k rekanalizaci mozkové tepny uzavřené trombem nebo embolem. Používá se tkáňový aktivátor plasminogenu, působící selektivně na fibrin. Nejčastější indikací je trombóza *a. basilaris* a chirurgicky neřešitelné trombózy karotid. Pro úspěšnost této léčby je nutné aplikovat lék do periferní žíly (intravenózní trombolýza) maximálně 3 hodiny od vzniku ischemické příhody. Pomocí aplikace léku do místa uzavřené tepny v rámci angiografického vyšetření (intraarteriální trombolýza) lze pacienty léčit až do 6 hodin od vzniku příhody. Včasné zahájení léčby může vést ke zprůchodnění ucpané cévy a ústupu klinických potíží. Nevýhodou této metody je již zmiňovaný velmi krátký interval pro podání intravenózní trombolýzy a četné kontraindikace. Terapie by neměla být zvolena například u pacientů s malým, nebo se rychle zlepšujícím neurologickým deficitem (TIA), nebo naopak velkým neurologickým deficitem, s intrakraniálním krvácením v anamnéze, CMP či vážné kraniotrauma v posledních 3 měsících. (1,3,20)

Hemoreologická léčba snižuje viskozitu krve a zlepšuje mikrocirkulaci, zejména v okolí ischemického ložiska. Používají se blokátory kalciových kanálů, nebo nízkomolekulární dextran. U těžších akutních CMP se k potlačení a rozvoji mozkového edému indikuje antiedematózní terapie. Nejčastěji se využívají kortikoidy a manitol. V pozdějším období stabilizace klinického stavu je vhodná vazodilatační terapie ke zlepšení celkové regionální cirkulace. (1,3,20)

Symptomatická léčba závisí na průběhu nemoci. Je to zejména optimalizace krevního tlaku, stabilizace srdeční činnosti, úprava tělesné teploty, zvládnutí neklidu i případných epileptických záchvatů. (1)

Rehabilitace a reedukace řeči musí být prováděna od samého začátku onemocnění. Mozková tkáň je schopna adaptace, podmínkou je však časné zahájení

intenzivní rehabilitační a logopedické péče. Odborně vedená psychoterapie zlepšuje spolupráci nemocného na léčebném programu. (1)

Indikace k operačnímu zásahu je dána lokalizací hematomu, povrchové léze jsou dostupnější a tedy snáze operovatelné, naopak přístup k hlubokým krvácením je obtížný a pro část tkáně zničující. Pro operační řešení je rozhodující také nález na CT a vývoj stavu pacienta. Riziko komplikací je vždy vysoké. Neurochirurgický zákrok je absolutně indikován u mozečkových krvácení, kde při zvyšující se intrakraniální hypertenzi hrozí útlak mozkového kmene a ohrožení vitálních funkcí. U subarachnoidálního krvácení je cílem operačního výkonu uzavřít aneuryzma, operace je urgentní, neboť hrozí opakované krvácení. (1,20)

1.11 Následky cévní mozkové příhody

Následky závisí na lokalizaci a velikosti infarktu, věku, přidružených onemocněních a včasnosti diagnózy a zahájení léčby.

Klinické spektrum následků je široké. Od úplného zdraví bez jakéhokoliv postižení, až po kóma či smrt. Mezi méně závažné následky patří například lehká porucha hybnosti nebo porucha citlivosti. Tyto poruchy lze výrazně zlepšit nebo upravit rehabilitací. Těžkým postižením je pak plegie nebo hemiplegie, porucha fatických funkcí (týkajících se řeči, schopnosti pojmenovat předmět, porozumět řeči, číst, psát a počítat) a gnostických funkcí (poznávací funkce, schopnost poznat viděné předměty, rozeznat a pochopit slyšené zvuky, poznat hmatem předměty, rozeznat části svého těla atd.). Vážné jsou různé typy poruch vědomí. Neméně závažné jsou i následky psychologické. (20, 22)

1.12 Veřejnost a informace

1.12.1 Poskytování informací

Komunikace je specifickou formou spojení mezi lidmi, a to prostřednictvím předávání a přijímání významů. Je to proces sdělování, výměny informací, názorů a myšlenek od jednoho člověka k druhému na základě určitého znakového systému (abeceda, zvuky, gesta). Komunikační proces probíhá vždy mezi dvěma a více lidmi. Při předávání informací veřejnosti je využívána komunikace interpersonální a masová (30). Interpersonální je komunikace mezi dvěma osobami. Té by měla využívat sestra ve své praxi. Sestra musí umět komunikovat, ale i naslouchat. Komunikace je vždy ovlivněna předchozími zkušenostmi i momentální situací, ve které se odehrává. Komunikace mezi sestrou a pacientem probíhá neustále, tvoří základní linii ošetrovatelské péče. Vyžaduje zvláštní dovednosti, které se sestra učí již během přípravy na své budoucí povolání a v rámci praxe a následného celoživotního vzdělávání je musí neustále rozvíjet a zdokonalovat. Komunikace slouží k navázání a prohlubování vztahu mezi sestrou a pacientem. (8,30)

Masová komunikace je obvykle chápána a vykládána jako komunikace masmediální, tedy jako komunikace probíhající skrz masová média. Naopak širším názvem pro masovou komunikaci je komunikace s veřejností. Masová komunikace je dostupná téměř každému, kdo o ni má zájem. Prostředky masové komunikace - hromadné sdělovací prostředky jsou knihy, časopisy, noviny, televize, rozhlas, internet, ale i reklama. (30)

1.13 Prevence

Prevence znamená předcházení. Je to cílená činnost, která vychází z poznání, že zabránit, aby nemoc nastala, je vždy jednodušší, než odstraňování mnohdy nezvratných následků. Cílem prevence je předcházet nemocem. Rozlišujeme 3 typy prevence: primární, sekundární a terciální.

Primární prevenci dělíme na specifickou, která je zaměřena proti rizikům, nebo určitým nemocem, a nespecifickou, která má vést k posílení nebo rozvíjení zdraví. V rámci primární prevence se snažíme ovlivnit příčiny nemocí, snížit vliv rizikových faktorů a zvýšit působení faktorů ochranných. Primární prevence je založena na aktivitách samotného jedince, na jeho životním stylu, chování, jeho volbách a rozhodnutích. K tomu ale potřebuje být dobře informován.

Sekundární prevence se zaměřuje na včasné odhalení již vzniklé poruchy či přímo nemoci, pokud možno v časném stádiu, tak aby nedošlo k vlastnímu plnému rozvoji a porucha či nemoc mohla být úspěšně vyléčena. Cílem je zabránit dalšímu rozvoji, zachytit onemocnění co nejdříve. Léčba pokročilého onemocnění je nákladnější než léčba brzkého stadia.

Terciální prevence je zaměřena na problémy, jež s sebou přináší nemoc, která již propukla. Cílem terciální prevence je odstranění následků již propuklé nemoci nebo zabránění vzniku handicapu. (15,29)

1.13.1 Role sestry

S vývojem nových trendů v ošetrovatelství a vznikem reformy celého systému zdravotnictví se mění také role sestry, která se stává klíčovou postavou ve vytvářejícím se novém systému zdravotní péče. Sestra musí vystupovat nejen jako ošetrovatelka, ale i jako edukátorka a nositelka změn. Nová role sester je více zaměřená na zdravotní výchovu. Důraz je kladen na prevenci nemocí a na podporu zdraví, které je předpokladem plnohodnotného života. Preventivní strategie může být cílena na celou populaci, na jednotlivé komunity nebo na jednotlivce. Prvořadá odpovědnost za zdraví ale zůstává na každém člověku. (10)

Zdravotní výchova může být provedena formou individuálního rozhovoru s klientem při návštěvě ordinace nebo formou hromadné edukace. Sestra využívá zásady edukačního procesu s využitím přednášky, vytváření plakátů, brožur atd. Znalost principů edukace vyžaduje od sester dostatek vzdělání, zkušeností a dovedností. Při edukačním procesu musí být dodržována určitá pravidla. Sestra musí znát výukový materiál, vědět, co učí. Informace předává citlivě, empaticky, na základě zhodnocení

pacientova emocionálního stavu. Klíčem k vytvoření pozitivního vztahu je respektovat pacienta jako člověka. (28,32)

Změna chování a zaběhnutého životního stylu je nesmírně těžká. Na přijetí změny je třeba určitý čas. Někdy změna chování nastat nemusí. Příčiny odmítání změny mohou být z různých důvodů. Lidé mohou mít pocit, že ztráty, které změna životního stylu a chování přináší (např. vzdát se svých oblíbených jídel a nápojů), jsou větší, než přínos změny. Někteří nepřesně vnímají situaci, nemají dostatečné informace, nesouhlasí se změnou, mají pocit omezení, nebo nejsou schopni změnu provést. Při odmítavém postoji se sestra snaží zjistit příčinu odmítání, upřesnit podané informace, vysvětlit negativní následky jeho postoje, dodává odvalu a sebejistotu. Pokud se i přes dostatečné množství informací rozhodne nemocný žít stejným způsobem, je třeba jeho názor respektovat. (28,32)

1.13.2 Výchova ke zdravému životnímu stylu

Vzniku CMP lze předcházet. Racionálním stravováním bez nadbytku jednoduchých cukrů a tuků, dostatkem fyzické aktivity a udržováním normální tělesné hmotnosti lze vznik rizikových faktorů a tím i CMP oddálit o mnoho let. Jestliže již došlo ke vzniku rizikových faktorů – hypertenze, aterosklerózy, diabetu - může pacient změnou životního stylu, vývoj rizikových faktorů zpomalit a zabránit vzniku akutní CMP i jejích pozdních následků. (7)

Primární péče poskytuje jedinečné podmínky jak pro hodnocení, tak ovlivnění rizika. Je třeba zaměřit se na témata zdravého životního stylu nemocných ještě dříve, než dojde k porušení zdraví. Pracovníci primární péče by proto měli hrát aktivní roli v prevenci tím, že budou edukovat o nutnosti změny životního stylu, zjišťovat rizikové faktory u jednotlivců a poskytovat následné poradenství a léčení, bude-li to zapotřebí. (18)

Vzhledem k tomu, že CMP je podmíněna multifaktoriálně, prevence nesmí klást nepřiměřený důraz na kterýkoliv jednotlivý rizikový faktor. Jednotlivé rizikové faktory vzniku CMP se navzájem ovlivňují a potencují. Přístup k hodnocení a snižování rizika, který bude založen na mnoha faktorech, bude daleko účinnější, než výběrová pozornost

soustředěná na jednotlivce s vysokými hodnotami jen u jednoho rizikového faktoru. Je třeba najít ucelený přístup k nejdůležitějším rizikovým faktorům v chování jednotlivce, pozitivně ovlivnit kouření, spotřebu alkoholu, nezdravou výživu, omezovat duševní stres a podporovat dostatek tělesné aktivity. Opatření orientovaná na vyhledávání rizikových faktorů nemocí a časné odhalování jejich počátečních stadií jsou hlavním přístupem k jejich snižování. (7)

Primární prevencí CMP i jeho rizikových faktorů je zdravý životní styl. Je to soubor návyků, kterými se bráníme rozvoji hypertenze, aterosklerózy, diabetu II. typu a dalším. Zdravý životní styl a dodržování zásad primární prevence je základem pro život bez zdravotních komplikací pro jedince i celou společnost. Současně představuje důležitý zdroj šetření finančních prostředků vydávaných na zdravotní péči. (7)

1.13.2.1 Výživa

Ve zdravé stravě je vyvážené zastoupení tří hlavních složek: sacharidů, tuků a bílkovin. Více než polovina energetického příjmu by měla být hrazena sacharidy, méně než jedna třetina tuky a kolem 15 % bílkovinami.

Sacharidy dodávají tělu potřebnou energii, zejména při fyzické námaze. Při trávení sacharidů vzniká glukóza, která je nezbytná pro fungování mozku a svalů. Sacharidy dělíme na jednoduché a složené. Jednoduché sacharidy jsou zejména v ovoci, mléce a cukru. Složené sacharidy jsou obsaženy v základních potravinách, v obilovinách a obilných výrobcích, luštěninách a potravinách bohatých na škrob.

Bílkoviny tělo používá při stavbě kostí, svalů, krve, k přenosu informací a k ochraně před nemocemi. Bílkoviny také umožňují průběh chemických reakcí v organismu. Bílkoviny jsou obsaženy především v mase, rybách, vejcích, mléčných produktech, luštěninách a cereáliích.

Tuky se nacházejí zejména v oleji, másle, smetaně a tučném mase. Určité množství tuků musí být obsaženo v naší stravě, neboť jsou zásobárnou energie a umožňují vstřebávání některých vitamínů. Přílišná konzumace tuků však může způsobit některá onemocnění, zejména kardiovaskulárního systému. (5)

Edukace je zaměřena na výživová doporučení. Sestra informuje o nutnosti omezit příjem živočišných tuků a zvýšení podílu rostlinných olejů, zejména oleje olivového a řepkového, pokud možno bez tepelné úpravy pro zajištění optimálního složení mastných kyselin přijímaného tuku. Zvýšit spotřebu zeleniny a ovoce. Denní příjem zeleniny a ovoce by měl být až 600 g, včetně zeleniny tepelně upravené. Poměr zeleniny a ovoce by měl být cca 2:1. Zvýšit spotřebu luštěnin, které jsou bohatým zdrojem kvalitních rostlinných bílkovin s nízkým obsahem tuku, nízkým glykemickým indexem a vysokým obsahem ochranných látek. Pečivo z bílé mouky nahradit výrobky z obilovin s vyšším podílem složek celého zrna z důvodů snížení příjmu energie a zvýšení příjmu ochranných látek. Výrazně zvýšit konzumaci ryb a rybích výrobků. Omezit spotřebu živočišných potravin s vysokým podílem tuku (např. tučné vepřové maso, plnotučné mléko a mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku, uzeniny, lahůdkářské výrobky, některé cukrářské výrobky, trvanlivé a jemné pečivo apod.) a spotřebu vajec na nejvýše 4 kusy týdně. Snížit příjem soli na 5-6 g. /den.

Při přípravě stravy je třeba se zaměřit na racionální přípravu stravy, zejména na snižování ztrát vitaminů a jiných ochranných látek. Preferovat vaření a dušení a omezit tak příjem toxických produktů vznikajících při smažení, pečení a grilování, zejména u potravin s vyšším podílem živočišných bílkovin (maso, ryby) a zvýšenému příjmu tuku ze smažených či fritovaných pokrmů. Zvýšit konzumaci zeleninových salátů s přidavkem olivového nebo řepkového oleje a rozšířit sortiment zeleninových a luštěninových pokrmů.

Důležitá je také pravidelná strava. Tři hlavní denní jídla s maximálním energetickým obsahem pro snídani 20 %, oběd 35 % a večeři 30 %. Dopolodní a odpolední svačiny s maximálně 5–10 %. Pauza mezi jednotlivými jídly by měla být přibližně 3 hodiny. Strava by měla být dostatečně pestrá a přiměřená věku, fyzickému zatížení a zdravotnímu stavu. (5)

Nedílnou součástí výživových doporučení také pitný režim. Optimální množství tekutin jsou 2 - 3 litry denně. Důležité je pít rovnoměrně po celý den. Nedostatek tekutin vnímají ze všeho nejdříve mozkové buňky. Často dochází k bolestem hlavy,

větší ztráty vody vedou k poklesu fyzické i psychické výkonnosti, pocitu slabosti, nevolnosti až křečím. Dlouhodobý nedostatek tekutin má za následek stálou únavu, pokles výkonnosti. Základem pitného režimu mají být nekalorické nápoje, pramenitá voda, zelené a ovocné čaje, nepřislazené ovocné šťávy. Méně vhodné jsou minerální vody, které obsahují větší množství sodíku a draslíku. Těmto vodám by se měli vyhýbat lidé s vyšším krevním tlakem. Příliš vhodné nejsou ani vody sycené kyslíčným uhlíkem, slazené limonády a džusy. (5)

1.13.2.2 Pohybová aktivita

Edukace by měla být zaměřena na kladné stránky pohybové aktivity a doporučení přiměřené aktivity. Pohyb je ideálním prostředkem prevence onemocnění srdce a cév, cukrovky, obezity a řady dalších. Zlepšuje totiž srdeční činnost a krevní oběh a reguluje krevní tlak. Snižuje hladinu LDL cholesterolu a triglyceridů a zároveň zvyšuje hladinu HDL cholesterolu. Díky pohybu klesá hladina krevního cukru, zvyšuje se výkonnost imunitního systému, zlepšuje prokrvení svalů i dalších orgánů. Pravidelným pohybem narůstá svalová síla, zlepšuje se svalové napětí a souhra pohybů vůbec, čímž se snižuje výskyt bolestivých svalových a kloubních obtíží. Lidé věnující se pohybovým aktivitám jsou aktivnější a lépe zvládají stres. Pohyb je určitou formou tělesné i duševní rekreace.

Druh pohybové aktivity je závislý na individualitě každého člověka, na jeho fyzických předpokladech a aktuálním zdravotním stavu. Je vhodné začít s méně náročnými aktivitami, jako je chůze, plavání, cyklistika v rovinném terénu, vhodná forma aerobiku, běh na lyžích, kolektivní hry bez extrémních silových a rychlostních zátěží. Doporučenou frekvencí pohybové aktivity je 3 - 5 x týdně v délce trvání 30 – 45 minut. (15)

1.13.2.3 Kouření

Závislost na tabáku patří mezi silné drogové závislosti. Podstatou drogové závislosti je nikotin. Poločas nikotinu je kolem dvou hodin, proto se abstinenci

příznaky mohou objevovat už po hodinách od poslední dávky. Zahrnují nutkání kouřit, špatnou náladu nebo depresi, nesoustředěnost, neschopnost odpočívat, úzkost, poruchy spánku, podrážděnost, zvýšenou chuť k jídlu. To jsou důvody, kdy i kuřák odhodlaný přestat, opět sáhne po cigaretě. (16)

Obecná doporučení uvádějí, aby každý zdravotník při kontaktu s kouřícím pacientem provedl krátkou strukturovanou intervenci. Dotaz na kuřáctví, jasné doporučení přestat, posouzení ochoty přestat, doporučit změnu životního stylu (náhradní řešení pro kuřácké situace), závislým na nikotinu (zapalují si do hodiny po probuzení) doporučit farmakoterapii. Kontroly zvýší účinnost. Tato intervence trvá podle časových možností 1-5 minut. Zároveň by ale měla být dostupná specializovaná pracoviště, kam je možné doporučit kuřáka, který si přeje přestat a potřebuje intenzivní pomoc. Adresy center závislosti na tabáku jsou na www.clzt.cz, www.dokurte.cz, nebo www.prestantekourit.cz. Kromě toho existuje i telefonní Linka pro odvykání kouření 844 600 500, která je k dispozici každý pracovní den 12-20 hodin.

Primární edukace by měla být zaměřená na motivaci k odvykání, vytvoření plánu odvykání a podporu pacienta. Zcela zásadní je doporučit úplnou abstinenci. Poradit pacientovi, aby informoval své přátele a rodinu o plánu přestat kouřit a požádal je o podporu. Doporučit odstranění cigaret z domova, auta i pracoviště. Podat praktickou radu ohledně zvládání abstinčních příznaků. Poskytnout svépomocné materiály. Upozornit pacienta na přínosy odvykání. (15)

Zdravotní přínosy odvykání kouření jsou patrné už po 8 hodinách. Hladina nikotinu a oxidu uhelnatého v krvi se sníží na polovinu, hladina kyslíku se vrátí k normálu. Po 24 hodinách je oxid uhelnatý eliminován z těla. Nikotin je eliminován z těla po 48 hodinách a začínají se restituovat chuťové pohárky. Po 1 měsíci se zlepšuje vzhled, kůže ztrácí šedavou barvu a stává se méně vrásčitou. Regenerace řasinek v respiračním traktu začíná. Vymizí většina abstinčních příznaků. Po 3–9 měsících kašláním a kýčáním postupně mizí. Riziko kardiovaskulárních onemocnění se sníží na polovinu ve srovnání s kuřákem za 5 let. Za 10 let je riziko rakoviny plic poloviční ve srovnání s kuřákem, který nepřestal kouřit. (16)

Pokud se pacient rozhodl přestat kouřit, zdravotník mu může pomoci následujícími cestami. Poskytnout asistenci při vytvoření plánu odvykání. Pomoci určit den D. Upozornit, že pití alkoholu je velmi silně spojeno s relapsem kouření. Zhodnotit potřebu farmakoterapie a doporučit její užívání u pacientů závislých na nikotinu. Třetina kuřáků začne kouřit během prvního týdne a další třetina relabuje do 4 týdnů. Je důležité si tento fakt uvědomit a poskytovat průběžnou podporu nehodnotícím způsobem. Nemluvit o „selhání“, upozornit, že relaps je běžný a pomoci pacientovi pracovat na tom, jak se příště relapsu vyhnout. Pokud byl někdo úspěšný v odvykání, je důležité poskytnout pozitivní zpětnou vazbu k udržení abstinence. (16)

1.13.2.4 Obezita

V rámci prevence by sestra měla veřejnosti vysvětlovat pojem normální váhy, doporučit, aby zájímali o správnou hmotnost a udržovali ji. K hodnocení obezity se využívá BMI Body Mass Index - index tělesné hmotnosti. $BMI = \text{hmotnost [kg]} / \text{výška postavy}^2[\text{m}]$.

