



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Vliv obezity na následnou péči u pacientů
po cévní mozkové příhodě**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jana Tauchenová, DiS

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice, 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „**Vliv obezity na následnou péči u pacientů po cévní mozkové příhodě**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za poskytnutí odborných a cenných rad, věcné připomínky, ochotu, trpělivost a vstřícný přístup během zpracování této práce.

Obrovský dík patří mé milující rodině za velkou podporu, trpělivost a porozumění v době studia a psaní této práce.

Vliv obezity na následnou péči u pacientů po cévní mozkové příhodě

Abstrakt

Současný stav

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do čtyř samostatných kapitol. První kapitola pojednává o cévních mozkových příhodách. Další kapitola charakterizuje následky nemoci v různých oblastech lidského života. V třetí kapitole je definován pojem následná péče a čtvrtá kapitola se zabývá obezitou.

Cíle práce a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zmapování vlivu obezity na následnou péči pacientů po cévní mozkové příhodě.

Výzkumné otázky:

- Jak ovlivňuje obezita mobilitu pacientů po CMP?
- Jak ovlivňuje obezita hygienickou péči pacientů po CMP?
- Jak ovlivňuje obezita běžné denní aktivity pacientů po CMP?
- Jaký dopad má obezita na rozvoj soběstačnosti u pacientů po CMP?

Kvalitativní šetření bylo realizováno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pacienty po CMP, kteří byli hospitalizováni na oddělení následné péče. Další rozhovory byly vedeny s všeobecnými sestrami, které poskytují ošetrovatelskou péči pacientům po CMP.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 11 všeobecných sester, které pracují na různých stanicích nemocnice následné péče, a 16 pacientů, kteří jsou hospitalizováni na těchto odděleních po prodělané CMP.

Výsledky

Analýzou získaných informací bylo zjištěno, že obezita ovlivňuje zejména mobilitu pacientů po CMP. Zároveň představuje fyzickou a psychickou zátěž pro ošetřující personál, ale i pro pacienty. Problémem se ukázala skutečnost, kdy většina pacientů nevnímá obezitu jako překážku, která ovlivňuje jejich celý jejich život.

Závěr

Diplomová práce přinesla pohled na problematiku vlivu obezity na následnou péči u pacientů po cévních mozkových příhodách. Zjištěné skutečnosti by měly vést k zamyšlení nad otázkou prevence obezity z hlediska rizika vzniku CMP i následné péče, ale i potřebu edukační činnosti.

Klíčová slova

cévní mozková příhoda, obezita, soběstačnost, běžné denní aktivity, následná péče

The influence of obesity on follow-up care of patients after stroke

Abstract

Present situation

The theoretical part of the diploma thesis is divided into four separate chapters. The first chapter deals with cerebrovascular accident (CVA). Another chapter describes the consequences of illness in various areas of human life. The third chapter defines the concept of follow-up care and the fourth chapter deals with diagnosed obesity.

Aims of the work and research questions

The aim of the diploma thesis is to map out the influence of obesity on follow-up care of patients after cerebrovascular accident.

Research questions:

1. How does obesity affect patient mobility after CVA?
2. How does obesity affect the hygienic care of patients after CVA?
3. How does obesity affect normal daily activities of CVA patients?
4. What is the impact of obesity on developing self-sufficiency in CVA patients?

Quality research was done through semi-structured interviews with CVA patients who were hospitalized in the aftercare department. Other interviews were conducted with general nurses providing nursing care to CVA patients.

Research group

The research group consisted of 11 general nurses working at different follow-up care hospital stations, and 16 patients who were hospitalized at these departments after the CVA.

Results

By analyzing the information obtained, it has been determined that obesity affects the patients mobility especially after the cerebrovascular event. At the same time, it represents a physical and psychological burden for nursing staff, but also for patients. The problem has been the fact, that most patients do not perceive obesity as a condition affecting their whole life.

Conclusion

The diploma thesis has provided insight into the problematic of the influence of obesity on the follow-up care in patients after cerebrovascular accident. The findings should lead to a reflection on the issue of prevention of obesity in terms of both CVA risk and follow-up care, but also the need for educational activities.

Keywords

cerebrovascular accident, obesity, self-sufficiency, routine daily activities, follow-up care

Obsah

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Cévní mozková příhoda	11
1.1.1 Epidemiologie cévní mozkové příhody	12
1.1.2 Klasifikace CMP	13
1.1.3 Rizikové faktory CMP	15
1.1.4 Klinický obraz CMP	18
1.1.5 Diagnostika CMP	21
1.1.6 Terapie CMP	23
1.2 Následky CMP	25
1.2.1 Somatické následky CMP	26
1.2.2 Kognitivní následky CMP	27
1.2.3 Neurobehaviorální následky CMP	29
1.2.4 Sociální následky CMP	30
1.3 Následná péče	31
1.4 Obezita	33
1.4.1 Diagnostika obezity	33
1.4.2 Rizika a zdravotní komplikace obezity	34
1.4.3 Terapie obezity	36
1.4 Obezita ve vztahu k CMP	37
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
2.1 Cíl práce	39
2.2 Výzkumné otázky	39
2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli a výzkumných otázkách	39
3 METODIKA	41
3.1 Metodika výzkumu	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	42

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	44
4.1 Případová studie – obézní pacient	44
4.2 Případová studie – pacient s normální hmotností	52
4.3 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty.....	59
4.4 Kategorizace výsledků z rozhovorů s všeobecnými sestrami.....	65
4.5 Výsledky pozorování pacientů po CMP prostřednictvím ADL testu.....	75
4.6 Výsledky pozorování všeobecných sester při ošetřování obézních pacientů po CMP	80
5 DISKUZE	84
6 ZÁVĚR	96
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	99
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	114
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	121

ÚVOD

Cévní mozkové příhody představují jedno z nejčastějších neurologických onemocnění, kterému je věnována stálá pozornost. Ve světle medicínského pokroku došlo k rozšíření teoretické i klinické základny této problematiky z hlediska etiologie, diagnostiky, terapie i léčebných postupů, což zapříčinilo významný pokles mortality i pozitivní ovlivnění průběhu tohoto onemocnění. Přesto všechno je stále CMP častým původcem zdravotního i tělesného handicapu, jelikož u značné části pacientů přetrvávají závažné reziduální funkční deficity v rámci kognitivních i motorických funkcí. Z tohoto hlediska jsou cévní mozkové příhody považovány za problematiku závažného charakteru, která se projevuje na poli zdravotním, ekonomickém i sociálním.

Na druhé straně je stejně závažným problémem obezita, která je často označována jako „epidemie 21. století“, kdy s rostoucím výskytem představuje značný zdravotní problém, a rovněž patří k nejčastějším metabolickým chorobám. V současné době je této problematice věnována také značná pozornost, jelikož dochází k rapidnímu nárůstu obézních jedinců, a je řazena do kategorie civilizačních onemocnění. Obezita není jenom kosmetickým problémem, ale rovněž výrazným způsobem ovlivňuje zdravotní stav populace, podílí se na genezi a rozvoji mnoha chorob. Zároveň podmiňuje vznik řady zdravotních komplikací a zároveň snižuje kvalitu života.