Hodnocení váhy podle BMI

	Podváha	Přiměřená váha	Nadváha	Obezita
Muži	do 20	20 - 25	25 - 30	více než 30
Ženy	do 18,5	18,5 - 24	24 - 29	více než 29

Zdroj: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/antropometricka-vysetreni>

WHR index (Whist Hip Ratio) - poměr obvodu pasu a boků. $WHR = \text{pas} / \text{boky}$.

Rizikový WHR je u mužů $> 0,95$, u žen $> 0,8$

Hodnocení typu distribuce tuku dle WHR

	Spíše periferní	Vyrovnaná	Spíše centrální	Centrální - rizikový
Muži	do 0,85	0,85 – 0,90	0,90 – 0,95	nad 0,95
Ženy	do 0,75	0,75 – 0,80	0,80 – 0,85	nad 0,85

Zdroj: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/antropometricka-vysetreni>

Obvod pasu

	Zvýšené riziko	Vysoké riziko
Muži	od 94 cm	nad 102 cm
Ženy	od 80 cm	nad 88 cm

Zdroj: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/antropometricka-vysetreni>

Zdravotníci pracující v oblasti primární péče by měli ověřovat výživový stav pacienta, rutinně měřit jeho výšku a váhu, stanovit BMI. Sledovat distribuci tuku s použitím WHR indexu. Informovat o rizicích spojených s nadváhou a o interakci obezity a ostatních zdravotních rizik. Ptát se pacienta na jeho současné stravovací zvyklosti a životní podmínky. Poskytnout radu o způsobu a metodách redukce váhy, kdykoliv je to žádoucí (BMI >27). Plán redukce nadváhy by měl být realistický a s dlouhodobými cíli. Podporovat postupnou redukci nadváhy, tj. 0,5 – 1 kg za týden. K dosažení tohoto cíle doporučit úpravu diety s omezením energetického příjmu, zvýšit frekvenci a intenzitu pohybové aktivity. Zdůrazňovat důležitost zdravé výživy a změny životního stylu pro udržení váhy dosažené redukcí. Varovat pacienta před jednostranně zaměřenými dietami a dietami slibujícími rychlý úbytek. Podporovat pacientovo úsilí o redukci a udržení dosažené váhy a dlouhodobě tyto pacienty sledovat. U pacientů s vyšším zdravotním rizikem nebo v případech, kdy vlastní opatření nevedou ke snižování hmotnosti, doporučit speciální poradenství. (15)

1.13.2.5 Stres

Stres je reakce organismu na podněty – stresory z okolí. Mohou být kladné, např. těhotenství, úspěch v práci a záporné např. konflikt, nemoc, nepříjemná povinnost, rozvod, úmrtí. Pokud je člověk stresovým situacím vystavován opakovaně, projeví se jeho negativní důsledky. V duševní rovině je to neklid, úzkost poruchy spánku, únava, podrážděnost. V oblasti somatické se mohou projevit svalovým napětím, problémy s trávením, sexuálními problémy, bolestí hlavy, bušením srdce. Zvyšuje se riziko kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, diabetu, oslabení imunitního systému a řady dalších psychosomatických onemocnění. Zvyšuje se počet vykouřených cigaret, vypitého alkoholu, nebo spotřeba psychofarmak. (21)

Sestra by měla pacientovi vysvětlit, že důsledkům stresu se lze bránit péčí o duševní a tělesné zdraví, dodržováním zásad zdravého životního stylu. Důležité je vyhýbat se stresorům, které nejsou nutné – v pracovní sféře je důležité dobře plánovat, zdravě riskovat, umět říci NE, v soukromí udržovat kvalitní sociální vazby, úzké vztahy s rodinou a přáteli. Stejně tak je důležité starat se o své tělo. Omezit konzumaci alkoholu, kouření, pravidelně odpočívat. Důležitá je vyvážená strava s potřebným množstvím živin. (21)

1.13.3 Prevence onemocnění zvyšující riziko CMP

1.13.3.1 Hypertenze

Na zvýšení krevního tlaku (TK) významně působí vysoký příjem sodíku, nadměrné užívání alkoholu, obezita, nedostatečná tělesná aktivita. Riziko se zvyšuje spolupůsobením dalších rizik, jako je kouření, zvýšená glykémie, zvýšená hladina celkového cholesterolu a snížená hladina HDL cholesterolu.

Měření TK je důležitou metodou časně detekce nemocných s existující hypertenzí (cca 1/3 pacientů o své hypertenzi neví). Měření TK by mělo být provedeno

při každé návštěvě v ordinaci kteréhokoliv lékaře a zejména u rizikových skupin (potomci z hypertenzních rodin, diabetici).

Základem intervence je systematická zdravotní výchova zaměřená na předcházení rizikům vycházejícím ze způsobu života, rozhodnutí o léčbě a způsobu monitorování zdraví. (14,15)

Včasná léčba hypertenze může redukovat pravděpodobnost pozdějšího rozvoje její závažnější formy a snížení tlaku může snížit i riziko CMP, zejména mozkového krvácení. Podle výsledků velkých metaanalýz účinná léčba hypertenze významně přispívá ke snížení cerebrovaskulární mortality (až o 42%). (12)

Cílem léčby hypertenze je redukce TK na následující doporučené hodnoty pro různé kategorie hypertoniků. U mladších pacientů s mírnou hypertenzí a diabetiků dosáhnout 120 - 130/80 mmHg, u starších pacientů se zvýšeným systolickým i diastolickým tlakem snížit tlak pod 140/90 mmHg, u pacientů s izolovanou systolickou hypertenzí dosáhnout 140 mmHg. Léčba hypertenze je nefarmakologická a farmakologická. (14)

Nefarmakologická léčba, která je výchozím krokem léčby, zahrnuje redukcí tělesné hmotnosti, omezení příjmu soli, suplementaci kalia a magnezia, kalcia, omezení příjmu alkoholu nebo abstinenci, redukcí příjmu tuků, zvýšení pohybové aktivity, zanechání kouření a intervenci dalších rizikových faktorů, zejména hypercholesterolemie. Nefarmakologické postupy léčby mohou normalizovat mírnou hypertenzi a potencovat léčbu farmakologickou. (14,15)

1.13.3.2 Ateroskleróza

Příčinou aterosklerózy je ukládání tukových látek, především cholesterolu do cévní stěny. V časných fázích choroby se v cévách tvoří tzv. tukové proužky. Tyto změny jsou ještě plně vratné. Při dlouhodobě zvýšené hladině cholesterolu dochází však již k nevratné přestavbě stěny. Stěna se ztlušťuje, vznikají na ní tuhé, aterosklerotické pláty. Pláty zužují průsvit a brání normálnímu průtoku krve.

Základním krokem v detekci aterosklerózy je osobní a rodinná anamnéza. Jsou jasně prokázané dědičné tendence ve vývoji aterosklerózy. Důležitým údajem je výskyt

projevů aterosklerózy u blízkých příbuzných ve věku do 55 let. Jedná se především o akutní infarkt myokardu, anginu pectoris, uzávěr tepen na dolních končetinách, mozkové příhody, náhlé úmrtí a další. Velmi důležitou informací je též nález vysoké hladiny cholesterolu, ale také kouření, pohybová aktivita, obezita, tlak krve, projevy zvýšeného ukládání tuků a stravovací návyky pacienta samotného. (15) K odhadu rizika aterosklerózy se používá i stanovení cholesterolu v krvi. Cholesterol je chemická látka, která je obsažená v krvi. Do organismu se dostává jídlem pouze 1/3 celkového množství cholesterolu, zbývající 2/3 si tvoří organismus sám v játrech a trávicím ústrojí. Cholesterol můžeme rozdělit na 2 typy. HDL cholesterol zajišťuje transport cholesterolu z periferních tkání do jater a játra ho potom vylučují zažívacím ústrojím pryč z organismu. LDL cholesterol se při nadbytku usazuje na stěnách cév. Optimální hladina cholesterolu u dospělého člověka by neměla přesáhnout 5,2 mmol/l. Za zvýšenou hladinu cholesterolu se pak považuje hodnota od 5,2 do 6,5 mmol/l. Hodnoty nad 6,5 mmol/l se považují za velmi rizikové. (15)

Optimální hodnoty hladiny cholesterolu	
Cholesterol celkový	< 5,2 mmol / l
LDL cholesterol	< 2,6 mmol / l
HDL cholesterol	> 1,6 mmol / l
Triglyceridy	< 1,7 mmol / l

Zdroj: <http://www.zdravi21.cz/index.php3?art=2040>

Léčba hypercholesterolémie je režimová a farmakologická. Pacient by měl být edukován o změně stravovacích návyků, o škodlivosti kouření, vhodném pohybovém režimu a redukci nadváhy. Pokud hypercholesterolémie přetrvává, přistupuje se k léčbě farmakologické. (15)

1.13.3.3 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM), česky cukrovka, je skupina chronických onemocnění, které se projevují poruchou metabolismu sacharidů. Rozlišují se 2 základní typy: diabetes I. typu a diabetes II. typu, které vznikají důsledkem absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu. Oba typy nemoci mají podobné příznaky, ale odlišné příčiny vzniku. Diabetes I. typu vzniká v důsledku selektivní destrukce beta buněk vlastním imunitním systémem, což vede k absolutnímu nedostatku inzulínu a doživotní závislosti na exogenní aplikaci inzulínu. Diabetes II. typu je způsoben sníženou citlivostí tkání vlastního těla k inzulínu. (23,24)

Prevenici DM dělíme na primární a sekundární. Primární prevence spočívá v identifikaci a ochraně lidí se zvýšeným rizikem vzniku (např. obézní lidé, výskyt cukrovky v rodině atd.). Neexistuje zatím přesvědčivý důkaz, že je možná primární prevence diabetu I. typu, ale je jisté, že lze zabránit, nebo alespoň oddálit, vznik DM II. typu. Změna životního stylu zahrnující snížení tělesné hmotnosti, zdravý způsob stravování a zvýšení fyzické aktivity se výrazně podílí v prevenci vzniku DM II. typu. (23,24)

Sekundární prevence zahrnuje včasné odhalení nemoci a prevenci komplikací. Dobrá kompenzace DM spočívající v dostatečné kontrole hladin krevního cukru snižuje riziko rozvoje komplikací a zpomaluje jejich progresi u všech typů cukrovky. K tomu slouží terapie inzulínem a perorálními antidiabetiky. Nedílná součást terapie diabetu je diabetická dieta a přiměřená fyzická zátěž. (23,24)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zjistit informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech, prevenci a příznacích cévní mozkové příhody.

2.2 Hypotézy

H1: Předpokládám, že laická veřejnost je dostatečně informována o rizikových faktorech CMP

H2: Předpokládám, že laická veřejnost je dostatečně informována o prevenci CMP

H3: Předpokládám, že laická veřejnost nezná příznaky CMP

3 Metodika

3.1 Použité metody

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Dotazník byl sestaven na základě informací získaných z odborné literatury (příloha 1).

Dotazník byl anonymní, určen pro laickou veřejnost a obsahoval 25 otázek. Dotazník byl sestaven z otázek uzavřených, otevřených a polozavřených, které nabízely výběr z konkrétních odpovědí i možnost doplnit vlastní názor respondentů.

Otázky 1,2,3 blíže charakterizují respondenty. Na informovanost o CMP byly zaměřeny otázky 4 – 14. Na prevenci CMP byly zaměřeny otázky 15 – 20. Otázky 21 -25 se zaměřovaly na příznaky CMP.

K dotazníku byla přiložena tabulka k výpočtu rizika vzniku CMP, která sloužila k informování respondentů o jejich osobním riziku.

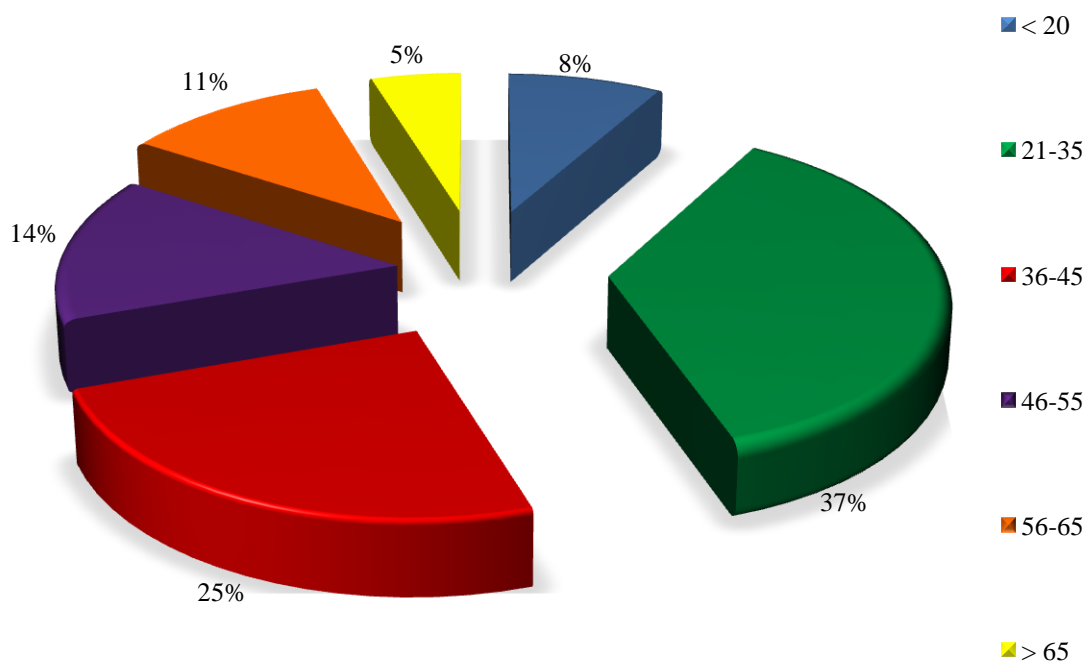
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jako sledovaný soubor byla zvolena laická veřejnost kraje Vysočina. Kritériem pro výběr respondentů byla laická (nezdravotnická) veřejnost, která neprodělala CMP. Dotazníky byly rozdány respondentům města Pelhřimov a obce Putimov.

Celkem bylo osloveno 200 respondentů během měsíce února a března 2010. Zařazovací kritérium nesplňovalo 5 respondentů. 28 dotazníků se nevrátilo vůbec. Návratnost dotazníků byla 83% z původního počtu. Pro neúplnost údajů bylo vyřazeno 22 dotazníků. Celkem bylo ke zpracování údajů zařazeno 145 dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo 145 respondentů (100%).

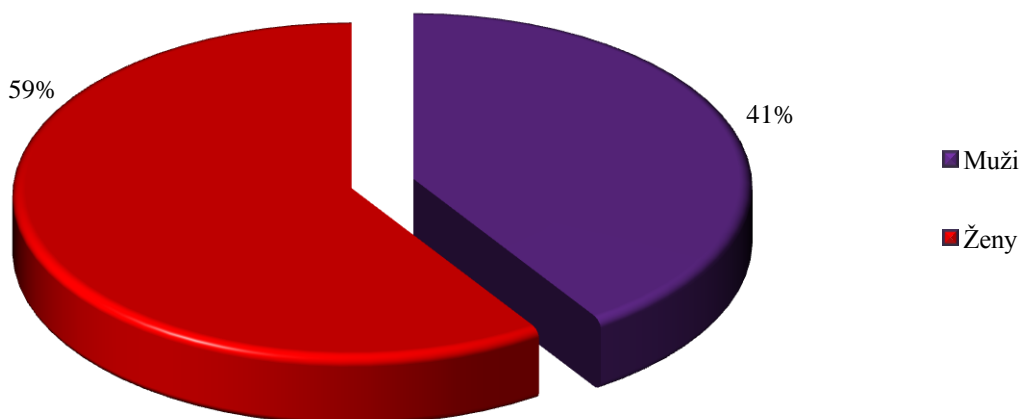
4 Výsledky

Graf 1 Věk respondentů

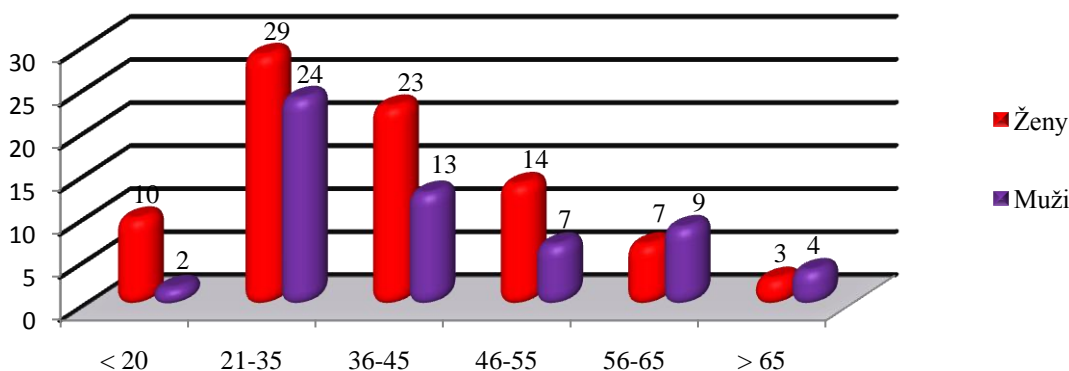


Z celkového počtu 145 (100%) respondentů bylo 12 (8%) respondentů ve věku do 20 let. Největší zastoupení tvořilo 53 (37%) respondentů ve věku 21-35 let. Ve věku 36-45 let bylo 46 (25%) respondentů. 21 (14%) respondentů bylo ve věkové skupině 46-55 let. Ve věkovém rozmezí 56-65 let bylo 16 (11%) respondentů. 7 respondentů (5%) uvedlo věk nad 65 let.

Graf 2 Pohlaví respondentů

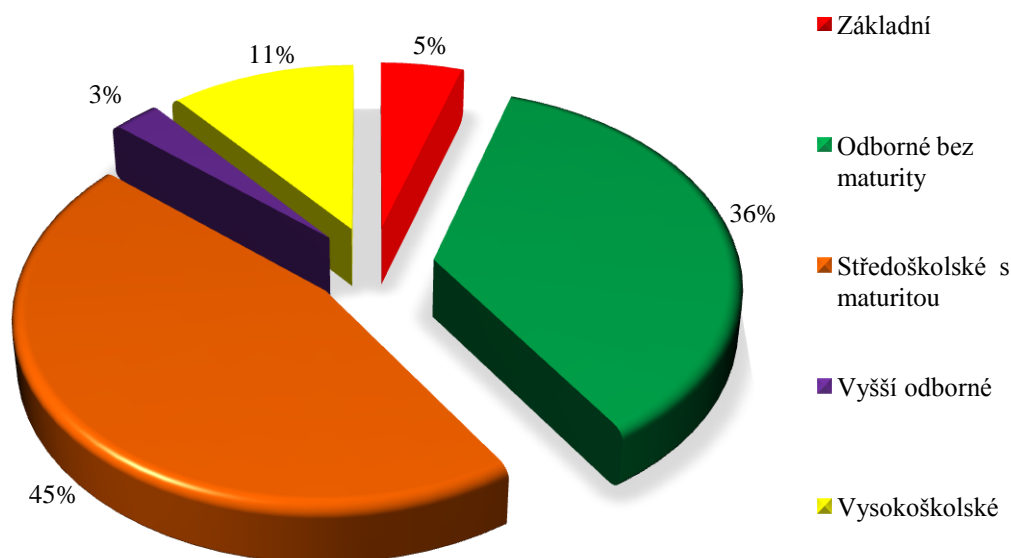


Graf 3 Pohlaví a věk respondentů



Grafy ukazují pohlaví respondentů a jejich rozdělení do věkových skupin. Z celkového počtu 145 (100%) respondentů bylo žen 86 (59%) a mužů 59 (41%). 10 (8%) ženám a 2 (3%) mužům bylo méně než 20 let. 29 (34%) žen a 24 (41%) mužů bylo ve věkové skupině 21 -35 let. 23 (27%) žen a 13 (22%) mužů bylo ve věkové skupině 36 – 45 let. 14 (16%) žen a 7 (12%) mužů uvedlo svůj věk v rozmezí 46 -55 let. Ve věkové skupině 56 – 65 let bylo 7 (8%) žen a 9 (15%) mužů. Nad 65 let uvedli svůj věk 3 (3%) ženy a 4 (7%) muži.