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala „*Vliv obezity na následnou péči u pacientů po CMP*“, protože je mi tato tematika velmi blízká z důvodu mého patnáctiletého působení v Nemocnici následné péče LDN Horažďovice. Za svoji praxi jsem se setkala s velkým množstvím pacientů po cévních mozkových příhodách a řada z nich měla obezitu různého stupně. Z hlediska dlouhodobé péče jsem chtěla poukázat na problematiku věci, pokud se tyto dva problémy spojí. Následná péče má své nezastupitelné místo ve zdravotnictví a mnohdy přináší obrovský pocit uspokojení, pokud se podaří pacienta po CMP vrátit do svého domácí prostředí a zachovat mu kvalitu života, která mu umožní návrat k běžnému životu i přes různé tělesné či kognitivní postižení. Všichni členové zdravotnického týmu v následné péči mají nelehkou úlohu při zajišťování péče o obézní pacienty po CMP, ale práce všeobecné sestry představuje časově nejdelší a trůfám si říci, že i fyzicky a psychicky nejnáročnější část léčby.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní stav, který se vyznačuje lokálními nebo globálními příznaky porušení mozkové funkce trvajících více než 24 hodin a na podkladě vaskulární příčiny (Seidl, 2015).

Definice CMP podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je sice stará několik let, ale stále platná. CMP neboli iktus, apoplexie, mrtvice či „stroke“ je formulováno jako rychle progredující ložiskové, eventuálně difúzní mozkové postižení z vaskulárních příčin, jenž trvá více než 24 hodin či vyústí až smrtí (Tyrlíková, Bareš, 2012).

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10 definuje cévní mozkovou příhodu v kapitole IX. - „Nemoci oběhové soustavy“ v podkapitole „Cévní onemocnění mozku“, kdy jednotlivé dílčí části podkapitol se člení pod kódy I60 – I69 (ICD-10 Version 2016: Cerebrovascular diseases, 2016).

Z. Kalita (2010) uvádí definici cévní mozkové příhody jako *„akutní postižení určité oblasti mozku na podkladě náhlé cévní poruchy v příslušné oblasti mozku, která buď poškodí mozkovou tkáň poruchou dodávky kyslíku a živin (porucha prokrvení), nebo poškodí mozkovou tkáň mechanicky – výronem krve“*. Podle Z. Seidla (2015) mozkové postižení na vaskulárním základě způsobeno z 80% akutní ischemií (malacie) a z 20% hemoragií (mozkové krvácení či arteriovenózní malformace). Jedná se zejména o arteriální postižení, vzácněji o venózní.

V posledních letech došlo ke změně postoje k cévním mozkovým příhodám. Jak uvádí Z. Seidl (2015): *„CMP je urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie“*. V důsledku rozvoje neurologického deficitu dochází k zastavení či snížení zásobení mozkové tkáně kyslíkem s následným relevantním poškozením a odúmrtí mozkové tkáně, respektive nervových mozkových buněk (Školoudík et al., 2013).

1.1.1 Epidemiologie cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda představuje velmi časté a značně závažné onemocnění, které navyšuje mortalitu a morbiditu ve všech zemích světa (Šeblová et al., 2013). Bruthans a Cífková (2016) považují toto onemocnění za relevantní problém v rovině medicínské a sociální. V Evropě a v České republice představuje CMP druhou nejčastější příčinu úmrtí z kardiovaskulárních příčin (Bruthans, Cífková, 2016). Ze všech úmrtí představují ikty celkem 6% a 11% úmrtí z kardiovaskulárních příčin (Bruthans, 2010). Mortalita mozkových mrtvic ve vyspělých zemích za poslední roky podstatně klesá (Bruthans, Cífková, 2016). I přesto, že ČR patří k zemím s vyšší mortalitou kardiovaskulárních nemocí, i zde je patrný pokles výskytu CMP, a zároveň i hospitalizace z důvodu mozkových iktů mají klesající tendenci (Bruthans, Cífková, 2016). Bruthans (2010) uvádí srovnání ČR se západními zeměmi i s USA, kde pokles mortality má náskok zhruba dvaceti let. Přesto Česká republika vykazuje výraznější a setrvalejší pokles. Střední Evropa vykazuje incidenci první mozkové příhody ve zhruba 3,5 – 5,5 případu/1000 obyvatel/rok a opakování CMP se vyskytuje v 10 – 15% za rok (Lippertová-Grünerová, 2015). Opětný výskyt iktu lze očekávat ve čtvrtině případů, na druhou stranu se riziko recidivy zvyšuje s věkem jedince (Bruthans, 2017). Autor uvádí spojitost opětného výskytu CMP s vyšší mortalitou, závažnějšími následky a vyšší ekonomickou náročností. Bezprostřední úmrtí v souvislosti s cévní mozkovou příhodou vykazuje malé procento jedinců, během prvních tří měsíců umírá na následky iktu téměř 15% a čtvrtina osob umírá v následujícím roce od příhody. Značný počet pacientů umírá z důvodů sekundárních komplikací CMP, jako jsou plicní embolie, opětná CMP nebo pneumonie atd. (Lippertová-Grünerová, 2015). Riziko mortality je u hemoragického iktu třikrát vyšší než u ischemického iktu (Bruthans, 2017). Naproti tomu je pokles výskytu iktů přisuzován snížení průměrného tlaku krve v populaci, dále pokroku v léčbě hypertenze, poklesu cholesterolémie, i snížení počtu kuřáků. Nemalou mírou přispívá i zefektivnění péče o nemocné v akutním stádiu iktu v důsledku vzniku iktových center a aplikace trombolitické terapie (Bruthans, Cífková, 2016).

CMP se řadí mezi kardiovaskulární onemocnění, která v roce 2017 způsobila 3,9 milionu úmrtí v celé Evropě, a v rámci Evropské unie se jednalo o 1,8 milionu úmrtí. Tato statistika představuje celkově 45% z celkového počtu úmrtí v 50 evropských

zemích, čímž EU představuje 37% (European Cardiovascular Disease, 2017). Vráblík (2015) konstatuje v rámci nedávné souhrnné evropské statistiky, že Česká republika zaujímá patnáctou pozici v žebříčku mortality z kardiovaskulárních příčin mezi evropskými zeměmi pro mužskou i ženskou populaci. Mortalita z kardiovaskulárních příčin, tedy i z důvodu cévní mozkové příhody je vyšší v celé střední i východní Evropě oproti západním, severním a jižním evropským zemím. CMP představuje druhou nejčastější příčinu mortality v evropských zemích, což je 405 000 úmrtí u mužské populace (9%) a 583 000 úmrtí u ženské populace (13%). V České republice v roce 2014 zemřelo v důsledku CMP celkem 3 885 mužů a 5 525 žen (European Cardiovascular Disease, 2017).

1.1.2 Klasifikace CMP

Dle etiologie dělíme cévní mozkové příhody na ischemické (přibližně 80-85 %) a hemoragické (přibližně 15-20 %). Každá skupina má svoji etiologii a lokalizaci, přičemž lokalizace určuje neurologické příznaky (Šeblová et al., 2013). Hemoragické CMP dále rozdělujeme na intracerebrální hemoragie (asi 17 %) a subarachnoidální krvácení (asi 3 %) (Ambler, 2011).

Ischemické CMP představují nejčastější typ tohoto onemocnění. Geneze onemocnění je výsledkem poklesu průtoku krve částí nebo celým mozkem, čímž cerebrální perfuze dosahuje hodnot nižších než 20ml na 100g tkáně mozku za minutu (Bauer, 2010). Ischemické mozkové příhody můžeme rozdělit podle lokalizace, etiologie a délky trvání příznaků. Dle lokalizace rozlišujeme **totální přední cirkulační syndrom**, jenž představuje rozsáhlý mozkový iktus v oblasti arteria cerebri media či arteria cerebri anterior. Dále rozlišujeme **parciální přední cirkulační syndrom** (iktus menšího rozsahu v zóně arteria cerebri media či anterior), **lakunární syndrom** (iktus zasahující malé mozkové cévy – nejčastěji bazální ganglia či Varolův most) a **zadní cirkulační syndrom**, který zasahuje vertebrobasilární povodí (Furie et al., 2010; Cerebrovaskulární manuál). V důsledku rozdělení podle etiologie pomocí kritérií TOAST (Trial of Org 10182 in Acute Stroke Treatment) rozeznáváme **onemocnění velkých tepen** (zahrnuje aterotrombózu, aterosklerózu či embolizaci způsobující okluzi či stenózu větší než 50 % u velkých mozkových tepen), **kardioembolické ikty** (v důsledku fibrilace síní, chlopenních vad, náhrady chlopní může vzniknout embolus)

onemocnění malých tepen (infarkt do velikosti 1,5 cm, zasahuje především tepny, jež přivádí krev do hlubokých mozkových struktur – např. thalamus, bazální ganglia, atd.), **ikty se známou etiologií** (v souvislosti s jiným onemocněním – např. hyperkoagulační stavy, neaterosklerotické vaskulopatie, vaskulitida, disekce arterie, atd.), **hemodynamické ikty** (příčinou může být ortostatická hypotenze, ortostatická mozková ischemie bez systémové hypotenze, komplikace v rámci kardiochirurgických operací, atd.) **a z neznámých příčin**. Ischemické cévní mozkové příhody můžeme rovněž rozdělit na základě doby trvání příznaků, a to na **tranzitorní ischemickou ataku (TIA** – úprava neurologického deficitu nastává do 24 hodin a příčinou je převážně trombóza či embolie), **plně reverzibilní neurologický deficit (PRIND** – plná úprava neurologického deficitu do 3 týdnů od příhody), **regredující iktus** (příhoda s přetrvávajícím neurologickým deficitem menšího rozsahu) **progredující čili kompletní iktus** (rozvíjení a zhoršování příznaků v průběhu několika hodin či dní) (Bednařík et al., 2010). V současné době se ischemické CMP dělí dle doby trvání příznaků na **TIA**, jež představuje krátkodobý neurologický deficit na podkladě nedokrevnosti mozkové tkáně či sítnice s trváním klinických příznaků méně než 60 minut, když není potvrzen mozkový infarkt, a **mozkový infarkt** při přetrvávání klinických příznaků či pozitivní zobrazovací vyšetření (Furie a kol., 2010; Cerebrovaskulární manuál).

Hemoragické cévní mozkové příhody zahrnují asi jednu pětinu z celkového počtu mozkových iktů a jedná se o poruchu způsobenou krvácením (Kalvach et al., 2010). Ovšem na druhou stranu představují hlavní příčinu invalidity a mortality, přičemž představují relevantní problém ve sféře lékařské, sociální a ekonomické (Hutyra et al., 2011). Rozdělují se na **intracerebrální** a **subarachnoidální** krvácení (SAK) (Bauer, 2010). Kalvach et al. (2010) uvádí, že intracerebrální hemoragie vzniká v důsledku ruptury cévní stěny mozkové artérie a následným prokrvácením okolní mozkové tkáně. Horáček a Kolář (2009) rozdělují intracerebrální hemoragie na **centrální tříštivé** neboli **typické krvácení**, jež jsou způsobena rupturou cévy následkem chronické arteriální hypertenze či krvácení do talamu nebo bazálních ganglií, vzácněji pak krvácení z mozkového nádoru. K ruptuře dochází nejčastěji na základě náhlého zvýšení tlaku krve způsobené ve většině případů fyzickou námahou či rozčilením. (Kalvach et al., 2010). Jde o hemoragie značného rozsahu, které svým expanzním charakterem destruuji

mozkovou tkáň a vykazují vysokou mortalitu (Ambler, 2011). Další formou jsou **globózní** neboli **atypické subkortikální hemoragie** vznikající na základě ruptury cévních malformací, při nichž dochází pouze ke komprimaci mozkové tkáně (Seidl, 2015). Tyto hemoragie mají méně dramatický klinický obraz a daleko příznivější prognózu (Seidl, Vaněčková, 2014).

Subarachnoidální krvácení vzniká jako následek průniku krve do oblastí mezi pavučnicí (arachnoideou) a měkkou plenou (pia mater) (Kalita, 2006). Podle Bauera (2010) je tento druh hemoragie způsoben rupturou aneurysmatu z artérie Willisova okruhu a odstupem hlavních mozkových tepen. K hlavním příznakům se řadí náhle vzniklá bolest hlavy prudké intenzity, nauzea a zvracení, rozvoj meningeálního syndromu a fotofobie až po nástup kómatu při rozsáhlé destrukci mozkové tkáně (Horáček a Kolář, 2009). Následky subarachnoidálního krvácení jsou různé závažnosti – od neurologického deficitu lehkého stupně až po závažné, život ohrožující stavy či mortalitu (Kalita, 2006). Klasifikace SAK je stanovena tíží symptomů subjektivně pociťovaných nemocným a objektivním neurologickým nálezem (Bauer, 2010). K tomuto účelu se používá stupnice dle Hunta a Hesse – neboli **grading systém**:

- **stupeň 0** → aneurysma bez ruptury, nalezené náhodně
- **stupeň 1** → bez známek poruchy vědomí, lehká ztuhlost šíje, mírná bolest hlavy, neurologický deficit není přítomen
- **stupeň 2** → při vědomí, meningeální syndrom, opozice šíje, paréza hlavových nervů, bolest hlavy středně těžká až prudká
- **stupeň 3** → zmatenost, somnolence, mírný či středně těžký ložiskový deficit
- **stupeň 4** → sopor, přítomny středně závažné či závažné ložiskové příznaky
- **stupeň 5** → decerebrační symptomy, těžká forma ztráty vědomí (hluboké kóma) (Cerebrovaskulární manuál).

1.1.3 Rizikové faktory CMP

Orientace v oblasti rizikových faktorů CMP a možnostech jejich ovlivnění hraje významnou roli v rámci prevence. Ze strany existujícího ovlivnění je můžeme podle Kalvacha et al. (2010) rozdělit na:

A. Neovlivitelné rizikové faktory

- **Věk** – jeden z nejdůležitějších faktorů. Incidence cévních mozkových příhod vyššího věku je výrazně ovlivněna působením věku na kardiovaskulární systém. Riziko geneze CMP vzrůstá začátkem 45. roku a v každé následující dekádě je dvojnásobné (Jedlička, Keller, 2005).
- **Pohlaví** – vyšší výskyt ve středním a raném seniorském věku je u mužů. Výskyt mezi ženami a muži před 40. rokem a po 80. roce života je vyrovnaný (Bednařík et al., 2010).
- **Rasa** – představitelé černého a hispánského etnika mají v porovnání s bílou populací vyšší incidenci. Rovněž Japonci a Číňané vykazují vyšší výskyt CMP. Důvod není objasněn (Ambler, 2011).
- **Rodinné zatížení** – pozitivní anamnéza CMP u přímých rodičů přináší značné riziko pro budoucí generace (Waberžinek, 2007).

B. Ovlivnitelné rizikové faktory

- **Arteriální hypertenze** – v rámci rizikových faktorů hrají nejvýznamnější úlohy při vzniku ischemických či hemoragických CMP. Je formulována jako zvýšení krevního tlaku nad 140/90 mmHg opakovaně naměřeného minimálně při dvou návštěvách u lékaře. Hypertenze napomáhá vzniku a růstu aterosklerotických plátů, čímž dochází k rozvoji komplexního postižení malých intracerebrálních cév. Vznik cévní mozkové příhody závisí nejen na hodnotách krevního tlaku, ale i na délce trvání nemoci (Kalvach et al. 2010).
- **Srdeční onemocnění** – k nejvýznamnějším patří fibrilace síní, která představuje velmi častou arytmií, jež reprezentuje podstatný, ale celkem příznivě farmakologicky ovlivnitelný rizikový činitel hrající roli při vzniku ischemického iktu (Kalita, 2006). Dalším relativně častým důvodem ischemické CMP je embolizace substancí z levostranných oddílů srdce do mozku či paradoxní embolizace z venózního systému přes zkratovou srdeční vadu (Kalvach et al., 2010).
- **Diabetes mellitus** – navyšuje riziko cévní mozkové příhody cca 1,5 – 3krát v důsledku pozitivní rozvoje procesu aterosklerotizace, zřetelně zejména

u pacientů ve věkové skupině pod 55 let, kdy je až 10krát vyšší riziko pro vznik iktu (Kalvach et al., 2010).