Graf 4 Vzdělání respondentů (k otázce č. 3)

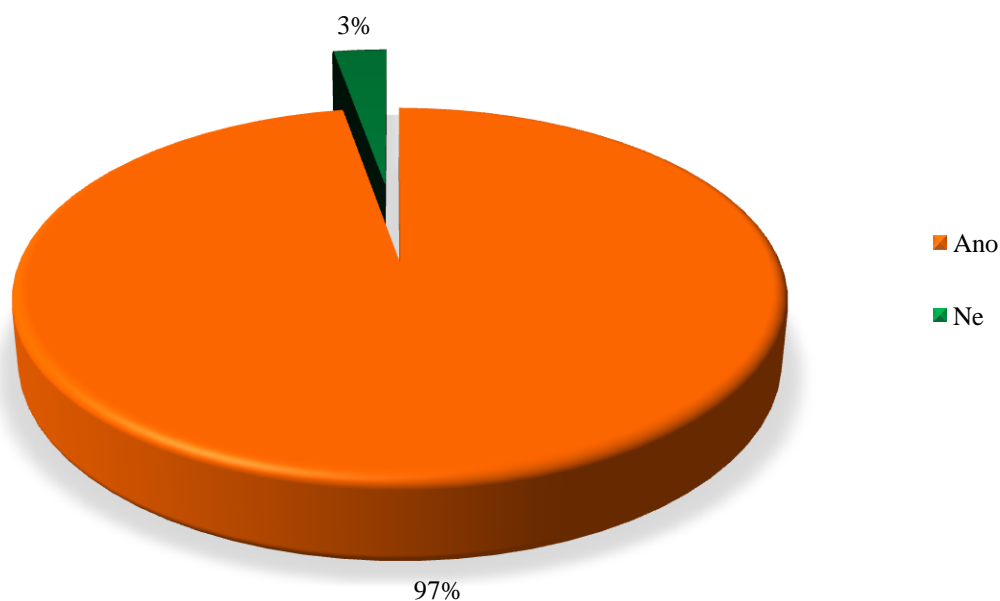


Tab. 1 Vzdělání a pohlaví

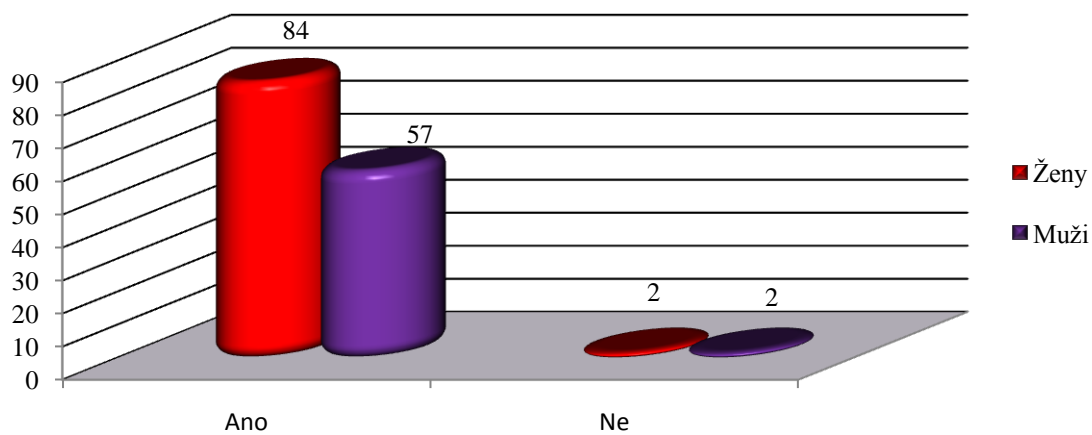
Vzdělání	Celkem	Ženy	Muži
Základní	7	5(6%)	2(3%)
Odborné bez maturity	52	30(35%)	22(37%)
Středoškolské s maturitou	66	36(42%)	30(51%)
Vyšší odborné	4	4(4%)	0
Vysokoškolské	16	11(13%)	5(9%)

Respondenti odpovídali na jejich nejvyšší ukončené vzdělání. Základní vzdělání uvedlo 7 (5%) respondentů, 5 (6%) žen a 2 (3%) muži. Odborné bez maturity uvedlo 52 (36%) respondentů, 30 (35%) žen a 22 (37%) mužů. Nejpočetnější skupinou jsou respondenti, kteří uvedli středoškolské vzdělání s maturitou 66 (45%), 36 (42%) žen a 30 (51%) mužů. 4 (3%) respondenti, 4 (4%) ženy, uvedly vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolské vzdělání uvedlo 16 (11%) respondentů, 11 (13%) žen a 5 (9%) mužů.

Graf 5 Znalost pojmu cévní mozková příhoda (k otázce č. 4)

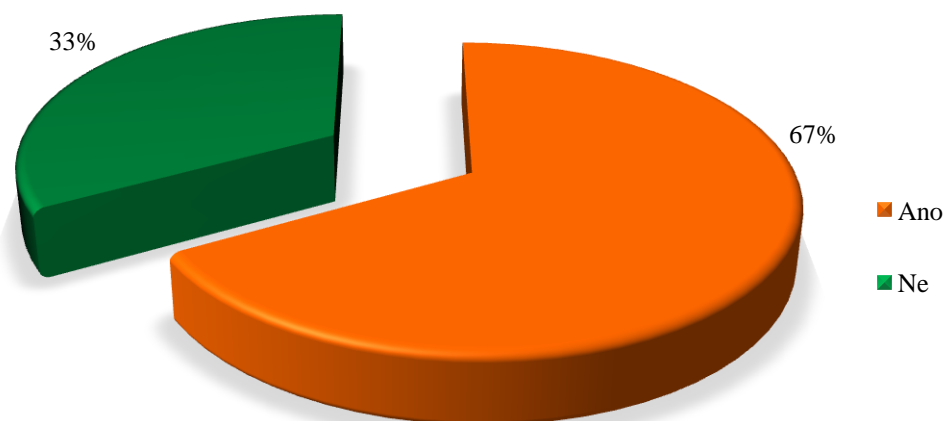


Graf 6 Znalost pojmu cévní mozková příhoda dle pohlaví (k otázce č. 4)

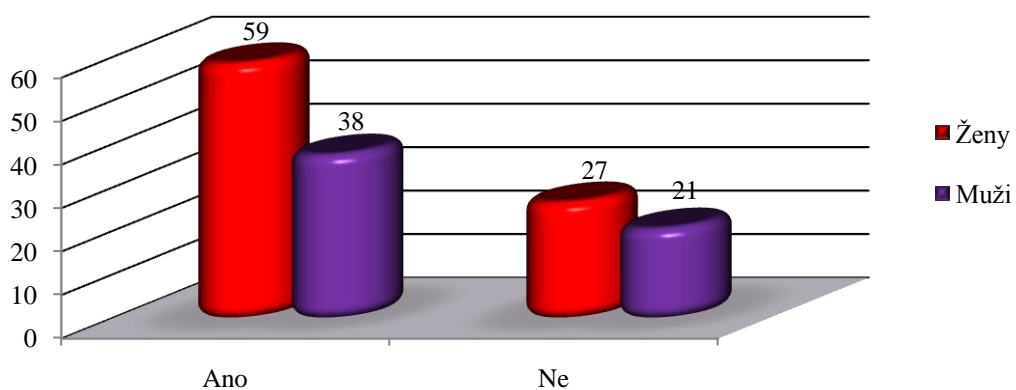


Na otázku, zda slyšeli o cévní mozkové příhodě, odpovědělo 141 (97%) respondentů kladně a 4 (3%) záporně. „Ano“ odpovědělo 84 (98%) žen a 57 (97%) mužů. „Ne“ odpověděli 2 (2%) ženy a 2 (3%) muži.

Graf 7 Znalost onemocnění (k otázce č. 5)

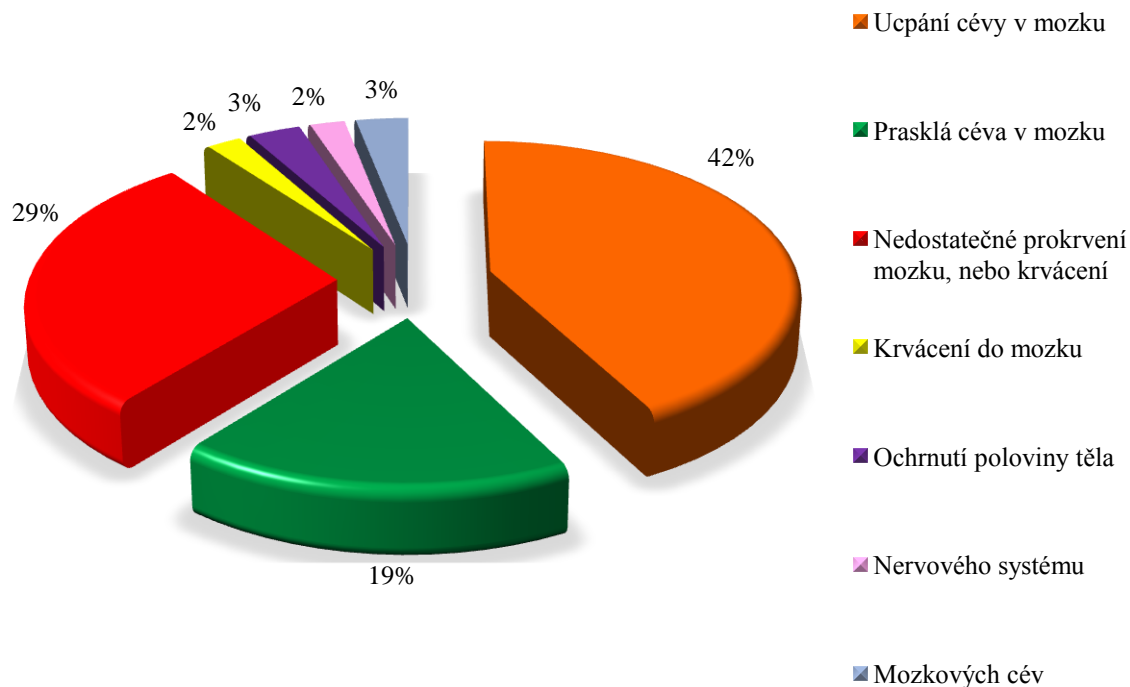


Graf 8 Znalost onemocnění dle pohlaví (k otázce č. 5)



Na otázku, zda respondenti vědí, čeho se onemocnění CMP týká, odpovědělo 97 (67%) respondentů kladně, 59 (69%) žen a 38 (64%) mužů. Záporně odpovědělo 48 (33%) respondentů, 27 (31%) žen a 21 (36%) muž.

Graf 9 Informovanost o CMP (k otázce č. 6)



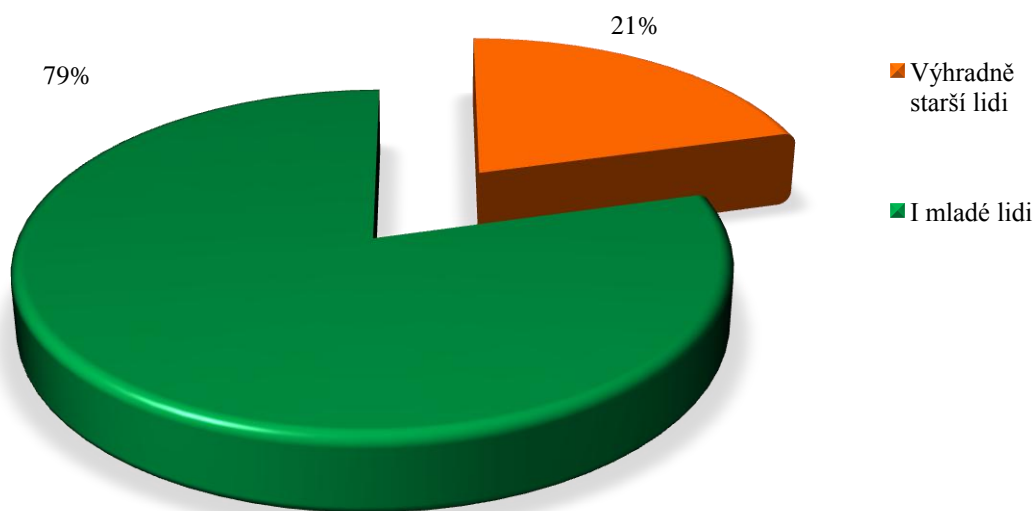
Tab. 2 Informovanost o CMP dle pohlaví (k otázce č. 6)

	Celkem	Ženy	Muži
Ucpání cévy v mozku	41	22(37%)	19(51%)
Prasklá céva v mozku	18	12(20%)	6(16%)
Nedostatečné prokrvení mozku, nebo krvácení	28	20(34%)	8(21%)
Krvácení do mozku	2	1(2%)	1(2%)
Ochrnutí poloviny těla	3	3(5%)	0
Nervového systému	2	1(2%)	1(2%)
Mozkových cév	3	0	3(8%)

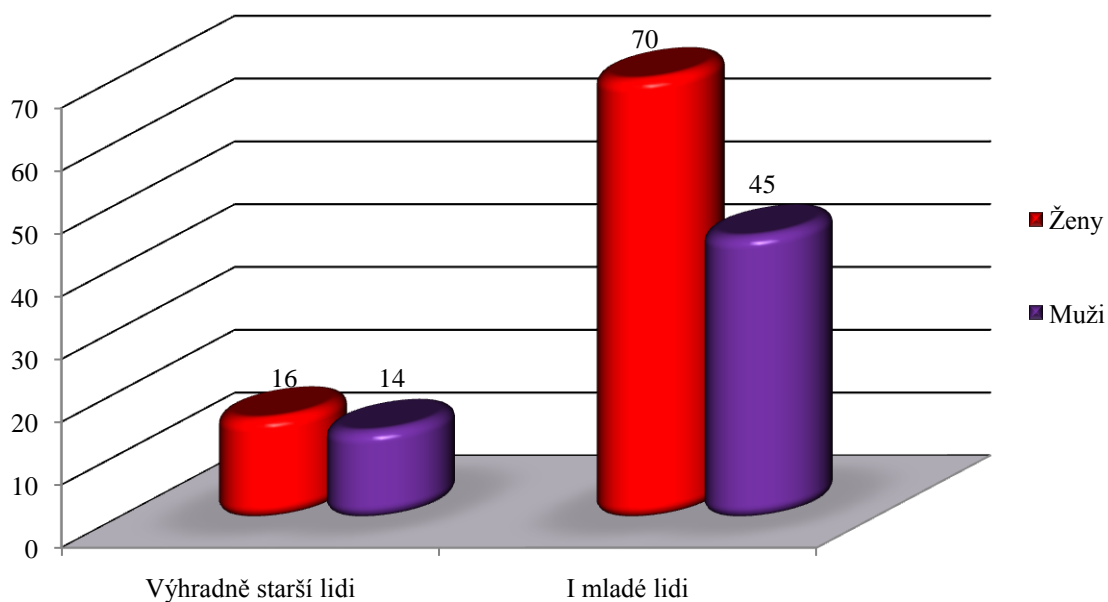
Graf a tabulka rozvíjejí odpověď „Ano“ z grafu 7, kdy kladně odpovědělo 97 (100%) respondentů. Znárodnuje četnost odpovědí na otázku, čeho se týká CMP. 41(42%)

respondentů, 22 (37%) žen a 19 (51%) mužů, uvedlo ucpaní cévy v mozku. 18 (19%) respondentů, 12 (20%) žen a 6 (16%) mužů, odpovědělo, že CMP se týká prasklé cévy v mozku. Nedostatečné prokrvení mozku, nebo krvácení do mozku uvedlo 28 (29%) respondentů, 20 (34%) žen a 8 (21%) mužů. 2 (2%) respondenti, 1 (2%) žena a 1 (2%) muž, uvedli krvácení do mozku. Ochrnutí poloviny těla uvedli 3 (3%) respondenti, 3 (5%) ženy. Že se CMP týká nervového systému, uvedli 2 (2%) respondenti, 1 (2%) žena a 1 (2%) muž. 3 (3%) respondenti, 3 (8%) muži uvedli, že se CMP týká mozkových cév.

Graf 10 Věk výskytu CMP (k otázce č. 7)

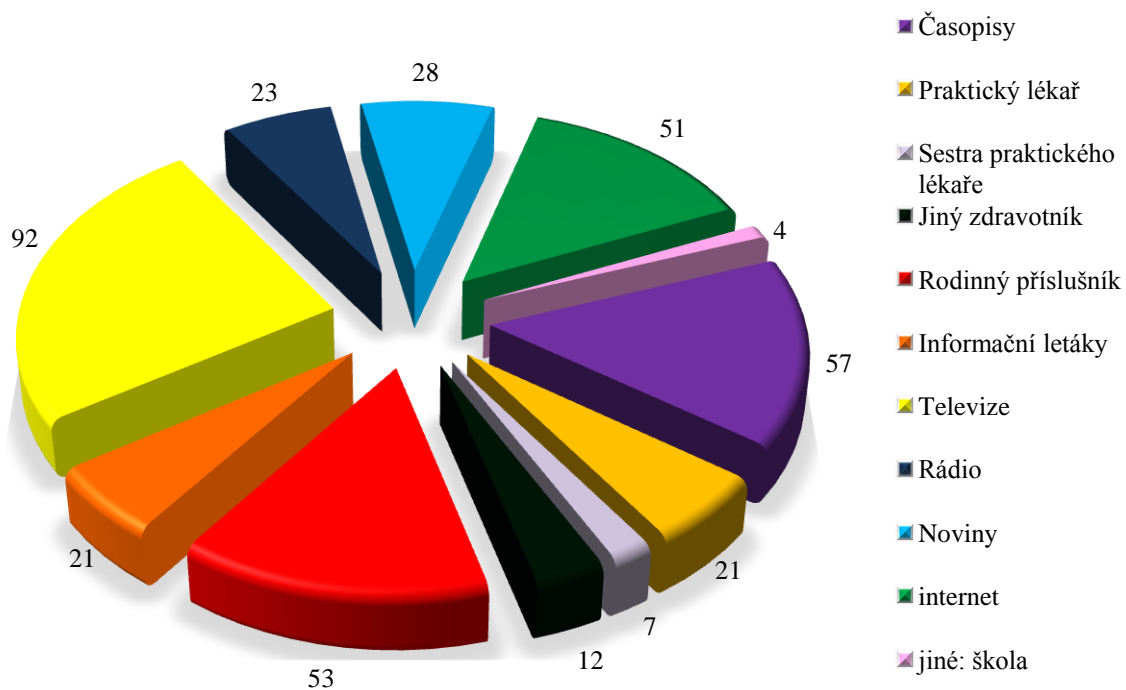


Graf 11 Věk výskytu CMP dle pohlaví (k otázce č. 7)



Grafy znázorňují odpovědi na otázku, zda je CMP onemocněním výhradně lidí staršího věku, nebo může postihnout i mladé lidi, někdy i dospívající a děti. Odpověď „Výhradně lidi staršího věku“ označilo 30 (21%) respondentů, 16 (19%) žen a 14 (24%) mužů. 115 (79%) respondentů, 70 (81%) žen a 45 (76%) mužů, uvedlo, že může postihnout i mladé lidi.

Graf 12 Zdroje informací o onemocnění (k otázce č. 8)

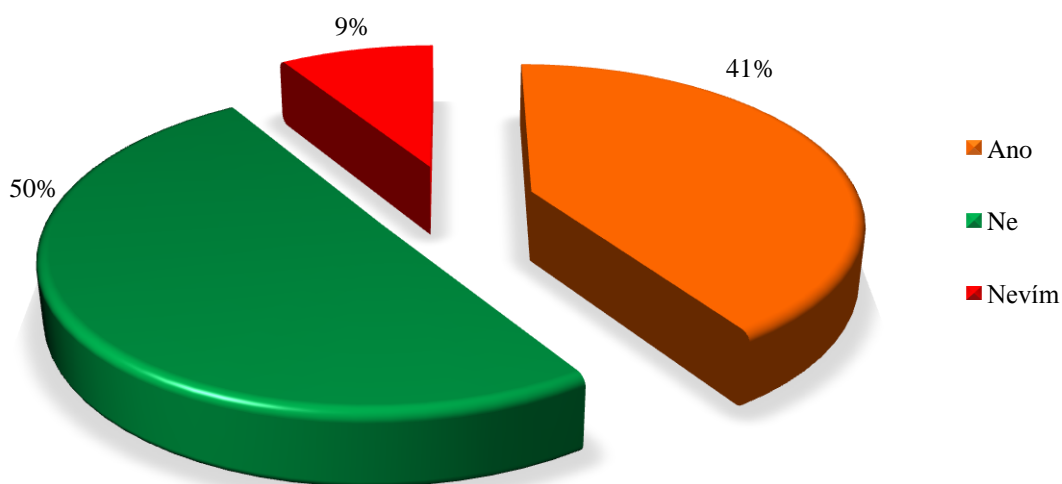


Tab. 3 Zdroje informací o onemocnění dle pohlaví (k otázce č. 8)

Zdroj informací	Celkem	Ženy	Muži
Praktický lékař	21	13	8
Sestra praktického lékaře	7	5	2
Jiný zdravotník	12	7	5
Rodinný příslušník	53	34	19
Informační letáky	21	14	7
Televize	92	58	34
Rádio	23	14	9
Noviny	28	13	15
Časopisy	57	39	18
Internet	51	32	19
Jiné: škola	4	4	0

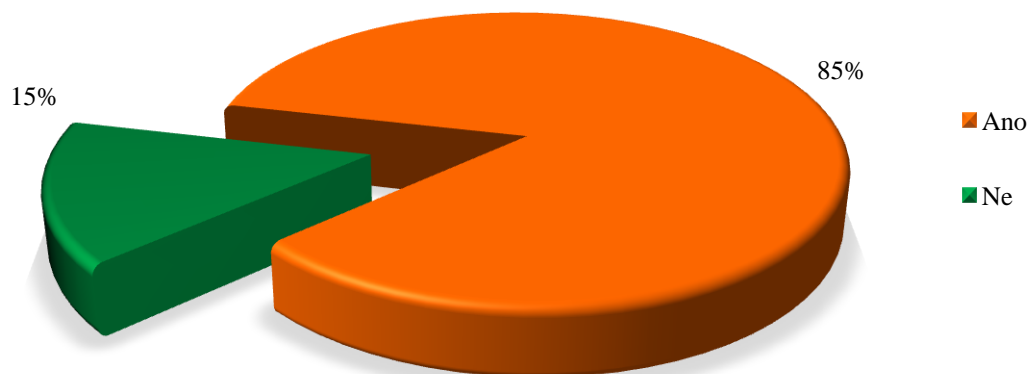
Na otázku, kde informace o onemocnění získali, mohli respondenti označit více možností. Celkem bylo označeno 369 odpovědí. Časopisy označilo 57 respondentů, 39 žen a 18 mužů. Praktického lékaře jako zdroj informací označilo 21 respondentů, 13 žen a 8 mužů. 7 respondentů, 5 žen a 2 muži, uvedli sestru praktického lékaře. Jiného zdravotníka označilo 9 respondentů, 7 žen a 2 muži. Informace od rodinného příslušníka uvedlo 53 respondentů, 34 žen a 19 mužů. 21 respondentů, 14 žen a 7 mužů označilo odpověď informační letáky. Nejvíce respondentů 92, 58 žen a 34 mužů, označilo televizi. Rádio uvedlo 23 respondentů, 14 žen a 9 mužů. Noviny označilo 28 respondentů, 13 žen a 15 mužů. 51 respondentů, 32 žen a 19 mužů označilo internet. U možnosti „Jiné“ uvedly 4 ženy jako zdroj informací školu. Muži tuto možnost neoznačili.