- **Hyperlipidemie** - jedná se zejména o LDL cholesterol (lipoproteiny o nízké hustotě). Rizikový faktor představuje zvýšená hladina cholesterolu nad 5,2 mmol/l, hladina LDL nad 3,4 mmol/l a hladina HDL pod 0,9 mmol/l (Jedlička, Keller, 2005).
- **Kouření** – ovlivňuje funkci endotelu negativním způsobem, vede k poklesu hladiny HDL a na druhé straně k vyšší hladině LDL, následně zvyšuje fibrinogenemii i přispívá k pozměněné reaktivitě krevních destiček. Tím se zvyšuje riziko CMP cca 2 -3krát (Waberžinek, 2007).
- **Nedostatečná fyzická aktivita** – dostatek tělesného pohybu vede ke snížení tlaku krve, hladiny LDL cholesterolu a naopak zvyšuje hladinu HDL cholesterolu i zlepšuje glukózovou toleranci. Na druhé straně tělesná nečinnost přispívá k obezitě, hypertenzi a podmiňuje vznik srdečních onemocnění, což jsou rizikové faktory pro vznik CMP (Kalvach et al., 2010).
- **Konzumace alkoholu** – v důsledku vyšší hladiny alkoholu v krvi dochází ke zvyšování osmolarity, dále pak k elevaci tlaku krve a sklon k srdečním arytmiím. Tím vzniká několikanásobně vyšší riziko pro vznik hemoragické cévní mozkové příhody (Kalina, 2008).
- **Obezita** – představuje spíše podpurný faktor, jelikož je často v kontinuitě s hypertenzí, diabetem mellitem, vysokou hladinou cholesterolu a triglyceridů v krvi, nedostatečnou tělesnou aktivitou atd. Pro mužskou populaci je rizikovým faktorem pro vznik iktu abdominální obezita. U ženské populace je rizikem pro vznik CMP vysoká hodnota BMI (riziková hodnota je ≥ 25) (Ambler, 2011).
- **Hemostatické faktory** – zvýšená koncentrace hemoglobinu, zvýšená hladina hematokritu či vyšší viskozita krve patří k rizikovým faktorům pro vznik CMP, zejména ischemického typu. Progresi aterosklerózy a rozvoj mozkového infarktu může způsobit zvýšená hladina plazmatického fibrinogenu (Kalvach et al., 2010).
- **Hormonální antikoncepce** – z různých studií vyplývá zvýšené riziko vzniku cévní mozkové příhody u žen, které používají HAK. Riziko se úměrně zvyšuje

u žen kuřáček, dále u hypertoniček, ale velkou skupinu tvoří ženy s prokázanou genetickou dispozicí k trombofilním stavům (Kalvach et al., 2010).

- **Hormonální substituční léčba** – přestože je riziko vzniku ischemické CMP v souvislosti s hormonální substituční terapií postmenopauzy nízké, nedoporučuje se dlouhodobá léčba (Hutyra et al., 2011).
- **Drogová závislost** – vyšší riziko vzniku hemoragických CMP představuje zneužívání kokainu a amfetaminu (Kalvach et al., 2010).
- **Hypotyreóza** – nedostatečná hladina hormonů štítné žlázy vede k urychlování aterosklerózy. Následkem snížení hladiny oxidu dusného dochází ke snížení jeho vazodilatačního účinku, čímž se omezuje metabolické využití cholesterolu a to vede k jeho ukládání do cévní stěny. Vlivem hypotyreózy se zvýší hladina LDL cholesterolu, rovněž se zvýší agregace trombocytů a hladina homocysteinu (Kalvach et al., 2010).
- **Vaskulitidy** – představují riziko pro vznik ischemické i hemoragické cévní mozkové příhody (Kalvach et al., 2010).
- **Stenóza karotické tepny** – je rizikovým faktorem ischemického iktu, jelikož výzkumy potvrdily, že 7 až 10% mužské populace a 5 až 7% ženské populace ve věkové skupině nad 65 let má prokázanou stenózu extrakraniálního úseku karotid větší než 50%. (Kalvach et al., 2010).
- **Cévní malformace** – jsou rizikem hemoragických cévních mozkových příhod (Kalvach et al., 2010).
- **TIA** – je přiřazována k rizikovým faktorům, přestože je známkou ohrožení, varovným signálem a ne příčinou (Kalvach et al., 2010).

1.1.4 Klinický obraz CMP

Klinický obraz cévní mozkové příhody se vyznačuje velkou variabilitou, ovlivněnou celým spektrem faktorů, která zahrnuje velmi lehké stavy přes závažné až po smrtelné případy (Ambler, 2011). Určující je rozsah a lokalizace vzniklé ischemie či hemoragie, rychlost její progrese a délka trvání, ale projevuje se zde i úzká souvislost s kompenzačními mechanismy organismu (Ambler et al., 2012). Dalším určujícím faktorem je průběh ataky CMP a postižení dané mozkové cirkulace, rovněž nezanedbatelným faktorem je celkový zdravotní stav jedince a preventivní terapie

(Ambler, 2011). Klíčová je povědomí o obecných varovných signálech iktu, jež by měly vyústit v okamžitý transport nemocného do nemocnice, kde by měla být zajištěna včasná a urgentní intenzivní péče. K varovným příznakům řadíme hemiplegii či hemiparézu (porucha hybnosti na jedné polovině těla), hemihypestézie (porucha čítí), afázie (senzorická, motorická, amnestická, globální), poruchy symbolických funkcí (agrafie, alexie, akalkulie), poruchy hlavových nervů, poruchy mikce, poruchy chování a paměti, emocionální a psychologické problémy. Může se objevit slabost, brnění či ztráta citlivosti na končetinách jedné strany těla, krutá bolest hlavy, nečekané zastření zraku, ztráta rovnováhy či ztráta vědomí, která může být doprovázena záchvatem křečí (Hutyra et al., 2011).

TIA (tranzitorní ischemická ataka) je syndrom, který se vyznačuje reverzibilním neurologickým defektem s přítomnými ložiskovými příznaky, jenž naprosto mizí do 24 hodin (Ambler, 2011). Příčinou je velmi často embolus z přívodné artérie či ze srdce. K typickým příznakům TIA v povodí karotid náleží porucha hybnosti na jedné straně těla, ať už se jedná o poruchu hybnosti a citlivosti na jedné straně obličeje či končetin, dále porucha řeči nebo visu. Příznaky se mohou projevovat izolovaně anebo sdruženě (Bednařík et al, 2010). Pokud TIA pochází z povodí vertebrobazilárního, pak k projevům náleží závratě, porucha artikulace, diplopie, porucha citlivosti a hybnosti, ataxie, a tyto příznaky jsou mnohdy kombinované (Ambler, 2011).

U **progredující ischemická CMP** se zpravidla objevuje nestabilní a kolísavá symptomatologie. To má přímou souvislost s projevy zvětšujícího se trombu, opakujících se embolizací či s progresí plicních a srdečních komplikací (Bednařík et al., 2010).