Graf 13 Výskyt onemocnění v rodině (k otázce č. 9)

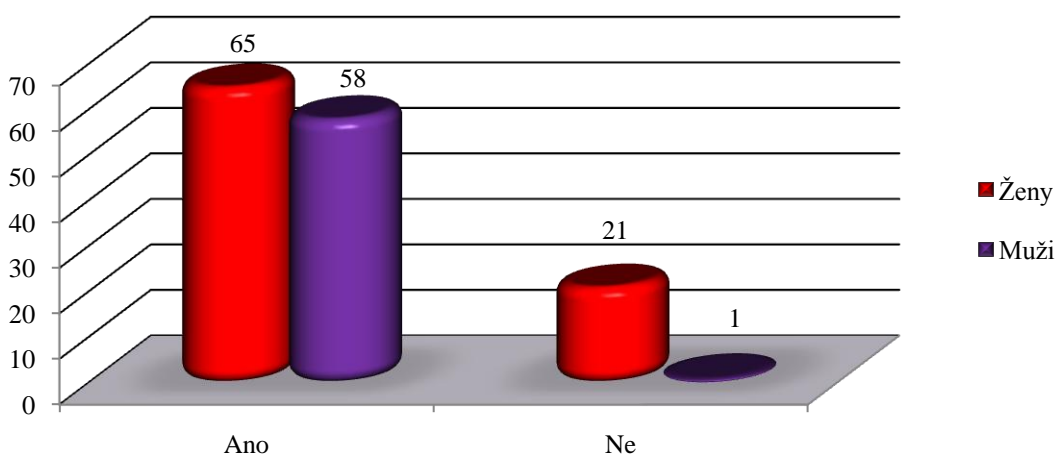


Graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku výskytu CMP v rodině. Kladně odpovědělo 59 (41%) respondentů. Záporně odpovědělo 73 (50%) respondentů. Možnost „Nevím“ označilo 13 (9%) respondentů.

Graf 14 Závažnost CMP (k otázce č. 10)

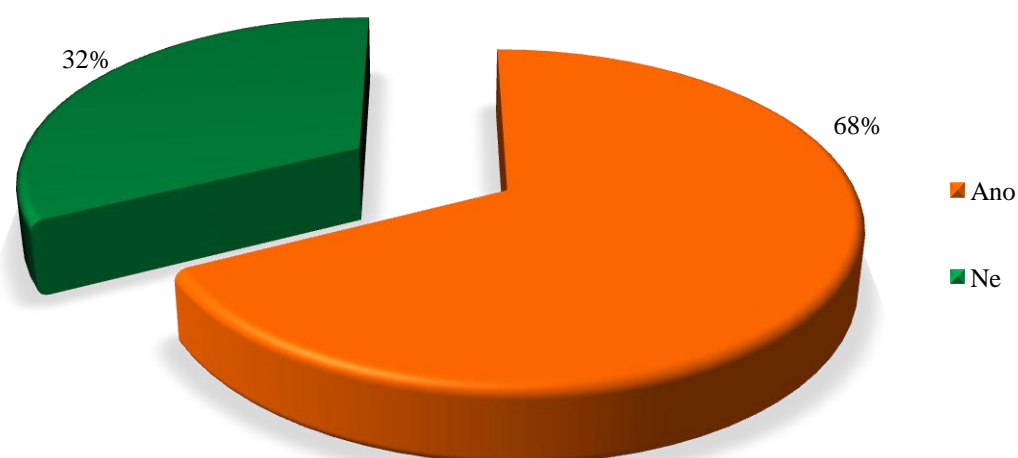


Graf 15 Závažnost CMP podle dle pohlaví (k otázce č. 10)

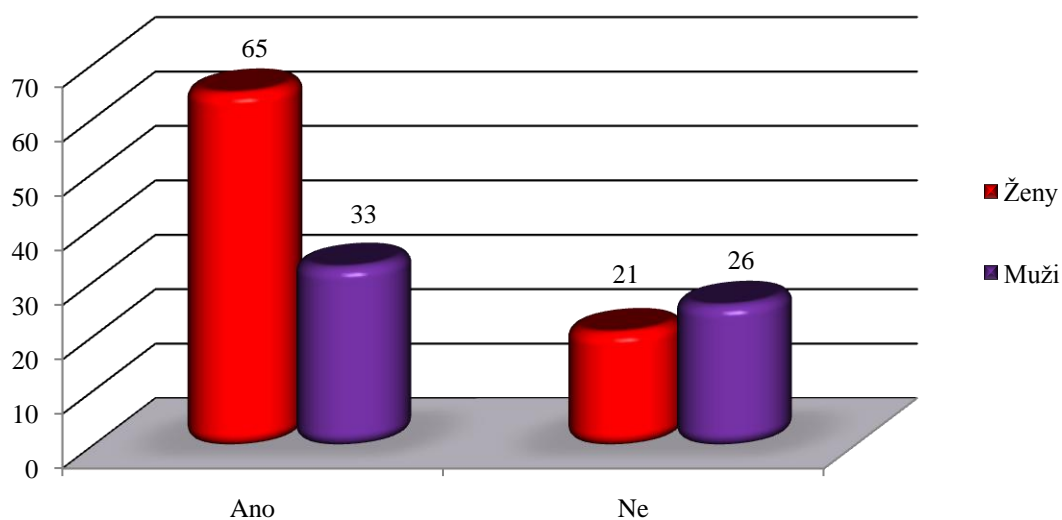


Grafy znázorní četnost odpovědí na otázku, zda si respondenti myslí, že je CMP stav stejně závažný jako infarkt myokardu. 123 (85%) respondentů, 65 (76%) žen a 58 (98%) mužů, si myslí, že je to stav stejně závažný a 22 (15%) respondentů, 21 (24%) žen a 1 (2%) muž, si myslí, že nikoliv.

Graf 16 Znalost následků CMP (k otázce č. 11)

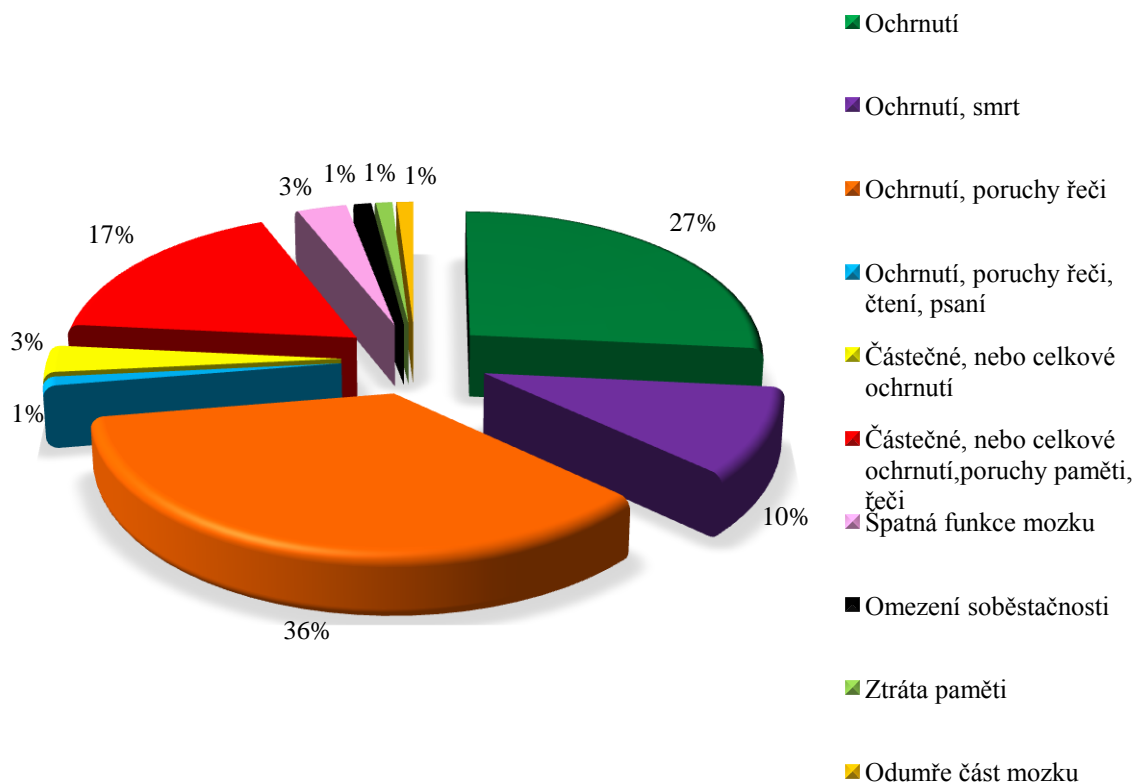


Graf 17 Znalost následků CMP podle pohlaví (k otázce č. 11)



98 (68%) respondentů, 48 (76%) žen a 33 (56%) mužů, označilo, že znají následky CMP. 47 (32%) respondentů, 21 (24%) žen a 26 (44%) mužů, označilo zápornou odpověď.

Graf 18 Následky onemocnění dle respondentů (k otázce č. 12)

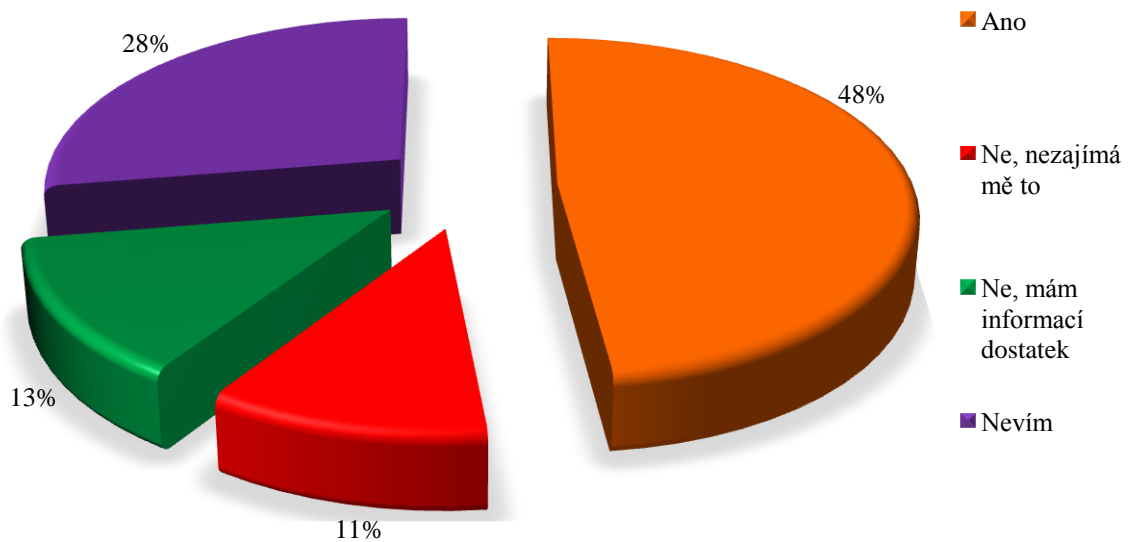


Tab. 4 Následky onemocnění dle pohlaví respondentů (k otázce č. 12)

Následky CMP	Celkem	Ženy	Muži
Ochrnutí	26	19(29%)	7(21%)
Ochrnutí, smrt	10	7(11%)	3(9%)
Ochrnutí, poruchy řeči	35	19(29%)	16(49%)
Ochrnutí, poruchy řeči, čtení, psaní	1	0	1(3%)
Částečné, nebo celkové ochrnutí	3	3(5%)	0
Částečné, nebo celkové ochrnutí, poruchy paměti, řeči	17	16(25%)	1(3%)
Špatná funkce mozku	3	0	3(9%)
Omezení soběstačnosti	1	0	1(3%)
Ztráta paměti	1	0	1(3%)
Odumře část mozku	1	1(1%)	0

Graf a tabulka rozvíjejí odpověď „Ano“ z grafu 16. Znárodnuje četnost odpovědí na otázku, jaké jsou následky CMP. 26 (27%) respondentů, 19 (29%) žen a 7 (21%) mužů uvedlo jako následek CMP ochrnutí. Ochrnutí a smrt uvedlo 10 (10%) respondentů, 7 (11%) žen a 3 (9%) muži. Nejvíce respondentů 35 (36%), 19 (29%) žen a 16 (49%) mužů, popsalo jako následek CMP ochrnutí a poruchy řeči. 1 (1%) respondentka uvedla ochrnutí, poruchy řeči, čtení a psaní. Částečné, nebo celkové ochrnutí uvedli 3 (3%) respondenti, 3 (5%) ženy. 17 (17%) respondentů, 16 (25%) žen a 1 (3%) muž, uvedli částečné, nebo celkové ochrnutí, poruchy paměti a řeči. Špatnou funkci mozku, jako následek CMP uvedli 3 (3%) respondenti, 3 (9%) muži. Omezení soběstačnosti uvedl 1 (1%) respondent, 1 (3%) muž. 1 (1%) respondent, 1 (3%) muž uvedl ztrátu paměti a 1 (1%) žena uvedla jako následek CMP odumření části mozku.

Graf 19 Zájem o informace o problematice CMP (k otázce č. 13)

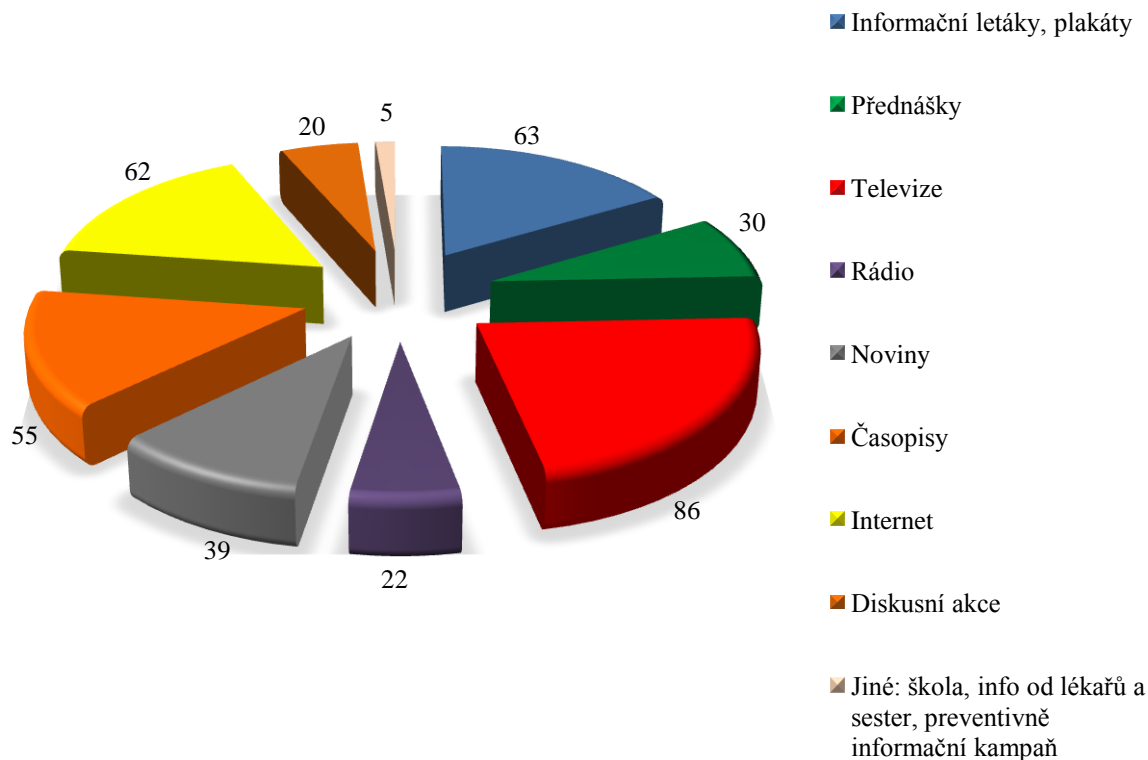


Tab. 5 Zájem o informace o problematice CMP dle pohlaví (k otázce č. 13)

	Celkem	Ženy	Muži
Ano	70	41(48%)	29(49%)
Ne, nezajímá mě to	16	10(11%)	6(10%)
Ne, mám informací dostatek	19	12(14%)	7(12%)
Nevím	40	23(27%)	17(29%)

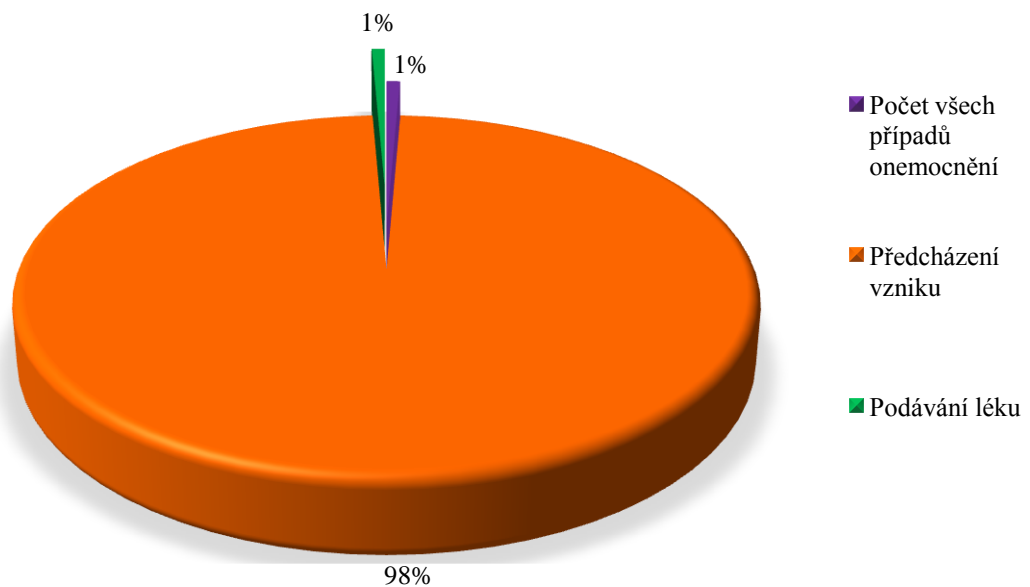
Na otázku, zda by respondenti uvítali více dostupných informací o CMP, vybralo 70 (48%) respondentů, 41 (48%) žen a 29 (49%) mužů, možnost „Ano“. Možnost „Ne, nezajímá mě to“ označilo 16 (11%) respondentů, 10 (11%) žen a 6 (10%) mužů. 19 (13%) respondentů, 12 (14%) žen a 7 (12%) mužů označili možnost „Ne, mám informací dostatek“. 40 (28%) respondentů, 23 (27%) žen a 17 (29%) mužů, označili možnost „Nevím“.