Kompletní, dokončená ischemická mozková příhoda se vyznačuje klinickým obrazem, který odpovídá příslušnému arteriálnímu povodí a pokud se jedná o teritoriální lézi, je postižen kortex a podkorová bílá hmota (Bednařík et al, 2010). Zhruba u 3% iktů je postižena arteria cerebri anterior, což se projevuje těžkou parézou dolní končetiny na protilehlé straně těla a u horní končetiny jde o lehkou parézu. Může být zasažen i lícní nerv. Při zasažení nedominantní hemisféry může v rámci neglect syndromu vzniknout masivní motorický deficit (Pfeiffer, 2007). K dalším projevům

patří psychické poruchy frontálního charakteru, stavy zmatenosti a agitovanosti (Bednařík et al., 2010).

Přibližně polovina všech cévních mozkových příhod zasahuje arteria cerebri media, která je nejsilnější větví arteria carotis interna. Postižení se manifestuje centrální hemiplegií, která je výrazně těžší na horních končetinách a může vyústit ke flekční kontrakturu. Dolní končetina vykazuje menší postižení se sklonem k extenčním kontrakturám s equinvarozní pozicí nohy, jež vede k relativnímu prodloužení končetiny a následně při chůzi k cirkumdukci (Pfeiffer, 2007). Postižení fatických funkcí je velmi pravděpodobné, pokud se ložiska ischemie nacházejí v dominantní hemisféře. Na postižené polovině těla se může projevit centrální paréza nervu facialis a zároveň mohou být postižené veškeré kvality cití (Kalina, 2008).

Léze arteria cerebri posterior je doprovázena typickými poruchami visu, jako je homonymní hemianopsie (postižení pravé či levé poloviny zorného pole na protilehlé straně než je postižená hemisféra) (Ambler, 2011). Rovněž se objevuje porucha fixace pohledu a chybění zrakové orientace v prostoru (Nevšimalová et al., 2002). V důsledku oboustranné léze vzniká obraz kortikální slepoty, makro- či mikropsie a dysmorfopsie. Pokud je postižena dominantní hemisféra, dojde ke zrakové agnózii, alexii a agrafii (Ambler, 2011).

Při postižení vertebrobazilárního řečiště je typickým projevem mozečková a kmenová symptomatologie, zahrnující poruchy rovnováhy, závratě, vomitus, nystagmus, diplopii, dysartrii, ataxii, poruchy vědomí a parestázie na končetinách, ale i v obličejové oblasti (Ambler, 2011). Cirkulační poruchy mozkového kmene, které jsou krátkodobé, způsobují náhlé snížení či vymizení napětí posturálního svalstva, což vede k náhlým pádům bez ztráty vědomí (Bauer, 2010). Ovšem synkopa může nastat v důsledku výrazné poruchy. Motorické i senzitivní poruchy se projevují jednostranně či oboustranně (Kalina, 2008).

Hemoragické cévní mozkové příhody mají výraznější a bouřlivější nástup charakterizovaný ztrátou vědomí. Příčinou může být rozčilení, zvýšená aktivita, intenzivní fyzická zátěž či vzestup tlaku krve (Jedlička, Keller, 2005). Hemoragie vznikající hluboko ve struktuře mozkových hemisfér nebo v zadní jámě lební se vyznačují daleko závažnějším charakterem než hemoragie, které probíhají v bílé mozkové hmotě. **Typické hemoragie** charakterizuje kombinace projevů nitrolební

hypertenze a ložiskových projevů. Ve většině případů se jedná o velmi prudce probíhající epizodu s poruchou vědomí a závažnými klinickými symptomy. Mezi projevy patří cefalea, vomitus, zarudnutí obličeje, vzestup tělesné teploty, popř. inkontinence. Při provalení hematomu do mozkových komor se může rozvinout meningeální syndrom. To souvisí s velmi nepříznivou prognózou a vysokou mortalitou (Bauer, 2010). **Lobární hemoragie** mají méně dramatický průběh a svým obrazem napodobují ischemické ikty identické lokalizace. Výjimečně se objevuje vážná porucha vědomí. Charakteristickým znakem je vznik náhlých ložiskových symptomů a prakticky u třetiny případů se hemoragie projevuje epileptickým záchvatem dle ložiska. Vyznačuje se příznivější prognózou a nižší mortalitou (Bauer, 2010). **Mozečkovou hemoragii** provází nenadálá cefalea, nauzea a vomitus, dále porucha chůze a stoje s vývojem symptomů stejnostranných, vestibulárních a neocerebelárních. To naznačuje závažnost klinického stavu. **Hemoragie do mozkového kmene** je charakterizováno kmenovou symptomatikou, která je určena lokalizací hemoragie a vyznačuje se infaustní prognózou (Bauer, 2010).

Subarachnoidální hemoragie provází náhle vzniklá krutá bolest hlavy, jež se ve většině případů integruje s vomitem a také s narušením vědomí. K projevům můžeme přiřadit nečekaný pád následovaný bezvědomím či stavy zmatenosti. Příčinou může být nadměrná fyzická zátěž nebo nadměrné rozčilení, ovšem může vzniknout i při nečinnosti (např. při spánku). Zpravidla extracerebrální hemoragie neprovází ložiskové příznaky. V důsledku dráždění meningů se za několik hodin od vzniku hemoragie vyvine meningeální syndrom. Mohou následovat i vegetativní příznaky a zvýšení tělesné teploty (Ambler, 2011).

1.1.5 Diagnostika CMP

Pilířem diagnostiky cévních mozkových příhod je klinické zhodnocení, které je založeno na anamnéze a důkladném neurologickém vyšetření, a zároveň je doplněno zobrazovacími vyšetřeními (Bartůněk et al., 2016). Získáním amnestických údajů, především zásadní data z rodinné anamnézy – cévní a kardiovaskulární choroby, diabetes, hypertenze, bolesti hlavy, dušnost, palpitace atd., a podrobné informace o současném stavu mají zásadní význam pro následnou terapii. Zejména informace

o vzniku a dynamice neurologického deficitu v časových souvislostech mají prioritní význam (Šeblová et al., 2013).

Základní zobrazovací metodou v diagnostice CMP je **výpočetní tomografie (CT)**, která svojí diagnostickou výtěžností a dostupností patří k nejvýznamnějším vyšetřovacím metodám a zároveň dokáže určit typ mozkové příhody (Bartůněk et al., 2016). Diagnostika pomocí CT angiografie má diferenciálně diagnostický přínos z důvodu spolehlivé detekce tepenných uzávěrů či významných stenóz či aterosklerotických změn (Hutyra et al., 2011). Při vyšetření se podává kontrastní látka z důvodu přehlednějšího zobrazení vyšetřovaných mozkových struktur (Tyrlíková, Bareš, 2012).

Citlivější metodou při vyšetření ischemické mozkové příhody je vyšetření pomocí **magnetické rezonance (MR)**, protože přesně lokalizuje rozsah i intenzitu poškození mozkové tkáně (Tyrlíková, Bareš, 2012). Negativem této vyšetřovací metody je menší dostupnost, finanční náročnost a delší vyšetřovací doba (Bednařík et al., 2010). Kontraindikací k vyšetření je přítomnost kovových implantátů v organismu či motorický neklid pacienta (Tyrlíková, Bareš, 2012).

Nukleární vyšetřovací metody lokalizují izotopy podané intravenózně a poskytují informace o celkové i regionální perfuzi mozku (Bauer, 2010). Zahrnují metodu SPECT = jednofotonová emisní počítačová tomografie, která hodnotí zejména perfuzní cerebrovaskulární rezervu mozku. Metoda PET = pozitronová emisní tomografie mimo perfuze mozku zaznamenává i metabolické procesy mozkové tkáně, u CMP zejména metabolismus glukózy a spotřebu kyslíku. Nejedná se ovšem o rutinně využívané metody z důvodu náročnosti, a proto jsou soustředěny především ve výzkumných centrech (Bednařík et al., 2010).

Sonografie neboli ultrazvukové vyšetření poskytuje cenné informace o krevním řečišti, především o průtoku krve cévami (Dopplerovská ultrasonografie = DUS). Duplexní sonografie informuje o změnách v morfologii cévní stěny. ECHO = echokardiografie posuzuje hemodynamické a organické malformace v srdečních oddílech a aortě, čímž napomáhá i detekci původu srdeční embolie (Bednařík et al., 2010).

Nemalým přínosem jsou i ostatní vyšetřovací metody, například vyšetření očního pozadí z důvodu detekce aterosklerotických změn, detekce projevů hypertenze arteriální

či nitrolební a projevy krvácení do očního pozadí (Bauer, 2010). EEG neboli elektroencefalografie je cenným vyšetřením zejména v následné péči v důsledku možného rozvoje epileptického fokusu (Bednařík et al., 2010). Podrobné biochemické a hemokoagulační vyšetření krve, TK, EKG a saturace O₂ náleží k diagnostickému standardu (Šeblová et al., 2013).

1.1.6 Terapie CMP

Cévní mozkové příhody náleží k život ohrožujícím onemocněním. Prioritou pro včasné zahájenou terapii je efektivní a provázaná organizace veškeré zdravotní a léčebné péče (Ambler, 2011). V kontextu s terapií cévních mozkových příhod je nutné poukázat na existenci specifických doporučení ohledně diagnostických a léčebných postupů daného onemocnění, a to Klinický standart pro diagnostiku a léčbu pacientů s CMP – upravený naposledy v roce 2016 (Škoda et al., 2016).

Současnost poskytuje léčbu na základě vědeckých důkazů o účinnosti terapie, jež může podstatným způsobem zlepšit prognózu nemocných. Její efektivita je závislá na včasné aplikaci, kdy mluvíme o tzv. terapeutickém okně (Škoda, 2016). Z tohoto důvodu je nejefektivnějším přínosem pro pacienty postižené iktem jejich okamžitý převoz na specializovaná pracoviště – iktová centra. (Ševčík, 2014). V ČR se nachází síť těchto center, která poskytují péči pacientům s akutní CMP a je legislativně upravena v roce 2010 (Škoda et al., 2016). Umístění pacienta na iktovou jednotku snižuje významně mortalitu a morbiditu, a zároveň adekvátně snižuje počet jedinců, kteří jsou závislí na následné ošetrovatelské péči (Ševčík, 2014). Vysoce specializovaná centra – iktové jednotky – dokáží poskytnout potřebnou rekanalizační léčbu, která při včasné aplikaci je stále hlavním faktorem, který určuje prognózu pacienta a výsledný klinický stav (Goldemund, 2013).

V **přednemocniční péči**, kterou ve většině případů zajišťuje ZZS, je prioritou zajištění vitálních funkcí a žilního přístupu (Škoda et al., 2016). Následuje péče o dýchací cesty a oxygenoterapie v případě hypoxie či dechové insuficience. Pacienti s poruchou vědomí jsou ohroženi aspirací z důvodu přítomnosti dysfagie, a tím pádem hrozí vznik bronchopneumonie (Ševčík, 2014). Péče o kardiovaskulární systém a regulace krevního tlaku je dalším důležitým faktorem terapie. Rovněž symptomatická

léčba, která je indikována podle aktuálního stavu pacienta – např. podání antiemetik, anxiolytik, antikonvulziv apod. (Škoda et al., 2016).

Nemocniční péči CMP můžeme rozčlenit na **nespecifickou** (obecnou) a **specifickou**. Specifická terapie má za primární úkol poskytnout pacientovi komplexní léčbu. A nespecifická léčba je zaměřena na minimalizaci následků onemocnění (Ševčík, 2014).

Nespecifická (obecná) terapie zahrnuje monitoraci vitálních a neurologických funkcí 72 hodin od rozvoje mozkového infarktu v situacích přetrvávání neurologického deficitu, zajištění ventilace a oxygenoterapie při poklesu SpO₂ pod 95%. Pozornost věnujeme i kardiovaskulárnímu systému, zejména terapii přidružených či nových srdečních onemocnění (především arytmií a srdeční selhání). Důležitou roli hraje i regulace krevního tlaku s velmi opatrným snižováním u extrémních hodnot (více než 220/120 mmHg) (Škoda et al., 2016). Častým jevem při CMP je hyperglykémie, což zahrnuje monitoraci metabolismu glukózy s cílem zabránit vzniku hypoglykémie (Ševčík, 2014). Samozřejmostí je monitorace tělesné teploty a zajištění normovolémie tělesných tekutin a přiměřené nutrice (Škoda et al., 2016).

Specifická terapie v rané fázi ischemických CMP představuje zejména rekanalizační výkony, kdy standardem číslo jedna je intravenózní trombolýza (Tyrlíková, Bareš, 2012). Prioritním cílem této metody je farmakologické zprůchodnění uzavřené mozkové artérie pomocí intravenózního či intraarteriálního podání rekombinantního tkáňového aktivátoru plasminogenu (rtPA) (Fiksa, 2015). Intravenózní podání je metodou systémovou, intraarteriální aplikace je metodou lokální. Kritériem pro intravenózní podání je časový interval do 4,5 hodiny od počátku příznaků CMP, neboť pozdější podání navyšuje riziko intraparenchymové hemoragie. Intraarteriální podání látky je možné do 6 hodin od vzniku příznaků (Fiksa, 2015). V rámci terapie ischemické CMP lze využít i metodu mechanické trombektomie, s jejíž pomocí je možné zprůchodnit přívodné mozkové cévy (Škoda et al., 2016). Tři hlavní principy této metody představují aspiraci krevní sraženiny, její extrakci a následnou fragmentaci (Školoudík et al., 2013). Naproti tomu terapie hemoragických iktů je značně individuální a odvíjí se od lokalizace, rozsahu a příčinné souvislosti vzniklé hemoragie. Hlavním záměrem terapie je vyloučení krvácení a snížení poškození mozkové tkáně na minimum (Češka et al., 2015). Rovněž podle možností a klinického stavu je žádoucí

odstranění krevního výronu z mozkové tkáně či komor a včasná diagnostika i léčba případných komplikací. Kvalifikovaná a kvalitní komplexní péče by měla být samozřejmostí (Bauer, 2010). Dalším důležitým úkolem vyloučení recidivy mozkové hemoragie, což představuje úpravu extrémních hodnot tlaku krve a monitoraci nitrolebního tlaku (Fiksa, 2015). Pozornost je třeba věnovat i léčbě koagulopatie, kdy se jedná o blokaci efektu antikoagulační terapie podávané před onemocněním, což se docílí podáním koagulačních faktorů nebo destiček do krevního řečiště – podává se mražená plazma či koncentráty (Češka et al., 2015). Při rozvoji nitrolební hypertenze je základním postupem elevace hlavy a trupu ve sklonu 30°, dále klidový režim při využití medikamentózní sedace a normovolemie. Nitrolební tlak je možné snížit pomocí osmoterapie, řízenou krátkodobou hyperventilací a ventrikulární drenáží (Fiksa, 2015). Neurochirurgická operační terapie je indikována u hemoragií s expanzivní progresí, zejména mozečkové hemoragie o velikosti více než 3 cm, lobární hemoragie a komprese mozkového kmene. Kontraindikací operační terapie je hemoragie v zóně bazálních ganglií a mozkového kmene (Bauer, 2010). Cévní mozkové příhody vznikající na podkladě aneurysmatu jsou chirurgicky řešeny pomocí otevřených mikrochirurgických operací („clipping“) nebo endovaskulárně („coiling“) (Češka et al., 2015).