Graf 20 Možnosti zlepšení informovanosti laické veřejnosti (k otázce č. 14)



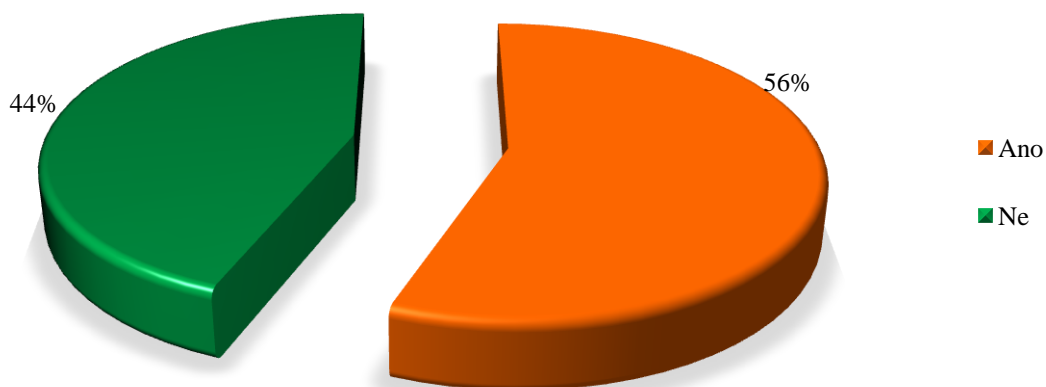
Otázka „Jak by se dala zlepšit informovanost laické veřejnosti“ měla více možností odpovědí. Celkem bylo 382 odpovědí. 63 x byly označeny informační letáky, plakáty. Přednášky byly označeny 28 x. Nejvíce odpovědí 86 bylo u možnosti televize. Rádio bylo zvoleno 22 x, noviny 39 x, časopisy 55 x, internet 62 x a diskusní akce 20 x. U možnosti „Jiné“ 2 respondenti uvedli možnost zlepšení informovanosti ve škole, 2 respondenti uvedli informace od lékařů a sester a 1 respondent uvedl informačně preventivní kampaň.

Graf 21 Význam pojmu „prevence“ (k otázce č. 15)

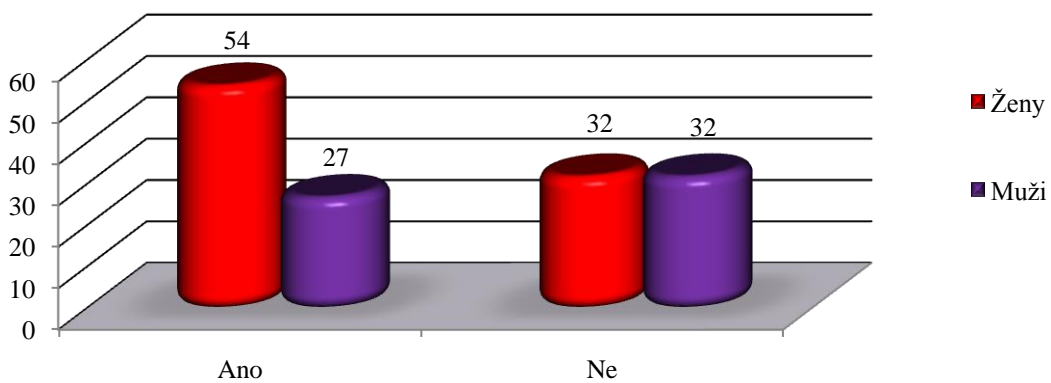


Z celkového počtu 145 respondentů odpověděl 1 (1%) respondent, že prevence je počet všech případů onemocnění na 100 tis. obyvatel a kalendářní rok. Odpověď předcházení vzniku onemocnění zvolilo 143 (98%) respondentů. Možnost podávání léku před lékařským výkonem označil 1 (1%) respondent.

Graf 22 Dodržování pravidelných preventivních prohlídek respondenty (k otázce č. 16)

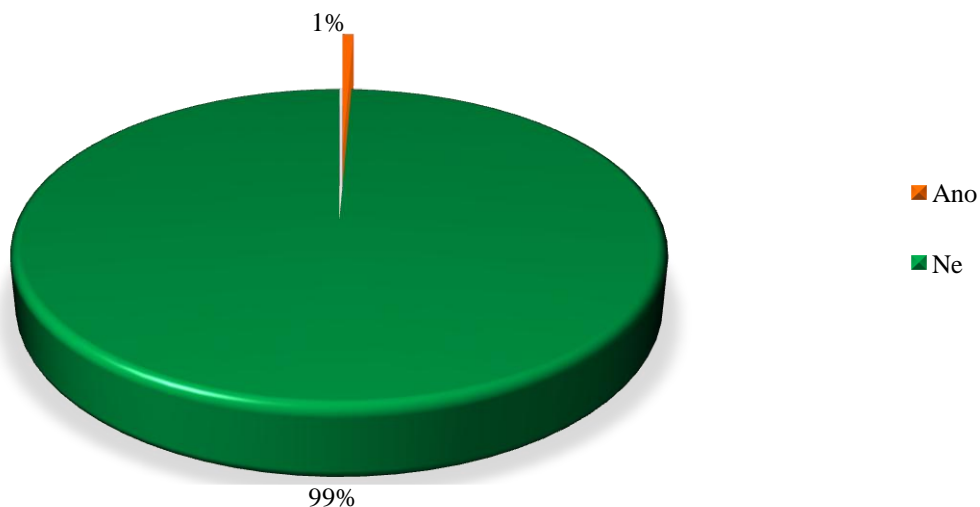


Graf 23 Dodržování pravidelných preventivních prohlídek respondenty dle pohlaví (k otázce č. 16)



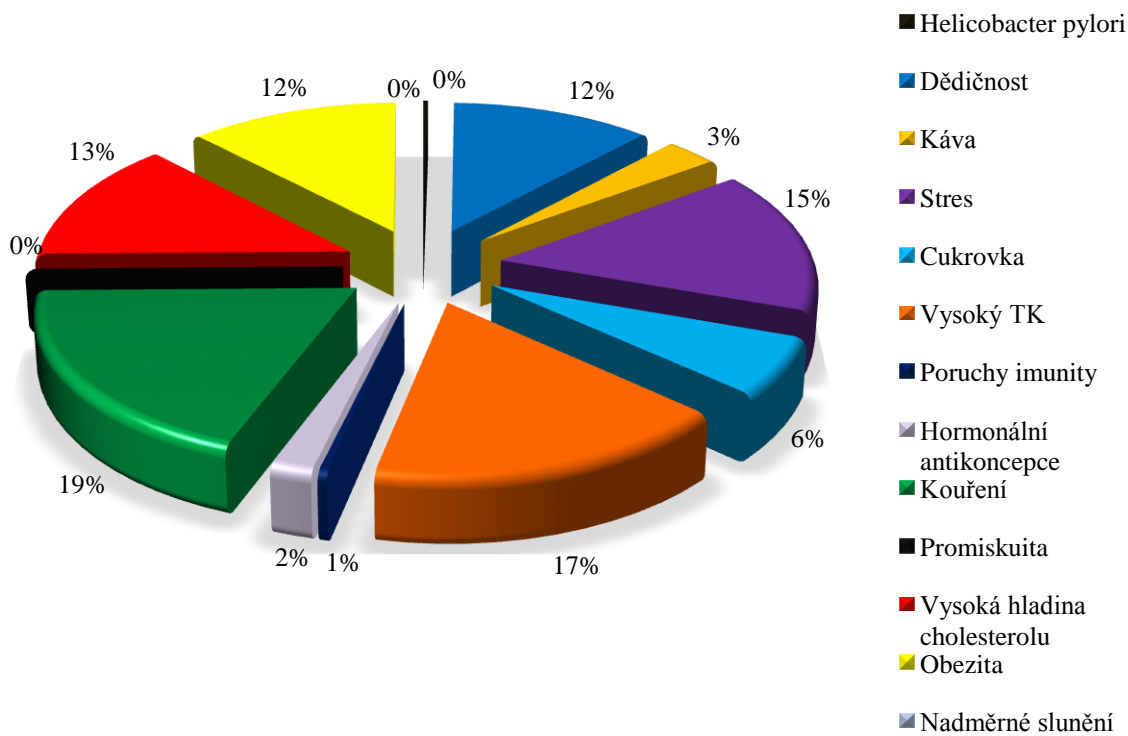
Kladnou odpověď na otázku, zda pravidelně chodí na preventivní prohlídky, zvolilo 81 (56%) respondentů, 54 (63%) žen a 27 (46%) mužů. Záporně odpovědělo 64 (44%) respondentů, 32 (37%) žen a 32 (54%) mužů.

Graf 24 Znalost preventivního programu (k otázce č. 17)



Graf znázorňuje, že 1 (1%) respondent zná preventivní program ve svém regionu a 144 (99%) respondentů žádný preventivní program nezná.

Graf 25 Znalost rizikových faktorů (k otázce č. 18)

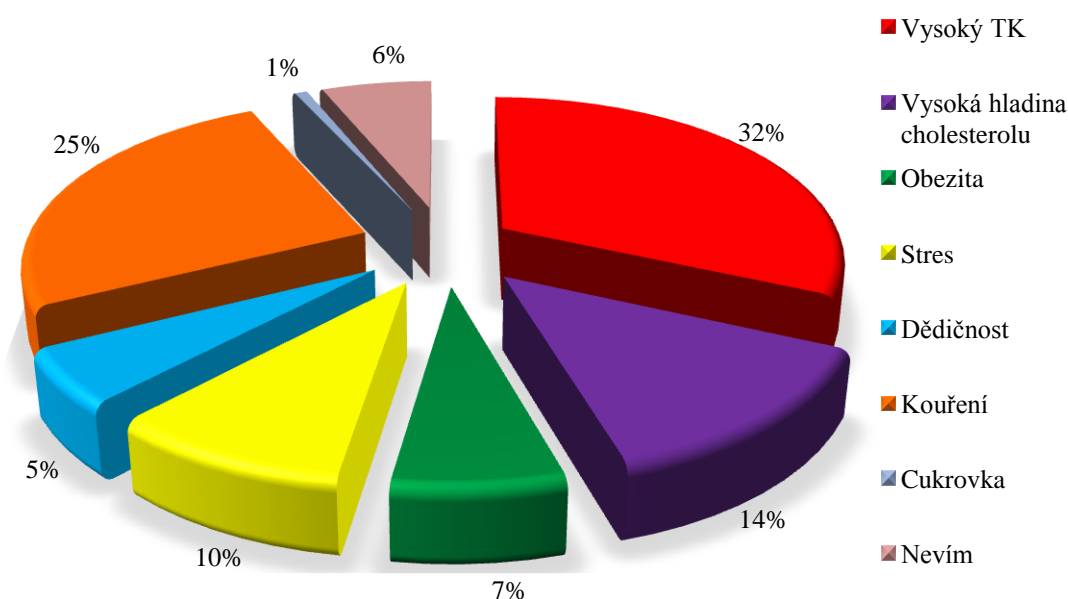


Tab. 6 Znalost rizikových faktorů dle pohlaví (k otázce č. 18)

Rizikový faktor	Celkem	Ženy	Muži
Helicobacter pylori	2	1	1
Dědičnost	84	52	32
Káva	22	12	10
Stres	111	68	43
Cukrovka	45	25	20
Vysoký TK	121	70	51
Poruchy imunity	3	3	0
Hormonální antikoncepce	14	10	4
Kouření	137	83	54
Promiskuita	0	0	0
Vysoká hladina cholesterolu	94	55	39
Obezita	88	57	31
Nadměrné slunění	0	0	0

Na otázku rizikových faktorů CMP odpovídalo 145 respondentů. Měli možnost zvolit více rizikových faktorů. Celkem bylo 721 odpovědí. Nejvíce respondentů označilo kouření 137, 83 žen a 54 mužů. 121 respondentů, 70 žen a 51 mužů, vybralo jako rizikový faktor vysoký krevní tlak, 111 respondentů, 68 žen a 43 mužů, označilo stres, 94 respondentů, 55 žen a 39 mužů, vybralo vysokou hladinu cholesterolu. Obezitu vybralo 88 respondentů, 57 žen a 31 mužů, a dědičnost označilo 84 respondentů, 52 žen a 32 mužů. 45 respondentů, 26 žen a 20 mužů, označilo cukrovku. Hormonální antikoncepci zvolilo 14 respondentů, 10 žen a 4 muži. 22 respondentů, 12 žen a 10 mužů, označilo pití kávy, 3 respondentky označily poruchy imunity. 2 respondenti 1 žena a 1 muž, označili infekci Helicobacter pylori. Pohlavní promiskuitu a nadměrné slunění nevybral žádný respondent.

Graf 26 Nejvýznamnější rizikový faktor uváděný respondenty (k otázce č. 19)



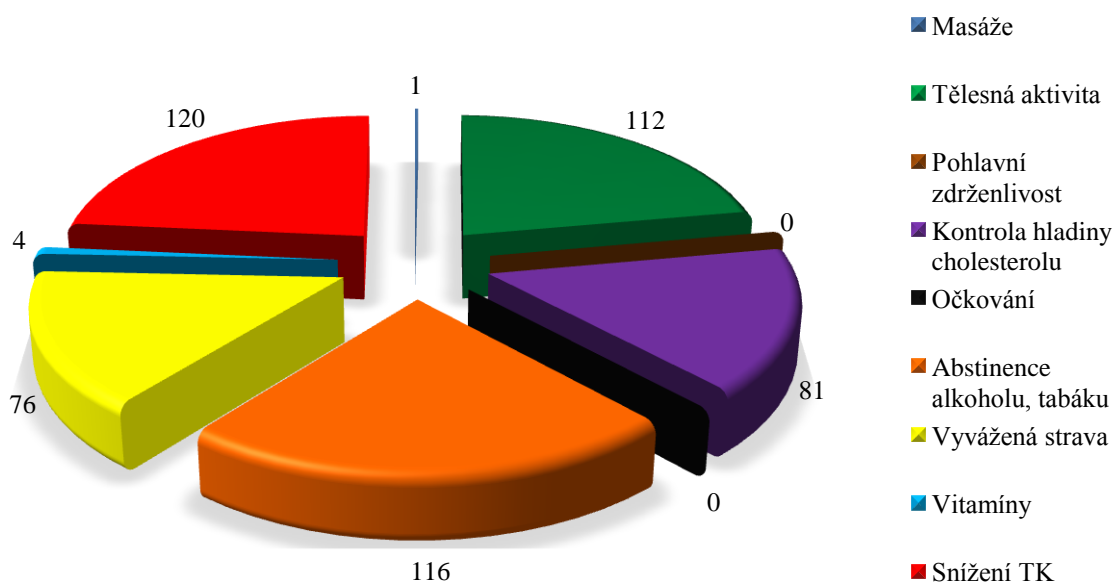
Tab. 7 Nejvýznamnější rizikový faktor uváděný respondenty dle pohlaví (k otázce č. 19)

Faktor	Celkem	Ženy	Muži
Vysoký TK	46	23(27%)	23(39%)
Vysoká hladina cholesterolu	20	11(13%)	9(15%)
Obezita	10	7(8%)	3(5%)
Stres	14	9(11%)	5(9%)
Dědičnost	8	6(7%)	2(3%)
Kouření	37	20(23%)	17(29%)
Cukrovka	1	1(1%)	0
Nevím	9	9(10%)	0

Otázka 19 rozvíjí odpověď na předchozí otázku. Respondenti měli zvolit nejvýznamnější rizikový faktor pro vznik CMP. Vysoký krevní tlak zvolilo 46 (32%) respondentů, 23 (27%) žen a 23 (39%) mužů. 20 (14%) respondentů, 11 (13%) žen a 9 (15%) mužů se domnívá, že nejvýznamnějším faktorem je vysoká hladina cholesterolu. 10 (7%) respondentů, 7 (8%) žen a 3 (5%) muži, uvedli obezitu. Stres zvolilo 14 (10%) respondentů, 9 (11%) žen a 5 (9%) mužů. Dědičnost uvedlo 8 (5%)

respondentů, 6 (7%) žen a 2 (3%) muži. 37 (25%) respondentů, 20 (23%) žen a 17 (29%) mužů, zvolilo možnost kouření. Cukrovku zvolila 1 (1%) žena a 9 (6%) respondentů, 9 (10%) žen uvedlo, že neví.

Graf 27 Znalost preventivních opatření (k otázce č. 20)

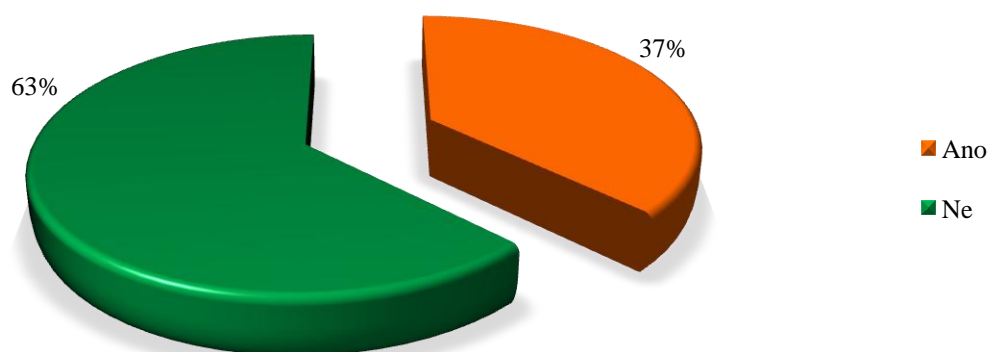


Tab. 8 Znalost preventivních opatření dle pohlaví (k otázce č. 20)

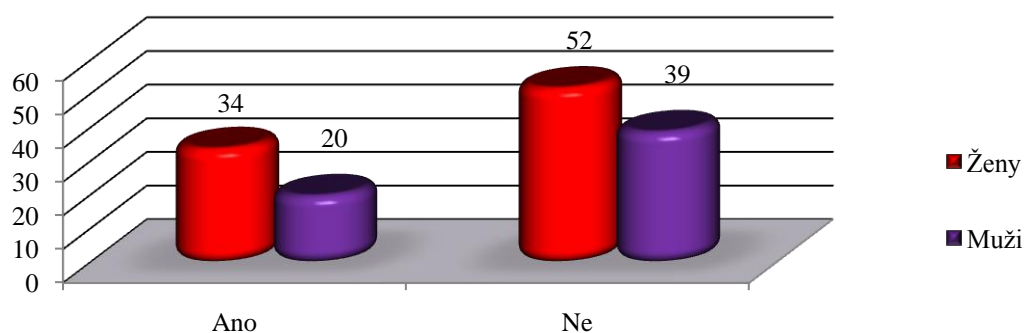
	Celkem	Ženy	Muži
Masáže	1	0	1(2%)
Tělesná aktivita	112(77%)	69(80%)	43(72%)
Pohlavní zdrženlivost	0	0	0
Kontrola hladiny cholesterolu	81(56%)	51(59%)	30(51%)
Očkování	0	0	0
Abstinence alkoholu, tabáku	116 (80%)	68(79%)	48(81%)
Vyvážená strava	76 (52%)	48(56%)	28(47%)
Vitamíny	4 (3%)	3(3%)	1(2%)
Snížení TK	120(83%)	68(79%)	52(88%)

Otázka prevence měla více možností odpovědí, celkem jich bylo 510. 1 (2%) muž zvolil možnost masáže, 112 (77%) respondentů, 69 (80%) žen a 43 (72%) mužů zvolili tělesnou aktivitu. 81 (56%) respondenty, 51 (59%) ženami a 30 (51%) muži, byla zvolena kontrola hladiny cholesterolu, 116 (80%) respondentů, 68 (79%) žen a 48 (812%) mužů, zvolilo možnost abstinence alkoholu, tabáku. 76 odpovědí (52%), 48 (56%) žen a 28 (47%) mužů, bylo pro vyváženou stravu, další 4 odpovědi (3%), 3 (3%) ženy a 1 (2%) muž, pro vitamíny. Nejvíce odpovědí, 120 (83%), 68 (79%) žen a 52 (88%) mužů, bylo pro snížení krevního tlaku. Pohlavní zdrženlivost a očkování nezvolil žádný respondent.

Graf 28 Znalost příznaků CMP (k otázce č. 21)

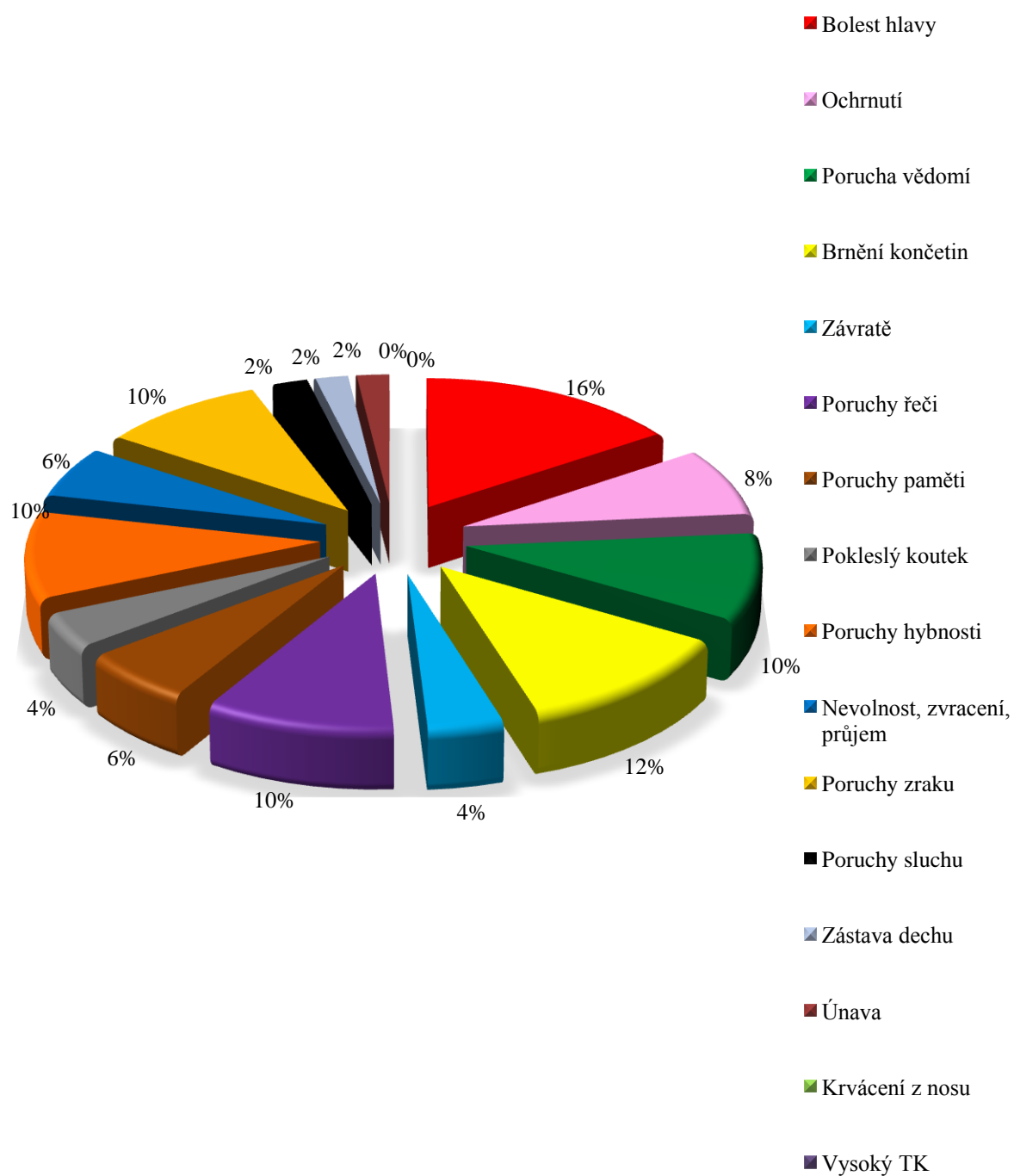


Graf 29 Znalost příznaků CMP dle pohlaví (k otázce č. 21)



Na otázku, zda vědí, jaké jsou projevy CMP, odpovědělo kladně 54 (37%) respondentů, 34 (40%) žen a 20 (34%) mužů. Projevy neznalo 91 (63%) respondentů, 52 (60%) žen a 39 (66%) mužů.

Graf 30 Příznaky CMP (k otázce č. 22)

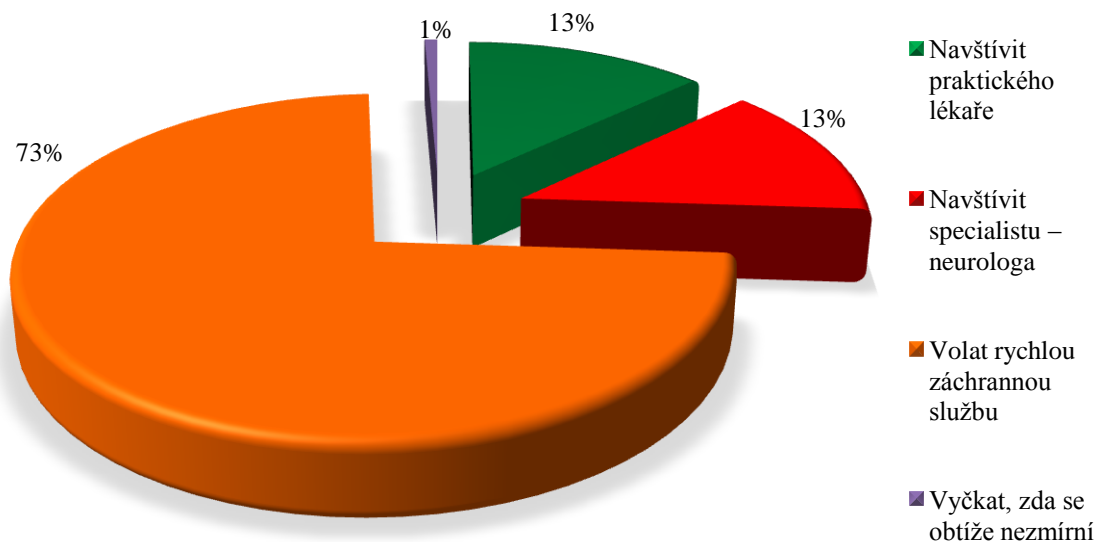


Tab. 9 Příznaky CMP dle pohlaví (k otázce č. 22)

Příznak	Celkem	Ženy	Muži
Bolest hlavy	21	13	8
Ochrnutí	13	9	4
Porucha vědomí	18	13	5
Brnění končetin, necitlivost	12	6	6
Závratě	7	5	2
Poruchy řeči	15	10	5
Poruchy paměti	4	1	3
Pokleslý koutek	9	7	2
Poruchy hybnosti	14	9	5
Nevolnost, zvracení, průjem	6	3	3
Poruchy zraku	8	3	5
Poruchy sluchu	1	0	1
Zástava dechu	2	1	1
Únava	2	1	1
Krvácení z nosu	1	1	0
Vysoký TK	1	1	0

V otázce respondenti vyjadřovali svůj názor na příznaky CMP. Celkem bylo 134 odpovědí. 21 respondentů, 13 žen a 8 mužů, si myslí, že příznakem CMP je bolest hlavy. Ochrnutí uvedlo 13 respondentů, 9 žen a 4 muži. Odpovědí 18 respondentů, 13 žen a 5 mužů, byla porucha vědomí. Brnění končetin, necitlivost uvedlo 12 respondentů, 6 žen a 6 mužů. 7 respondentů, 5 žen a 2 muži, odpověděli, že příznakem CMP jsou závratě. Poruchy řeči uvedlo 15 respondentů, 10 žen a 5 mužů. Poruchy paměti uvedli 4 respondenti, 1 žena a 3 muži. Odpověď pokleslý koutek zvolilo 9 respondentů, 7 žen a 2 muži. 14 respondentů, 9 žen a 5 mužů, uvedlo poruchy hybnosti. Nevolnost, zvracení, průjem odpovědělo 6 respondentů, 3 ženy a 3 muži. 8 respondentů, 3 ženy a 5 mužů, si myslí, že příznakem CMP jsou poruchy zraku. Poruchy sluchu uvedl 1 respondent, 1 muž. 2 respondenti, 1 muž a 1 žena, uvedli únavu. Krvácení z nosu a vysoký TK, odpověděla 1 žena.

Graf 31 První pomoc při podezření na CMP (k otázce 23)

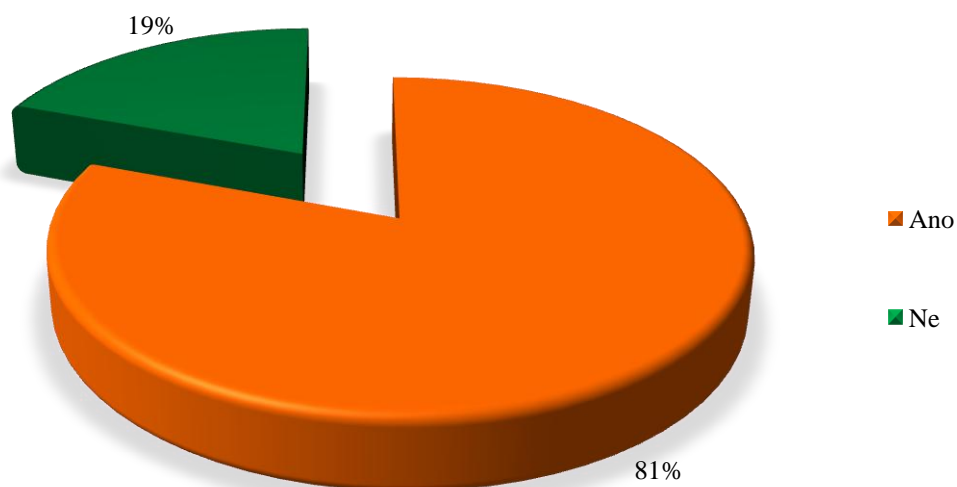


Tab. 10 První pomoc při podezření na CMP dle pohlaví (k otázce 23)

	Celkem	Ženy	Muži
Navštívit praktického lékaře	18	11(13%)	7(12%)
Navštívit specialistu – neurologa	19	13(15%)	6(10%)
Volat rychlou záchrannou službu	107	62(72%)	45(76%)
Vyčkat, zda se obtíže nezmírní	1	0	1(2%)

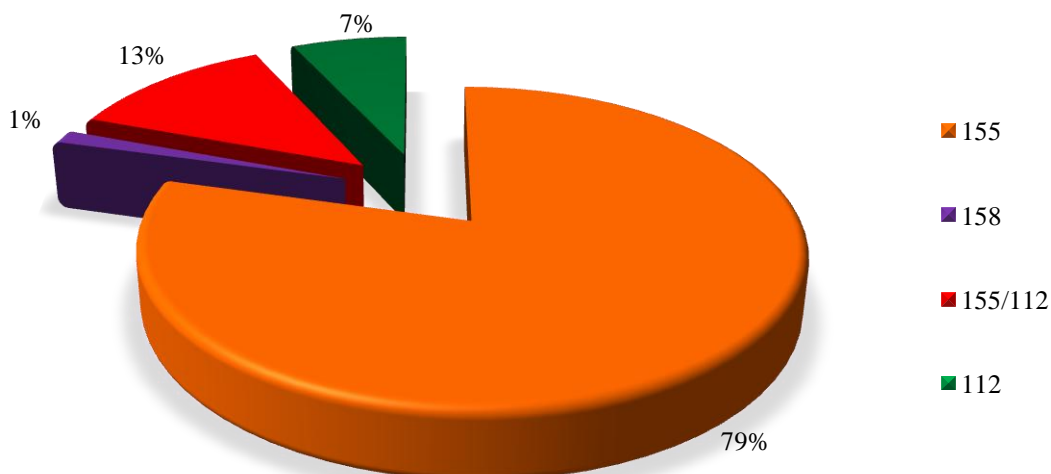
Graf a tabulka znázorňují, že při podezření na CMP by 18 (13%) respondentů, 11 (13%) žen a 7 (12%) mužů, navštívilo praktického lékaře, 19 (13%) respondentů, 13 (15%) žen a 6 (10%) mužů, navštívilo specialistu – neurologa. 107 (73%) respondentů, 62 (72%) žen a 45 (76%) mužů, by volalo rychlou záchrannou službu. 1 (1%) respondent, muž (2%) by vyčkal, zda se obtíže nezmírní.

Graf 24 Dostupnost specialisty



Kde najde specialistu – neurologa vědělo 117 (81%) respondentů. Nevědělo 28 (19%) respondentů.

Graf 25 Znalost čísla rychlé záchranné služby



Z celkového počtu 145 (100%) respondentů, 115 (79%) odpovědělo, že číslo rychlé záchranné služby je 155, 158 udal 1 (1%) respondent, 155 i 112 udalo 18 (13%) respondentů. 112 odpovědělo 10 (7%) respondentů.

Tab. 11 Riziko vzniku CMP

Riziko vzniku CMP	Celkem	Ženy	Muži
Nízké riziko 1-4 b.	60	34	26
Středně nízké riziko 5-9 b.	53	30	23
Středně vyšší riziko 10-13 b.	7	4	3
Vysoké riziko 14 a více b.	1	1	0

K dotazníku byla přiložena tabulka k výpočtu rizika vzniku CMP. Vyplnění bylo dobrovolné a mělo sloužit zejména k informování respondentů o jejich osobním riziku. Z celkového počtu 145 respondentů vrátilo tabulku 121 respondentů. Tabulka 11 zobrazuje výsledky. Nízké riziko má 60 respondentů, 34 žen a 26 mužů. Středně nízké riziko je u 53 respondentů, 30 žen a 23 mužů. Ve skupině středně vyššího rizika je 7 respondentů, 4 ženy a 3 muži. Vysoké riziko má 1 žena

5 Diskuze

V bakalářské práci byla snaha zjistit informovanost laické veřejnosti o onemocnění cévní mozková příhoda. Na základě získaných výsledků pak potvrdit, nebo vyvrátit předpokládané hypotézy.

V dotazníku byly uvedeny otázky zaměřené především na informovanost respondentů o CMP, způsobu získávání informací, preventivních opatření ke snížení rizika vzniku CMP a rozpoznání jejích příznaků. První tři otázky dotazníku měly identifikační charakter a sloužily k upřesnění zkoumaného vzorku. Dotazníky byly rozdány obyvatelům města Pelhřimov a obce Putimov na Vysočině. Z celkového počtu 145 (100%) respondentů bylo žen 86 (59%) a mužů 59 (41%). 8% respondentů, 10 ženám a 2 mužům, bylo méně než 20 let. Nejvíce respondentů 37%, 29 žen a 24 mužů, bylo ve věkové skupině 21 - 35 let. 25% respondentů, 23 žen a 13 mužů, bylo ve věkové skupině 36 – 45 let. Dále následuje věková kategorie 46 - 55 let, kdy odpovědělo na tento dotazník 14% respondentů, 14 žen a 7 mužů. Ve věkové kategorii 56 – 65 let bylo 11% respondentů 7 žen a 9 mužů. Nad 65 let uvedlo svůj věk 5% respondentů, 3 ženy a 4 muži. Z výše uvedených grafů a tabulek vyplývá, že rozdíly v odpovědích mužů a žen jsou nepatrné.

Základní vzdělání mělo 7 (5%) respondentů, odborné bez maturity 52 (36%) respondentů. Střední školu s maturitou absolvovalo 66 (45%) respondentů. 4 (3%) respondenti uvedli vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolské vzdělání mělo 15 (11%) respondentů. Hodnocení odpovědí dle vzdělání nebylo provedeno pro nedostatečný počet respondentů se základním, vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

Většina dotázaných respondentů 141 (97%) zná pojem cévní mozková příhoda. Čeho se toto onemocnění týká, vědělo 97 (67%) respondentů.

K upřesnění, zda respondenti opravdu toto onemocnění znají a vědí, čeho se toto onemocnění týká, sloužila následující otázka, ve které byla nabídnuta otevřená odpověď. Správně odpověděli všichni respondenti odpovídající na tuto otázku. Nejčastějšími odpověďmi bylo ucpání cévy v mozku, nedostatečné prokrvení, nebo krvácení do mozku a prasklá céva v mozku.

K věku výskytu iktů uvádí Bauer (2), že je varovný zejména posun výskytu do stále mladších věkových kategorií., především v důsledku stresu, nezájmu o vlastní zdraví a nedodržování vhodné životosprávy. Na otázku, zda je CMP onemocněním výhradně lidí staršího věku, nebo může postihnout i mladé lidi, někdy i dospívající a děti, 115 (79%) respondentů odpovědělo správně.

K tomu, aby lidé věděli, čeho se onemocnění týká, a dodržovali zásady zdravého životního stylu, potřebují dostatek informací. Jak uvádí národní cerebrovaskulární program a doc. Dobiáš (4,18), mají nezastupitelnou úlohou v primární prevenci a v účasti na zdravotní výchově obyvatel zejména praktičtí lékaři. Na otázku, kde získali informace o CMP, bylo možno odpovědět více možnostmi. Více než polovina odpovědí respondentů 251 byla hromadné sdělovací prostředky. Praktického lékaře, sestru praktického lékaře a jiného zdravotníka označili respondenti 50x. 53x označili rodinného příslušníka, 21x informační letáky. 4 respondenti uvedli mezi jiné zdroje školu. Domnívám se, že na informovanosti veřejnosti by se měli podílet hlavně praktičtí lékaři a ostatní zdravotnický personál.

Jak uvádí Kalita (12) ve své knize, rizikovým faktorem vzniku CMP je i dědičnost. Vyšší riziko je u mužů, jejichž matky zemřely na CMP, a vyšší riziko pro ženy s rodinnou zátěží ikty. Výskyt CMP u obou rodičů, zvyšuje riziko vzniku CMP pro jejich děti. Dotazovali jsme se proto respondentů, zda se cévní mozková příhoda objevila v jejich rodině. Z výsledků vyplývá, že v rodině 41% respondentů se již toto onemocnění vyskytlo a 9% respondentů neví. Výsledky jsou z mého pohledu hraniční. Myslím si, že každý by měl vědět, zda touto nemocí někdo v rodině netrpěl. Genetická vloha sice patří mezi neovlivnitelné faktory vzniku CMP, je však možné preventivně zmírnit vliv jiných ovlivnitelných faktorů.

Podle Neumanna a Bauera (2,19) je CMP urgentním a závažným stavem v medicíně, stejně jako např. infarkt myokardu. Ambler (2) ve svém článku uvádí spojitost mezi CMP a infarktem myokardu. Jde o stejný typ onemocnění, stejné primární příčiny, pouze cílový orgán je jiný. Srdce má však na své straně řadu výhod. Svalová tkáň myokardu je schopna přežít mnohem delší období ischemie než mozek. Ani následky nejsou tak devastující jako v případě postižení mozku CMP. Nedostatečné

povědomí o závažnosti tohoto stavu může mít za následek opožděné poskytnutí adekvátní péče. Ptali jsme se respondentů, zda si myslí, že je CMP stejně závažný stav jako infarkt myokardu. 85% respondentů odpovědělo, že ano.

V dalších dvou otázkách jsme zjišťovali, jak jsou respondenti informováni o následcích CMP, protože podle Dufka a Řiháčka (6,25) je CMP nejčastější příčinou invalidity v dospělé populaci a tím představují problém nejenom medicínský, ale i socioekonomický, který je dán následky iktu a ztrátou produktivity. 98 (68%) respondentů uvedlo, že zná následky onemocnění. K upřesnění odpovědí, zda respondenti znají následky CMP, sloužila následující otevřená otázka. Jak je vidět z grafu 18 a tabulky 4, respondenti odpovídali správně. Nejčastěji uváděli jako následek částečné, nebo celkové ochrnutí.

Když vezmeme v úvahu, jak dobře byli dosud respondenti informováni o cévní mozkové příhodě, je překvapivé vysoké procento respondentů (48%), kteří uvedli, že by uvítali více informací o problematice CMP. 11% respondentů uvedlo, že je tato problematika nezajímá, 13% respondentů si myslí, že má informací dostatek. Možnost „Nevím“ označilo 28% respondentů.

Dále jsme se respondentů dotazovali, jak by se dala zlepšit informovanost veřejnosti. Na tuto otázku bylo možno zvolit více možností. Z nabídnutých možností nejvíce respondentů 53% označilo veřejné sdělovací prostředky, z nichž největší zastoupení měla televize. Myslím si, že výsledek není překvapivý, protože předávání informací pomocí veřejných sdělovacích prostředků se zdá nejdostupnější. Myslím si, že by se měl v informovanosti veřejnosti využít potenciálu médií, která mají tu moc lidi ovlivnit a promlouvat k nim. Pouze 2 respondenti uvedli informace od lékařů a sester. Podnětný je tip jednoho respondenta, který uvedl, že informovanost by se dala zlepšit rozsáhlou preventivně informační kampaní.

Následující otázky se věnovaly prevenci. Význam pojmu prevence zná 98% respondentů. Na pravidelné preventivní prohlídky chodí 56% respondentů. I když je to nadpoloviční většina, myslím, že výsledek příliš uspokojivý není.

Relativně špatný je i výsledek další otázky, kde se respondentů ptáme na znalost preventivního programu v regionu. Pouze jeden respondent uvedl, že preventivní

program zná. Konal se v minulém roce v Jihlavské nemocnici. „30 dní pro prevenci a léčbu cévních mozkových příhod“, který od roku 2005 probíhá každoročně od 27. dubna do 26. května. V rámci kampaně probíhají v nemocnicích, které se ke kampani dobrovolně připojí, dny otevřených dveří a osvětové aktivity vůči veřejnosti odborné a laické. V roce 2009 byla kampaň zaměřena nejen na osvětu problematiky jako takové, ale i na kritickou skupinu žen ve věku 25 - 40 let, u které při prvních příznacích CMP často dochází k nerozeznání CMP a nevyhledání rychlé zdravotnické pomoci a rizikovému faktoru zvýšené hladině tuků v krvi. Na Vysočině se loni ke kampani připojila pouze nemocnice Jihlava a Havlíčkův Brod. V letošním roce začíná kampaň 27.4. Program viz příloha 3. Tato kampaň se zatím dle mého názoru dostatečně nedostala do povědomí široké veřejnosti. „Dnů otevřených dveří“ se ve výše uvedených nemocnicích účastní spíše lidé se zájmem o toto téma a ne ti, kteří jsou ohroženi nejvíce, a to lidé neinformovaní. Součástí kampaně je i leták (viz. příloha 2) a plakát „Mrtvice je rychlá! A Vy?“ Navštívila jsem čekárny pěti praktických lékařů v Pelhřimově a nenašla jsem žádný informační materiál na téma CMP.