1.2 Následky CMP

Cévní mozkové příhody patří k velmi invalidizujícím onemocněním u dospělé populace a následky CMP se odvíjí od rozsahu definitivního postižení mozkové tkáně (Bauer, 2010). Symptomatologie iktů je značně rozsáhlá a souvisí s lokalizací zasažené oblasti mozku, mírou poškození, věkem a celkovým zdravotním stavem daného jedince, rychlostí vzniku příhody, což vše definuje následky mozkové příhody (Palmer a Palmer, 2013).

Kompletní zotavení po mozkové mrtvici vykazuje čtvrtina jedinců, u další čtvrtiny se projeví mírné reziduální následky, u čtvrtiny jedinců přetrvává těžké postižení s odkazem na péči druhé osoby a čtvrtina podlehe iktu (Lippertová-Grünerová, 2015). Na druhou stranu u více jak poloviny pacientů po CMP přetrvávají následky v podobě nesoběstačnosti v běžných denních aktivitách (Školoudík et al., 2013). Recidiva CMP se projevuje u 25% pacientů, kdy je v prvních týdnech po iktu nejvyšší riziko

opětovného vzplanutí nemoci. Naproti tomu v 15% případů je recidiva CMP v prvním roce po iktu. V dalších letech je opakování iktu asi u 4% osob a zejména u starších lidí či po iktech s těžkým průběhem (Bruthans, 2010).

Důsledky cévních mozkových příhod představují značnou zátěž nejen pro samotného člověka postiženého iktem, ale mají i obrovský dopad na nejbližší rodinu, okolní zázemí pacienta i společnost (Palmer a Palmer, 2013). Projevují se v oblasti somatické, kognitivní či neurobehaviorální (Kalvach et al., 2010).

1.2.1 Somatické následky CMP

Somatické následky mozkových iktů patří k velmi závažným důsledkům s negativním vlivem na kvalitu života. Nejčastějším důsledkem mozkového iktu jsou **centrální parézy** neboli syndrom centrálního motoneuronu, kterým trpí až 80% postižených. Jedná se o neúplnou ztrátu hybnosti končetiny a ztrátu svalové síly na jedné polovině trupu (Kalvach et al., 2010). Motorické poruchy jsou přítomny na kontralaterální polovině těla než je postižena mozková tkáň. Při kompletním ochrnutí se jedná o **hemiplegii**, při částečném ochrnutí jde o **hemiparézu** (Palmer a Palmer, 2013). Následkem částečně porušené motoriky dochází k porušení vzorce chůze, zejména chůze do schodů. Návrat hybnosti je efektivnější a snazší na dolních končetinách oproti horním, což vede k restrikci běžných denních činností (Šeclová, 2004). Hybnost se navrácí postupně od kořenových svalů až po akrální, výsledkem je návrat jemné motoriky až v poslední řadě (Kalvach et al., 2010).

V období bezprostředně po vzniku iktu se projevuje svalová hypotonie, reflexy šlachookosticové mohou být snižené či vyhaslé. Postupně dochází k rozvoji spasticity neboli porušenému svalovému tonu, který způsobilo zvýšení tonických napívacích reflexů. Důsledkem mohou být značné bolesti ovlivnitelné farmakologicky či pomocí rehabilitačních technik. Nejzávažnější komplikací spasticity je rozvoj kontraktur (Kalvach et al., 2010). Dalším následkem může být bolestivé rameno, které vzniká oslabením stabilizačních svalů ramene, čímž vzniká riziko luxace či subluxace. Bolestivost může být i důsledkem spasticity svalů táhnoucí paži směrem dolů, čímž značně zatěžují kloubní pouzdro, vazivo a rozvíjí se mikrotraumatizace (Kalvach et al., 2010).

Další somatické následky souvisí s postižením dolních hlavových nervů, jedná se především o dysfagii a dysartrii. **Dysartrie** představuje poruchu motorické tvorby řeči v důsledku organického poškození CNS, kdy se jedná o porušenou artikulaci a řeč je namáhavá, setřelá a nekoordinovaná (Kalvach et al., 2010). S dysartrií se často pojí **dysfagie**, která představuje poruchu polykání tekuté či tuhé stravy, slin a léků. Tuto poruchu můžeme najít až u poloviny pacientů po mozkové příhodě. Z důvodu rizika aspirace je nutno tuto poruchu včas a efektivně řešit (Palmer a Palmer, 2013).

Cévní mozková příhoda může vyvolat i epileptické záchvaty, status epilepticus či vznik sekundární epilepsie. U všech typů CMP se mohou projevovat parciální epileptické záchvaty či záchvaty sekundárně generalizované, především v samém počátku vzniku iktu či jako pozdní komplikace. U pětiny pacientů dojde ke vzniku epilepsie, pokud prodělají epileptický záchvat v prvním týdnu po CMP. Epileptické záchvaty představují vysoké riziko z důvodu rozšiřování a poškozování hypoxicko-ischemického ložiska v mozku, dochází k prohlubování buněčného poškození a jsou příčinou buněčné apoptózy (Kalita, 2006).

1.2.2 Kognitivní následky CMP

Při poškození nervové tkáně v důsledku CMP dochází k poruchám v oblasti kognitivních a symbolických funkcí. Jedná se o poruchy pozornosti, myšlení, paměti, orientace a snížení rychlosti zpracování informací. Dalším důsledkem je **apraxie** neboli ztráta schopnosti provádět koordinované naučené pohyby při zachované hybnosti (Angerová, Švestková, 2010). **Agnózie** je charakterizována ztrátou či poruchou poznávání a interpretace dějů či předmětů ve vnějším i vnitřním prostředí (Kolář, 2009). Ztrátu schopnosti získaných jazykových dovedností označujeme jako **afázii** (Kejklíčková, 2011). Tato porucha má rozmanitou formu, např. Wernickeova nebo Brocova afázie (Koukolík, 2012). Brocova neboli motorická afázie znamená ztrátu schopnosti produkce mluveného slova při zachovaném porozumění. Wernickeova čili sensorická afázie se vyznačuje plynulou řečí, avšak zmatenou, bez jakéhokoliv významu (Šišmová, 2014). Porušena může být i artikulace (dysartrie). V kontextu s komunikačními poruchami se mohou projevit i poruchy v psaném projevu (dysgrafie, agrafie) nebo poruchy čtení (dyslexie, alexie) (Koukolík, 2012).

Následkem prodělané CMP bývá porušena pozornost i schopnost soustředění. To se odrazí v procesu učení a paměti. Poruchy se manifestují redukcí tempa zpracování informací a prodloužením reakčního času. Dochází k nesnázím se zaměřením pozornosti na více podnětů najednou. Může docházet k neschopnosti vedení rozhovoru v hektickém prostředí, ztrácet se v jazykovém projevu, zapomínat či nesplnění dané povinnosti, a to z důvodu snadného odvedení pozornosti od momentální činnosti (Powell, 2010).

Téměř 50% pacientů je postiženo po CMP poruchou paměti v raném stádiu nemoci a 10 – 30% nemocných po roce od příhody (Kulišťák, 2017). Porucha **krátkodobé paměti** se může projevovat neschopností zapamatování nových informací, porušenou orientací v místě, čase i osobě. Dalšími projevy může být úzkostlivost, konfabulace či neustálé dotazování (Feigin, 2007). V důsledku porušení **dlouhodobé paměti** si nemocný nevzpomíná na události z minulosti, nevybaví si své vzpomínky ani jména osob (Feigin, 2007). Celkový dopad poruch paměti na kvalitu života se odráží v globální funkční nezávislosti, v úspěšnosti rehabilitační terapie a navrácení daného člověka do běžného života (Kulišťák, 2017).