Ve své knize Kalina (11) uvádí, že úroveň povědomí veřejnosti o rizikových faktorech je stále nízká, proto mě velmi překvapilo, že na základě získaných dat, mohu toto tvrzení částečně vyvrátit. Otázka týkající se rizikových faktorů měla více možností odpovědí. 96% odpovědí bylo správných. Nejčastěji zvolenou možností bylo kouření 137x, vysoký krevní tlak 121x, stres 111x, zvýšená hladina cholesterolu 94x, dědičnost 84x a obezita 88x. Cukrovku označilo 45 respondentů. Respondenti mají obecné znalosti o rizikových faktorech.

K upřesnění znalostí o rizikových faktorech vzniku CMP sloužila následující otevřená otázka. Respondenti měli určit, který z rizikových faktorů je nejvýznamnější. Vysoký krevní tlak zvolilo 32% respondentů. 25% respondentů zvolilo možnost kouření. 14% respondentů se domnívalo, že nejvýznamnějším faktorem je vysoká hladina cholesterolu. Stres zvolilo 10% respondentů, 7% respondentů uvedlo obezitu. Dědičnost 5% respondentů. Cukrovku zvolilo 1% respondentů a 6% respondentů uvedlo, že neví. Podle Kality, Součka, Dobiáše, Dufka a Řiháčka (4,6,12,25,27) je nejvýznamnější ovlivnitelný rizikový faktor ischemické i hemoragické CMP

hypertenze. Jak uvádí Kalita (13) ve svém článku, metaanalýzy randomizovaných studií z počátku 90. let minulého století prokázaly, že léčba hypertenze snižuje výskyt iktů zhruba o 42%. Souček (27) uvádí, že riziko CMP u kuřáků je oproti nekuřákům dvojnásobné a mizí po 2-5 letech abstinence. Cukrovka zvyšuje riziko až 4 - 6x oproti populaci bez poruch glycidového metabolismu.

V otázce týkající se preventivních opatření vzniku CMP mohli respondenti opět zvolit více možností. Jak uvádí Dufek, Kalita a Řiháček a Souček (6, 12, 25, 27), nejúčinnějším preventivním opatřením vzniku CMP je kontrola a snížení krevního tlaku. V národním cerebrovaskulárním programu (18) se uvádí, že zásadním principem prevence CMP je změna nevhodného životního stylu a návyků. Důležitá je vyvážená strava, boj proti kouření a nadměrné konzumaci alkoholu, podpora zvýšení fyzických aktivit. Respondenti nejčastěji 120 x zvolili možnosti snížení krevního tlaku, 116 x abstinenci alkoholu a tabáku a 112 x tělesnou aktivitu. Kontroly hladiny cholesterolu označili 81 x. Pouze 76 respondentů zvolilo vyváženou stravu.

Dále jsme se zaměřili na znalost příznaků CMP. Ptali jsme se respondentů, zda vědí, jaké jsou příznaky cévní mozkové příhody. „Ano“ odpovědělo pouze 37% respondentů. Kalina (11) uvádí, že v populaci je stále nízká úroveň povědomí o příznacích CMP. Podle Kality (12) nedostatečná znalost příznaků iktu u laiků výrazně snižuje možnosti účinné léčby a nedostatek těchto znalostí je pokládán za jedno z největších rizik CMP. Kladně odpovídající respondenti měli v následující otázce napsat příznaky CMP.

Kalita (12) ve své knize uvádí oficiální seznam NINDS (National Institutes of Neurological Disorders and Stroke), definující hlavní symptomy iktu: Náhlá slabost nebo znečitlivění tváře, paže, nohy. Náhlé zatmění nebo ztráta zraku, zejména na jednom oku. Náhlá neschopnost mluvit nebo rozumět řeči. Náhlá těžká bolest hlavy bez známé příčiny. Nevysvětlitelná závrať nebo náhlý pád. Náhle vzniklá porucha polykání.

Celkem bylo 134 odpovědí. 21 respondentů, si myslí, že příznakem CMP je bolest hlavy. Ochrnutí uvedlo 13 respondentů. Odpovědí 18 respondentů byla porucha vědomí. Brnění končetin, necitlivost uvedlo 12 respondentů. 7 respondentů odpovědělo,

že příznakem CMP jsou závratě. Poruchy řeči uvedlo 15 respondentů. Poruchy paměti uvedli 4 respondenti. Odpověď pokleslý koutek zvolilo 9 respondentů. 14 respondentů uvedlo poruchy hybnosti. Nevolnost, zvracení, průjem odpovědělo 6 respondentů. 8 respondentů si myslí, že příznakem CMP jsou poruchy zraku. Poruchy sluchu uvedl 1 respondent. 2 respondenti uvedli únavu. Krvácení z nosu a vysoký TK, odpověděl 1 respondent. Výsledky šetření v otázce informovanosti o příznacích iktu se shodují s výše uvedenými autory.

Pokud se setkáme s příznaky možného iktu, musíme podle Kality (12) jednat urgentně, aby se co nejvíce nemocných s iktem dostalo do nemocnice včas, ideálně do 1 až 2 hodin. Kalina (11) uvádí, že je nutností okamžitá aktivace záchranných služeb. Ptali jsme se respondentů, co dělat v případě podezření na CMP. 107 (73%) respondentů by volalo rychlou záchrannou službu. 19 (13%) respondentů zvolilo možnost navštívit specialistu neurologa. Navštívit praktického lékaře označilo 18 (13%) respondentů. 1 (1%) respondent by vyčkal, zda se obtíže nezmírní.

V souvislosti s předcházející otázkou jsme se ptali, zda respondenti znají číslo rychlé záchranné služby. 99% respondentů číslo zná. Respondenti uváděli buď 155, 112, nebo obě.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech, prevenci a příznacích cévní mozkové příhody. Cíl byl splněn.

Hypotéza H1: Předpokládám, že laická veřejnost je dostatečně informována o rizikových faktorech CMP se potvrdila. K zamyšlení zůstává fakt, že zdrojem informací jsou především veřejné sdělovací prostředky a nikoli zdravotničtí pracovníci. Této skutečnosti by se dalo využít k větší medializaci problematiky.

Hypotéza H2: Předpokládám, že laická veřejnost je dostatečně informována o prevenci CMP se také potvrdila. Respondenti znají preventivní opatření. Avšak zarážející je skutečnost, že pouze 56% respondentů chodí na pravidelné preventivní prohlídky.

Hypotéza H3: Předpokládám, že laická veřejnost nezná příznaky CMP se potvrdila. Pouze 37% respondentů uvedlo, že zná příznaky CMP. Proto je důležité

věnovat této problematice více pozornosti a edukovat veřejnost např. prostřednictvím informačních letáků a plakátů v ordinacích praktického lékaře.

6 Závěr

Každý z nás je zodpovědný za své zdraví. Účinná prevence CMP spočívá především v informovanosti veřejnosti o tomto onemocnění, jeho rizikových faktorech, příznacích a následcích. Pokud bude veřejnost nenásilnou formou vedena k tomu, aby si uvědomovala zdravotní rizika a jejich následky, bude se sama, z vlastního přesvědčení chovat tak, aby těmto rizikům předcházela. Je sice idealistické se domnívat, že když veřejnost bude vědět, jak předcházet CMP, tak ji vymítíme z lékařské praxe. Jsem ale přesvědčena, že znalost prevence a příznaků dokáže nemocnost, nebo alespoň následky nemoci snížit. A v případě mozkové mrtvice to platí dvojnásob. Zde totiž vědomosti mohou zachránit před takovými následky, jakým jsou trvalá invalidita nebo smrt.

Cílem bakalářské práce „Informovanost laické veřejnosti o rizikových faktorech, prevenci a příznacích cévní mozkové příhody“ bylo zjistit, zda laická veřejnost ví co je to CMP, jaké jsou její rizikové faktory, prevence vzniku CMP a její příznaky. Cíl práce byl splněn.

Šetření bylo prováděno metodou dotazování, technikou dotazníků. Byly stanoveny tři hypotézy, které se potvrdily.

S výsledky svého výzkumného šetření bych ráda seznámila na odborných seminářích zdravotnické pracovníky v nemocničních a ambulantních zařízeních. Jsou to právě oni, jejichž každodenní náplní je edukace o rizikových faktorech a prevenci. Dále budou výsledky práce použity jako podklad pro seminář o problematice CMP a její prevence určený pro laickou veřejnost.

Osobně bych doporučila rozsáhlejší osvětu v podobě tištěných materiálů v čekárnách a ordinacích a větší medializaci problematiky v médiích. V této souvislosti byla oslovena pobočka VZP v Pelhřimově s návrhem distribuce letáku „Mrtvice je rychlá! A Vy?“. Dále jsem kontaktovala regionální rádio Vysočina a Pelhřimovský deník s nabídkou preventivně informační kampaně. V primární péči by měl probíhat celoplošný preventivní program. Začít by se mělo aktivním předáváním informací o rizikových faktorech a dostupných preventivních opatřeních při pravidelných preventivních prohlídkách.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AMBLER, Z. *Základy neurologie: Učebnice pro lékařské fakulty*. 6. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
2. AMBLER, Z., POLÍVKA, J. Význam iktových jednotek pro léčbu cévních mozkových příhod. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: 2001, roč. 1, č. 4, s. 168-172. ISSN-1213-1814
3. BAUER, J. Terapie a prevence cévních mozkových příhod. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: 2001, roč. 1, č. 4, s. 166-167. ISSN -1213-1814.
4. DOBIÁŠ, V. Cievne mozgové príhody v prednemocničnej praxi. *Via pract.* Bratislava: 2005, roč. 2, č. 7,8, s. 321-323. ISSN 1336-4790.
5. DOSTÁLOVÁ, J., et al. *Konečné znění Výživových doporučení pro obyvatelstvo ČR* [cit. 2009-12-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.vyzivaspol.cz/rubrikadokumenty/konecneznenivyzivovychdoporuceni.html>>.
6. DUFEK, M. Cévní mozkové příhody, obecný úvod a klasifikace. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: 2002, roč. 3, č. 6, s. 5-10. ISSN -1212-7299.
7. FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 80-7262-428-8.
8. HALUZÍKOVÁ, J. Edukace – nástroj léčby. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 4, s. 14 – 15. ISSN 1210-0404.

9. HERZIG, R. *Ischemické cévní mozkové příhody*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 84 s. ISBN 80-7345-148-6
10. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 89 s. ISBN 80-247-2150-7.
11. KALINA, M., et al. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 80-7387-107-9
12. KALITA, Z., et al. *Akutní cévní mozkové příhody*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 626 s. ISBN 80-85912-26-0
13. KALITA, Z. Hypertenze a cévní mozková příhoda – pohled neurologa. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: 2004, roč. 4, č. 3, s. 160 -162. ISSN 1213-1814
14. KAREN, I., WIDIMSKÝ, J. *Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008. 20 s. ISBN 80-86998-20.
15. *Manuál prevence v lékařské praxi* [cit. 2009-12-05]. Dostupné z WWW: <<http://centrumprev.sweb.cz/MANUAL/MANUALII-1.htm>>.

16. *Mezinárodní doporučení pro odvykání kouření v primární péči*. [cit. 2009-12-06]. Dostupné z WWW: <http://www.slzt.cz/dokumenty/doporuceni_odvykani.pdf>.
17. MUMENTHALER, M., MATTLE, H. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2001. 625 s. ISBN 80-7169-545-9.
18. *Národní cerebrovaskulární program*. [cit.2010-04-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.cmp.cz/>>
19. NEUMANN, J. Současné možnosti péče o pacienta s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou. *Medicína pro praxi*. Olomouc: 2007, roč. 3, č. 1, s. 30-31. ISSN -1214-8687.
20. NEVŠÍMALOVÁ, S., et al. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.
21. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.
22. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
23. RYBKA, J., et al. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd .Praha: Grada Publishing, 2006, 288 s. IBSN 80-247-1612
24. RYBKA, J. Monitoring glykemického stavu - základní kámen kontroly kompenzace diabetu v ordinaci PL. *Medicína pro praxi*. Olomouc: 2008, roč. 5, č. 10, s. 362-366. ISSN - 1214-8687

25. ŘIHÁČEK, I., FRÁŇA, P. Cévní mozková příhoda z pohledu vnitřního lékařství:současný stav. *Kardiologická revue*. Brno: 2004, roč. 2004, č. 1, s. 28-34. ISSN 1212-4540.
26. SEIDL, Z.; OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
27. SOUČEK, M.; ŘIHÁČEK, I. Kontrola krevního tlaku v primární a sekundární prevenci cévních mozkových příhod. *Remedia*. Praha:2007, roč. 4, č. 17, s. 379-383. ISSN: 0862-8947
28. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 496 s. ISBN 80-7172-841-1.
29. VURM, V., et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6
30. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
31. WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 398 s. ISBN 80-246-1020-5
32. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

8 Klíčová slova

Informovanost

Cévní mozková příhoda

Laická veřejnost

Prevence

Rizikové faktory

Příznaky

9 Přílohy

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Příznaky CMP

Příloha 3 Program kampaně „30 dní pro prevenci a léčbu cévních mozkových příhod“

Příloha 4 Leták „Mrtvice je rychlá! A Vy?“

Příloha 5 Internetové odkazy a literatura k problematice CMP

Příloha 1 Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,
jmenuji se Renata Vychytilová a v současné době jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a poslouží pouze k vypracování mé bakalářské práce, která se zabývá problematikou informovanosti veřejnosti o rizikových faktorech, prevenci a příznacích Cévní mozkové příhody.

Děkuji Vám za čas a úsilí, které věnujete vyplňování tohoto dotazníku.

Cévní mozková příhoda = CMP = iktus = mrtvice

1. Prosím uveďte Váš věk.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Méně než 20 let | <input type="checkbox"/> 21-35 let |
| <input type="checkbox"/> 36-45 let | <input type="checkbox"/> 46-55 let |
| <input type="checkbox"/> 56-65 let | <input type="checkbox"/> Více než 65 let |

2. Pohlaví

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Žena | <input type="checkbox"/> Muž |
|-------------------------------|------------------------------|

3. Prosím označte Vaše dosažené vzdělání.

- Základní
- Odborné bez maturity
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

4. Už jste slyšel/a o onemocnění Cévní mozková příhoda (mrtvice, iktus, mozkový infarkt, CMP)?

- Ano Ne

5. Víte, čeho se toto onemocnění týká?

- Ano Ne

6. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 5 „Ano“, prosím popište.

.....
.....
.....
.....

7. Je to onemocnění:

- Výhradně lidí staršího věku
 Může postihnout i mladé lidi, někdy i dospívající a děti

8. Kde jste informace o tomto onemocnění získal/a. (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Praktický lékař | <input type="checkbox"/> Sestra praktického lékaře |
| <input type="checkbox"/> Jiný zdravotník | <input type="checkbox"/> Rodinný příslušník |
| <input type="checkbox"/> Informační letáky | <input type="checkbox"/> Televize |
| <input type="checkbox"/> Rádio | <input type="checkbox"/> Noviny |
| <input type="checkbox"/> Časopisy | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Jiné | |

9. Objevilo se již toto onemocnění ve Vaší rodině?

- Ano Ne Nevím

10. Myslíte si, že CMP je stav stejně závažný jako například infarkt myokardu?

- Ano Ne

11. Víte, jaké jsou následky CMP?

- Ano Ne

12. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 11 „Ano“, prosím popište následky CMP.

.....
.....
.....

13. Uvítal/a byste více dostupných informací o problematice CMP?

- Ano Ne, nezajímá mě to
 Ne, mám informací dostatek Nevím

14. Jak by se podle Vás dala zlepšit informovanost laické veřejnosti? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- Informační letáky, plakáty Přednášky
 Televize Rádio
 Noviny Časopisy
 Internet Diskusní akce
 Jiné

15. Prevence znamená?

- Počet všech případů onemocnění na 100 tis. obyvatel a kalendářní rok
- Předcházení vzniku onemocnění a zabránění rozvoji onemocnění
- Podávání léku před lékařským výkonem

16. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky k Vašemu obvodnímu lékaři?

- Ano
- Ne

17. Znáte nějaký preventivní program/aktivitu na podporu prevence CMP ve Vašem regionu?

- Ano.....
- Ne

18. Mezi rizikové faktory vzniku CMP patří: (Můžete uvést více možností.)

- Kouření
- Infekce *Helicobacter pylori*
- Pohlavní promiskuita
- Dědičnost
- Poruchy imunity
- Vysoká hladina cholesterolu
- Káva
- Hormonální antikoncepce
- Obezita
- Stres
- Nadměrné slunění
- Vysoký krevní tlak
- Cukrovka

19. Který z výše uvedených faktorů je pro vznik CMP nejvýznamnější? Prosím vypište.

.....

20. Jaká jsou preventivní opatření vzniku CMP? (Můžete uvést více možností.)

- Pohlavní zdrženlivost Kontrola hladiny cholesterolu Očkování
- Tělesná aktivita Vyvážená strava Vitamíny B,C
- Abstinence alkoholu, tabáku Masáže Snížení krevního tlaku

21. Víte jak se CMP projevuje?

- Ano Ne

22. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 21 „Ano“, prosím napište příznaky, které by mohly znamenat CMP.

.....

23. Co dělat, pokud se objeví některé z příznaků, které by mohly znamenat CMP?

- Navštívit praktického lékaře
- Navštívit specialistu – neurologa
- Volat rychlou záchrannou službu
- Vyčkat, zda se obtíže nezmírní

24. Víte, kde najdete specialistu – neurologa ve vašem regionu?

- Ano Ne

25. Číslo rychlé záchranné služby je:

.....

Tato tabulka slouží k výpočtu rizika vzniku CMP. Pokud se chcete dozvědět jaké je Vaše riziko, vyplňte přiloženou tabulku.

Rizikový faktor	Skóre rizika				Aktuální skóre
	0	1	2	3	
Věk	0-44	45-64	65-74	Nad 75	
Kouření	Nikdy, nebo přestal před více než 5 lety	Přestal před méně než 5 lety	Kuřák do 20 cigaret denně	Kuřák nad 20 cigaret denně	
Krevní tlak (mmHg)	Normální < 120/80	Hraniční až mírná hypertenze 120-159/80-94	Střední hypertenze 160-179/95-109	Těžká hypertenze 180+/110+	
Cukrovka	Nepřítomna	Nelze posoudit	Rodinná zátěž	Potvrzený diabetes	
Rodinná zátěž iktem	Žádná	Pokrevný příbuzný měl iktus po 65 letech	Pokrevný příbuzný měl iktus před 65 lety	2 nebo více příbuzných mělo iktus	
Cholesterol	Pod normou (<5,2 mmol/l)	Průměrný (5,2-6,1 mmol/l)	Středně zvýšený (6,2-7,8 mmol/l)	Silně zvýšený (>7,8 mmol/l)	
Alkohol (standardní dávky denně)	Žádná přemíra (0-2 muž 0-1 žena)	Lehké nadužívání (3-4 muž 2 žena)	Střední abúzus (5-6 muž 3-4 žena)	Těžký abúzus (>6 muž >4 henna)	
BMI (kg/m²)	Normální (18,5-24,9)	Lehká nadváha (25-26,9)	Střední nadváha (27-29,9)	Obézní (>30)	
Fyzická aktivita	Normální (1hod.energické aktivity alespoň 3xtýdně)	Lehce snižená (1hod.energické aktivity 1-2x týdně)	Středně snižená (<1 hod. energické aktivity 1xtýdně)	Minimální (téměř žádná energetická aktivita)	
Celkové skóre:					

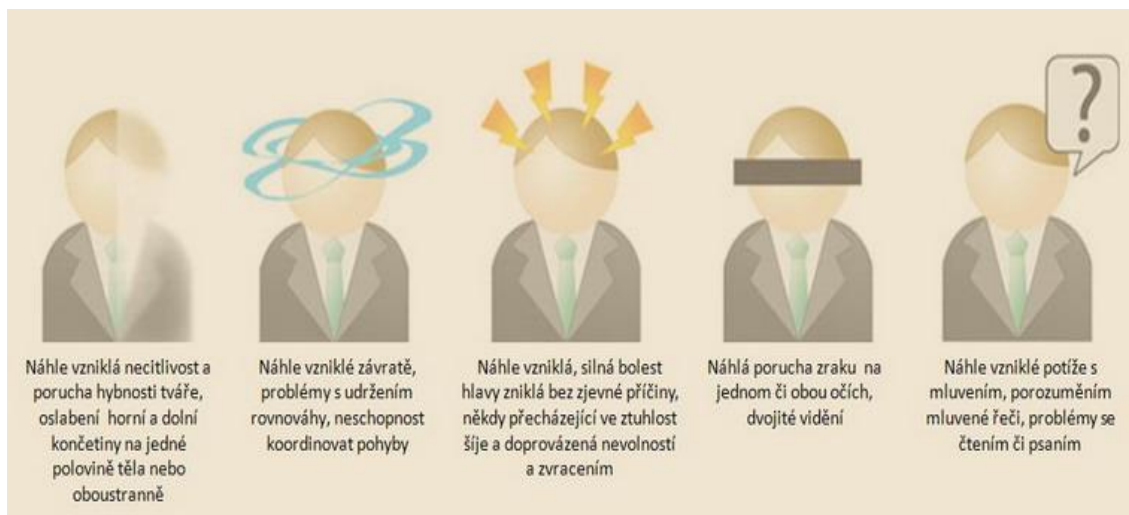
1-4 body = nízké riziko

5-9 bodů = středně nízké riziko

10-13 = bodů středně vyšší riziko

14 a více = vysoké riziko

Příloha 2 Příznaky CMP



Zdroj: http://cmp-brno.wbs.cz/co_je_cmp/cmp1-2_original.jpg

Příloha 3 Program kampaně „30 dní pro prevenci a léčbu cévních mozkových příhod“

Chcete se o cévní mozkové příhodě dozvědět více?

Navštivte dny otevřených dveří v těchto nemocnicích:

město	nemocnice	datum konání	hodina konání
BLANSKO	Nemocnice Blansko	5. 5., 19. 5.	14,00 - 17,00

Neurologie - prohlídka iktové jednotky, měření BMI, TK a glykémie (glukometrem), UTZ vyšetření krčních tepen, konzultace s lékařem každou celou hodinu, interaktivní přednáška: rizika, prevence a léčba CMP.

BRNO	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně	28. 4.	14,00
-------------	---	---------------	--------------

Posluchárna neurologie - přednáška o CMP, projevy, možnosti léčby a prevence, pro vylosované návštěvníky UZ krčních tepen a měření krevního tlaku.

BRNO	Vojenská nemocnice Brno	28. 4., 5. 5.	9,00 a 13,00
-------------	--------------------------------	----------------------	---------------------

Přednáška v kapitulní síni - CMP a projevy, možnosti léčby a prevence, následně vyšetřování rizikových faktorů /TK, lipidy/, v omezeném počtu ultrazvukové vyšetření magistrálních mozkových tepen.

DEČÍN	Nemocnice Děčín o. z., KZ a. s.	29. 4.	14,00 - 17,00
--------------	--	---------------	----------------------

Neurologie - osvětová přednáška, laboratorní odběry, UZ karotid event. přidělení termínu, exkurse na neuro JIP.

HRADEC KRÁLOVÉ	Fakultní nemocnice Hradec Králové	27. 4.	14,00
---------------------------	--	---------------	--------------

RTG klinika - prostory centrálního RTG - přednáška neurologa a intervenčního radiologa, UZ vyšetření magistr, tepen mozku a měření krevního tlaku.

CHOMUTOV **Nemocnice Chomutov o. z., KZ a.** **5. 5.** **8,00-14,30**
s.

Neurologie - den otevřených dveří v rámci poradny pro cerebrovaskulární onemocnění (ambulace při neurologickém oddělení) : pro příchozí (bez objednání) : měření krevního tlaku, cukru, váhy (ev. cholesterolu) + každou hodinu (8:00, 9:00, 10:00, 11:00 a dále 13:00, 14:00) poradna se specialistou na cévní mozkové příhody o závažnosti CMP, o rizikových faktorech, o příznacích a o současných možnostech léčby.

JIČÍN **Nemocnice Jičín** **20. 5.** **14,00-16,00**

Neurologie - prohlídka oddělení, screeningové UZ vyšetření, krčních tepen, přednáška o příznacích a možnostech léčby CM, změření krevního tlaku a glykemie

JIHLAVA **Nemocnice Jihlava** **28. 4., 5. 5.** **14,00-17, 00**

Neurologie - interaktivní beseda na téma "CMP - prevence, management akutní fáze a léčba v Iktovém centru", exkurze do iktového centra, možnost provedení vyšetření duplexní sonografie extrakraniálních tepen pro vybrané zájemce.

KARLOVY **Nemocnice Karlovy Vary** **27. 4., 10. 5.** **16,00 -18,00**
VARY

zasedací místnost, budova 4 - přednáška o problematice CMP, prevenci a rizikových faktorech CMP, diskuze.

KARVINÁ **Karvinská hornická nemocnice a.** **5. 5.** **15,00 -18,00**
s.

Konferenční sál nemocnice - přednášky na téma CMP, měření tlaku, glykemie a cholesterolu, možnost podstoupit ultrazvukové vyšetření krčních a mozkových tepen.

KOLÍN **Oblastní nemocnice Kolín, a. s.** **27. 4.** **14,00- 16,00**

Neurologie - přednášky o problematice CMP, prevenci a rizikových faktorech CMP, o léčbě CMP, možnost změření TK, stanovení glykemie a cholesterolu, konzultace s nutriční terapeutkou, UZ vyšetření mozkových tepen, diskuze.

KRNOV **SZZ Krnov** **6. 5.** **11,00 do 15,00**

Neurologie - výstava k problematice CMP, diagnostice, léčbě a k činnosti iktové jednotky Krnov, spojená s odborným výkladem. Exkurse do prostor iktové jednotky, ukázky neurologického vyšetřování a vyšetřování mozkových cév

OLOMOUC **Fakultní nemocnice Olomouc** **28. 4. , 5. 5.,**
19. 5. **16,00**

Neurologická klinika - přednáška o CMP, virtuální prohlídka iktové jednotky, měření TK a ultrazvuk krčních tepen pro omezený počet zájemců.

OSTRAVA **FN Ostrava** **27. 4., 5. 5.** **27. 4. 10,00-**
11,00, a 13,00-
14,00/5. 5. 10,00-
11,00

Přednášková místnost v přízemí Domova sester v areálu FN - přednáška rizikové faktory, příznaky, přednemocniční a nemocniční diagnostika a léčba, iktové jednotky, omezenému počtu zájemců nabízíme měření TK, vyšetření glykémie, zhodnocení BMI, možnost absolvovat UZ vyšetření krčních a mozkových tepen.

OSTRAVA -
VÍTKOVICE **Vítkovická nemocnice a. s.** **13. 5. a 20. 5.** **15.00 - 17.00**

Neurologie (budova E) - měření krevního tlaku, cukru, tuku, výpočet rizika vzniku CMP, měření BMI, vyšetření krčních tepen, poradna s neurologem. Bez objednání.

PARDUBICE **Nemocnice Pardubice** **14. 4., 28. 4.** **14,00 - 17,00**

Zasedací místnost neurologické kliniky KNP. Osvětová přednáška, UZ vyšetření magistrálních tepen, změření hladiny glc., kontrola TK, diskuze, prohlídka oddělení.

PÍSEK **Nemocnice Písek** **28. 4.** **14,30**

Návštěvní den pro zájemce v prostorách ambulantní části neurologického oddělení s přednáškou na téma problematiky cévních onemocnění mozku s videoprezentací neurologického oddělení včetně JIP a ukázkou neurosonologického vyšetření.

PRAHA **Fakultní nemocnice Královské
Vinohrady** **11. 5.** **15,00 -17,00**

Neurologická klinika - přednáška na téma podstata, rizikové faktory, vyšetřovací metody, prevence a léčba mozkových iktů. Ischemické a hemoragické iktu.

PRAHA **Fakultní nemocnice Motol** **7. 4., 4. 5.** **14,30**

Knihovna neurologické kliniky, 2. patro, uzel D - Přednáška o možnostech léčby CMP a prevenci rizikových faktorů.

PRAHA **Medicon, Antala Staška 80, Praha
4** **17. 5., 18. 5.,
20. 5.** **11,00 - 13,00**

Neurologie, 6. patro - přednášky o problematice CMP, prevenci a rizikových faktorech CMP, o léčbě CMP, prezentace pacient, organizace.

PRAHA **Ústřední vojenská nemocnice** **6. 5., 20. 5.** **14,00 -16,00**

Neurologie - cévní mozkové příhody, rizikové faktory, prevence, praktická sdělení pacienta po proběhlé CMP, krátký film z produkce našeho oddělení pod názvem IKTUS, diskuze.

PRAHA **Všeobecná fakultní nemocnice** **28. 4., 5. 5.** **14,00**

Neurologie - populárně naučná přednáška, současný stav péče o CMP, prohlídka Iktového centra s odborným výkladem, ukázka ultrazvukového vyšetření, informace o vhodné literatuře

a spolku pacientů, závěrečná diskuse.

PROSTĚJOV **Nemocnice Prostějov** **28. 4., 12. 5.,
26. 5.** **13,00 -15,00**

Zasedací místnost nemocnice - demonstrace EEG, EMG, magnetického stimulátoru, UZ.
Přednáška - prevence, léčba CMP, nutriční poradna pro těžké stavy po CMP.

PŘÍBRAM **Oblastní nemocnice Příbram, a. s.** **11. 5.** **9,00; 10,00;
11,00; 13,00
14,00**

AREÁL I., U Nemocnice 84, budova D, křídlo D4,2. patro - přednášky o problematice CMP, prevenci a rizikových faktorech CMP, o léčbě CMP.

SOKOLOV **Nemocnice Sokolov, KKN a. s.** **5. 5.** **13,00- 17,00**

Neurologie - přednášky, diskuse-rizikové faktory CMP, diagnostika, léčba, BMI, glykemie, videa „CMP očima pacienta“, limitované DUSg vyšetření extrakraniálních tepen, chat na stránkách nemocnice.

TEPLICE **Nemocnice Teplice o. z., K. Z. a. s.** **27. 5.** **14,00 -18,00**

Neurologie - přednášky o CMP, operaci karotid a zdravé výživě, měření hladiny cukru a cholesterolu v krvi, krevního tlaku a BMI, UZ vyš. karotid, ukázky rhh pomocí koní a psů, prezentace integrovaného záchranného systému.

TŘINEC **Nemocnice Třinec** **27. 5.** **14,00 -18,00**

Neurologie - možnost odběru glykemie a cholesterolu, přednášky na téma: MUDr. Helena Sobolová: Jak poznat cévní mozkovou příhodu. MUDr. Radim Szotkowski: Prevence a léčba cévní mozkové příhody. Možnost odběru krve na cholesterol a glykemii, EKG, UZ vyšetření karotid, změření TK

**ÚSTÍ NAD
LABEM** **Masarykova nemocnice** **6. 5.** **14,00 -16,30**

Neurologie - přednáškové odpoledne pro veřejnost a měření cholesterolu.

**ÚSTÍ NAD
ORLICÍ** **Orlickoústecká nemocnice a. s.** **6. 5., 20. 5.** **14,00-15,00**

Neurologie - přednáška na téma "Moderní trendy v léčbě CMP" a "CMP a rizikové faktory", prohlídka pracoviště neurologie, JIP, CT a MRI

VYŠKOV **Nemocnice Vyškov, p. o.** **7. 5.** **14,00 -17,00**

Neurologie - přednáška o trombolýze, praktická ukázka konceptu bazální stimulace, měření TK, pulsů, BMI, ekg, glykemie, neurosonologické vyšetření, prevence.

ZLIN **Baťova nemocnice a. s.** **5. 5., 19. 5.** **14,30**

Neurologie - virtuální prezentace JIP, přednáška, měření TK.

ZNOJMO **Nemocnice Znojmo, p. o.** **12. 5., 19. 5.** **13,30 - 16,00**

Neurologie - přednášky na téma CMP, pro omezený počet účastníků měření arteriálního tlaku, vyšetření glykemie, cholesterolemie a screeningové vyšetření, magistrálních mozkových tepen.

Zdroj:http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/lecba_cmp/cmp_30dnu_pro_preveni_a_lecby_cenich_mozkovych_prihod.html

Příloha 4 Leták „Mrtvice je rychlá! A vy?

Zdroj: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Prevence/Cteniprozdravi/mrtvice.pdf>

Jak snížit riziko, že Vás postihne iktus?

Rizikové faktory pro vznik iktu jsou obvykle u daného člověka přítomné již dlouho předtím, než pocítí jakékoliv obtíže. Čím dříve tedy začnete jednat tak, abyste tato rizika omezili nebo zcela vyloučili, tím větší bude Vaše šance, že iktu předejdete. Výzkum ukázal, že riziko iktu lze významně snížit jednoduchými změnami životního stylu.

Změny životního stylu

Riziko iktu Vám mohou pomoci významně snížit následující změny životního stylu:

- Nekuřte!
- Každý den věnujte alespoň 30 minut fyzické aktivitě – procházkám, práci na zahradě nebo v domácnosti.
- Jezte pravidelně ovoce a zeleninu.
- Udržujte si přiměřenou váhu.
- Omezte množství soli, tuku a cukru v jídle.
- Vyhněte se nadměrné konzumaci alkoholu.
- Jestliže je Vám přes 50 let, nechte si alespoň jednou za rok změřit krevní tlak.
- Pokud zaznamenáte nepravidelnost v srdeční činnosti, vyhledejte lékaře.
- Povzbuzujte své blízké, aby dodržovali zdravý životní styl.

Dlouhodobá léčba pomocí léků

Různé léky, které snižují srážlivost krve, mohou omezit riziko opakování iktu.

Nejběžněji se používají tak zvané protidestičkové léky, které usnadňují průtok krve cévami a udržují její nižší srážlivost. Dlouhodobé podávání těchto léků je zaměřené na snížení rizika nejenom rozvoje či opakování iktu, ale i jiných ischemických příhod, jako je například srdeční infarkt.

Základní údaje o iktu

- Iktus je akutní stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou péči.
- **Je důležité rozpoznat příznaky iktu co nejdříve a volat linku 155.**
- Dobrou zprávou je, že riziko iktu můžete významně snížit pomocí jednoduchých změn v životním stylu například tím, že přestanete kouřit, budete se více věnovat pohybu a zdravěji jíst.

Následky iktu závisí na místě a rozsahu poškození mozkové tkáně, ať již krvácením nebo nedokrevností. Někdy jsou příznaky mírné nebo přechodné – pokud trvají řádově minuty nebo hodiny, hovoříme o tzv. tranzitorní ischemické atace (TIA), což je v podstatě mírná forma iktu.

Ale i tyto nevýrazné nebo přechodné příznaky musíme brát vážně a ihned vyhledat lékařskou pomoc.

Informace na tomto letáku připravili:
MUDr. Jiří Neumann, Cerebrovaskulární sekce
Neurologické společnosti ČLS JEP
Hana Potměšilová, Commedia



Mrtvice je rychlá! A Vy?

Znalost příznaků může být rozhodující pro kvalitu Vašeho dalšího života

Pokud si myslíte, že se u Vás nebo u někoho z Vašich blízkých projevily příznaky iktu (mrtvice) musíte jednat rychle. Iktus je akutní stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou péči.



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY



VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

Co je iktus?

Příčinou iktu (mrtvice) je náhlé nedokrvení některé tepny mozku, kdy krevní sraženina vznikla např. při poruše rytmu srdce. Ta je vmetena do mozkových tepen a zcela nebo částečně zablokuje průtok krve a tedy i přísun dodávky kyslíku a živin. Tento typ iktu nazýváme ischemickou cévní mozkovou příhodou.

K uzávěru či zúžení mozkových tepen dochází též na podkladě jejich aterosklerózy, a to jak v krčním úseku, tak i samotných tepen mozku. Pokud má nemocný aterosklerotické postižení tepen srdce, často bývají postiženy i tepny zásobující mozek. Další příčinou iktu může být krvácení do mozkové tkáně. Tento typ iktu se označuje jako hemoragická (krvácivá) cévní mozková příhoda.

Bez kyslíku a živin nervové buňky rychle odumírají. Tělesné funkce řízené z postižené oblasti mozku jsou pak narušené. Tato porucha může být i trvalá. Je proto důležité jednat rychle, abychom omezili riziko nevratného postižení ať již v oblasti tělesné nebo duševní.

Jak častý je iktus?

- Iktus je druhou nejčastější příčinou úmrtí na světě hned po onemocnění srdce.
- Iktus je vedoucí příčinou trvalé invalidity u dospělých osob.
- Ročně prodělá iktus 15 miliónů lidí po celém světě. V České republice je to přibližně 30 000 osob. Z toho asi třetina lidí umírá a další třetina zůstává trvale postižená, což přináší velkou zátěž jejich rodinám i celé společnosti.
- Ačkoliv největší hrozbu představuje iktus pro osoby nad 55 let, ucpáním mozkové tepny nebo krvácením do mozku mohou být postiženi i lidé do 50 let věku či mladé osoby.
- V České republice je velmi vysoký výskyt iktu u lidí produktivního věku (až 3x vyšší oproti zemím západní Evropy).

Jaké jsou nejběžnější příznaky iktu?

Příznaky vznikají náhle!

Nejčastěji se jedná o

- ochablost nebo znečitlivění tváře, ruky nebo nohy, zpravidla jednostranné
- potíže s řečí nebo porozuměním řeči
- poruchu zraku, jedno- nebo oboustrannou
- závrať, ztrátu rovnováhy nebo koordinace
- silné bolesti hlavy bez zjevné příčiny

Test na rychlé rozpoznání cévní mozkové příhody

tvář	Požádejte nemocného, aby se usmál, zapískal a ukázal zuby. U člověka s iktem dochází k poklesu ústního koutku. Pokud se nemocný usměje, koutky nebudou symetrické.
ruce	Požádejte nemocného, aby natáhl ruce před sebe a otočil je dlaněmi dolů. Ochrnutá ruka obvykle rychle klesá.
řeč	Požádejte pacienta, aby řekl jednoduchou větu. Člověk s cévní mozkovou příhodou toho není schopen, nebo bude slova komolít.

Tyto příznaky mohou být i jen krátkodobé a mohou odeznít do několika minut.

I v těchto případech je však zcela nezbytné rychlé ošetření, protože riziko vzniku závažné cévní mozkové příhody je vysoké.

Chcete-li se dozvědět o iktu více, poradte se se svým praktickým lékařem.

Podrobné informace o CMP určené pro laickou veřejnost jsou uvedeny na webových stránkách www.mozkovaprihoda.cz, kde najdete i on-line poradnu s odborníky na CMP, informace pro odbornou veřejnost najdete na www.cmp.cz

Další informace o CMP můžete získat například v pacientském sdružení ICTUS (www.ictus.cz), jehož cílem je šíření osvěty o CMP a aktivní pomoc s návratem lidí postižených CMP do běžného života.

Důležitost okamžitého zásahu při příznacích iktu

Iktus je akutní stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou péči!

Pokud si myslíte, že se u Vás nebo u někoho z Vašich blízkých projeví příznaky iktu, musíte jednat rychle. Tedy:

- **co nejrychleji volat RZP (rychlá záchranná pomoc) na linku 155.**
- volat na pohotovost i při podezření na iktus.

Čím dříve se podaří zahájit léčbu, tím větší je šance, že iktus nevyústí v dlouhodobé postižení.

Největším pokrokem v akutní léčbě cévní mozkové příhody je tzv. trombolýza, která umožňuje rozpustit krevní sraženinu v cévě a obnovit přísun krve do postižených oblastí mozku. Tato léčba je však účinná do 240 minut od vzniku příznaků. Bohužel ale většina pacientů přichází do nemocnice příliš pozdě, aby se u nich takový postup mohl uplatnit. V každém případě je ale důležité dopravit postiženého do nemocnice co nejdříve, aby mu byla poskytnuta vhodná léčba. Přijetí do nemocnice je nezbytné i proto, že je třeba vyloučit řadu jiných závažných onemocnění, která se mohou iktu podobat. Po prodělaném iktu se obvykle dlouhodobě podávají účinné léky jako jsou antitrombotika, jejichž úkolem je zabránit další tvorbě krevních sraženin.

Rehabilitace

Po iktu bývá nutné zahájit rehabilitaci. Jejím cílem je udržet či obnovit fyzické a duševní schopnosti nemocného tak, aby byl schopen nezávislého života. Rehabilitace zahrnuje pomoc při návratu chůze, řeči i běžných denních aktivit, jako je koupání, oblékání, příjem potravy či hygienické úkony, nebo i složitějších domácích prací nebo řízení auta.

Příloha 5 Internetové odkazy a literatura k problematice CMP

Internetové odkazy

<http://sdruzenicmp.cz/>

<http://www.mozkovaprihoda.cz/>

<http://www.ictus.cz/>

<http://www.cmp.cz/>

Literatura zabývající se CMP

- **Mozková mrtvice**

Autor: David J. Spence

- **Cévní mozková příhoda**

Autor: Valery Feigin

- **Ischemické cévní mozkové příhody, průvodce ošetřujícího lékaře**

Autor: Roman Herzig

- **Akutní cévní mozkové příhody – příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé**

Autor: [Doc. MUDr. Zbyněk Kalita, CSc.](#)