Poruchy exekutivních funkcí se mohou projevit při poškození v oblasti čelního laloku. K nejčastějším následkům CMP patří tzv. **dysexekutivní syndrom**, který se projevuje ztrátou přirozenosti, impulzivním chováním a ztrátou kontroly nad svým chováním. Dalšími projevy může být neschopnost dlouhodobého a smysluplného plánování a stanovení dílčích kroků vedoucích k dosahování cílů. Porušené může být i tvůrčí a abstraktní myšlení (Lečbých a Hosáková, 2014).

K dalším následkům cévních mozkových příhod patří i vizuomotorické poruchy, které se projevují narážením do předmětů v okolí pacienta z důvodu nesprávného vyhodnocení dané vzdálenosti mozkiem. Problémy způsobuje i náležité určení předmětů v prostoru či jejich obkreslování a struktura. Specifickou kategorií tvoří tzv. **neglect syndrom** neboli „syndrom opomíjení“. Brázdil (2002) definuje poruchu jako ignorování podnětů z kontralaterálního prostoru a často dochází k popírání poruchy ze strany pacienta. Ve většině případů se jedná o postižení levé poloviny vjemového rámce, kdy nemocní nezaznamenávají hmatové, zrakové nebo sluchové stimuly (Boháček, Polcarová, 2007). Porucha se negativně projevuje ve všech sférách života pacientů a vyžaduje včasnost diagnostiky a následné terapie (Yue et al., 2012).

V kognitivní oblasti se mohou projevit i další poruchy, např. výrazné kolísání bdělosti v prvních dnech. Pacienti často trpí hypersomnií (nadměrnou potřebou spánku v průběhu dne) nebo naopak insomnií (nespavostí). Pozornost musíme věnovat i náhlé prudké ztrátě vědomí, což může být známkou opakování mozkové příhody, záchvatu epilepsie či infekce (Palmer a Palmer, 2013).

1.2.3 Neurobehaviorální následky CMP

Neurobehaviorální následky zahrnují širokou škálu osobnostních charakteristik, ale i emocionální stránku a prožívání (Kalvach et al., 2010). Po CMP se setkáváme nejčastěji s impulzivitou až výbušností, podrážděností (irritabilitou), „odtlumení“ (disinhibition). Podrážděnost je prezentována prudkými výkyvy nálady, netrpělivostí, vztekem. Na druhou stranu impulzivní a netaktní chování doprovázené až vulgaritou charakterizuje odtlumení (Hackett et al., 2014).

Proděláním iktu se ocitají lidé pod značným tlakem, kdy velice obtížně kontrolují své emocionální prožitky. Projevem může být agresivita, neočekávaný výbuch vzteku nebo apatické chování (Palmer a Palmer, 2013). Dalšími projevy mohou být nekorigované záchvaty pláče či smíchu a nepřiměřené reakce v podobě apatie, úzkosti či naopak agresivity. Objevit se mohou i manické stavy (Kulišťák et al., 2011). **Úzkost** se objevuje téměř u 24% osob po CMP a tato porucha přetrvává u 18% nemocných až pět let po příhodě. Může doprovázet depresi, ale může se projevovat i samostatně. Existuje celá řada úzkostných poruch, nicméně po mrtvici se často setkáme s agorafobií (strach z otevřených prostor) či s generalizovanou úzkostnou poruchou (Campbell Burton et al., 2013).

Nejčastějším emočním problémem po iktu je **deprese**, která se objevuje téměř u poloviny pacientů. Projevem je podrážděnost, nespavost, anorexie, celková únava, ztráta iniciativy (Palmer a Palmer, 2013). Vznik poiktové deprese může být dán organickým poškozením mozkové nervové tkáně nebo jako psychologický důsledek tíživé životní situace v důsledku ztráty zdraví (Boháček, Polcarová, 2007). Přítomnost deprese před mozkovou příhodou, rozsah fyzického postižení, narušení kognitivních schopností a stupeň invalidity přímo ovlivňuje výskyt deprese (Hackett et al., 2014). Tato skutečnost zhoršuje prognózu nemoci a výrazným způsobem snižuje kvalitu života lidí po CMP. Nebezpečí vzniku depresivní poruchy je v prvních měsících po vzniku

iktu, jelikož se váže na stupeň postižení dané osoby a na dlouhodobý pobyt ve zdravotnických či sociálních zařízeních (Bar, Chmelová, 2011).

Dalším neurobehaviorálním následkem CMP je **apatie** čili porucha motivace, při níž nedochází k emocionálním reakcím na zevní podněty a chování se projevuje netečností a nezájmem. Apatie se odlišuje od deprese, přičemž mají značně podobné projevy jako emoční otupělost, úbytek zájmu, zpomalené psychomotorické tempo apod. (Hackett et al., 2014). Vyšší výskyt je zaznamenán u ženského pokolení, u osob s nižším stupněm vzdělání, při rozsáhlejších kognitivním postižení a při značném tělesném poškození (Withall et al., 2011).

1.2.4 Sociální následky CMP

CMP představuje relevantní a rychle rostoucí problém z důvodu sociálních dopadů, protože míra postižení určuje návrat pacienta do každodenního života (Šeblová et al., 2013). Při přetrvávajícím postižení dochází ke změnám ve vztazích pacienta k nejbližšímu okolí a dostává se do role člověka závislého na pomoci druhých, přičemž stupeň postižení je úměrný míře postižení (Lávičková, 2005). Rodinným příslušníkům je přiřazena role pečovatelů, což přináší obrovské nároky, které mohou značně narušit fungování veškerého rodinného uspořádání (Kulišťák, 2017). Péče o postiženou osobu klade velké nároky na pečující, což může způsobovat zátěž, která ovlivní kvalitu dané péče (Lávičková, 2005). U pečujících rodinných příslušníků dochází k vysoké incidenci depresí a dalších emočních poruch (Kulišťák, 2017). Péče zahrnuje náročnou tělesnou zátěž, jelikož je jedná o hygienickou péči, polohování, mobilizaci nemocného i péči o domácnost a domov. Další zátěží je finanční břemeno a sociální izolace (Lávičková, 2005).

Postižený jedinec z důvodu onemocnění často ztrácí většinu životních rolí a zároveň potřebuje pomoc při nalézání nové identity. Respektování jeho intimity je velmi klíčové, stejně jako naslouchání jeho názorům. Potřeba identity úzce souvisí se zachováním lidské důstojnosti (Lávičková, 2005). Velmi žádoucí je podpora soběstačnosti a maximální nezávislosti pacienta, rozvíjet činnosti dávající nový smysl života, abychom snížili riziko psychických problémů, depresí a sociální izolace (Šeblová et al., 2013).

Osoby v produktivním věku velmi často následkem mozkové příhody ztrácí původní zaměstnání a s velkými nesnázemi se opět zapojují do pracovního procesu. Důsledkem je dlouhodobé vyřazení z pracovního života, což vede ke značnému snížení celkové kvality života (Šeblová et al., 2013).

1.3 Následná péče

Definice „Následné lůžkové péče“ je zakotvena v zákoně č. 372/2011 Sb. - „Zákon o zdravotních službách“ - v § 9, písmeno c) v tomto znění: *„Následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí“* (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Medicínský pokrok a rozvoj technologií přináší zkracování pobytu na lůžkách poskytujících akutní péči, ovšem na druhé straně je nutné zlepšovat podmínky a dostupnost následné péče, která bude zaměřena zejména na rehabilitaci a zároveň bude zvyšovat kvalitu ošetrovatelské péče (Koncepce následné lůžkové zdravotní péče, 1998). Jak uvádí Kalvach et al. (2010), CMP se v celosvětovém měřítku posunuly z třetího místa na druhé a zároveň představují základní příčinu narůstající invalidity u dospělé populace. Zařízení poskytující následnou péči, která je orientovaná na následnou rehabilitaci a doléčení po akutním stádiu, nemají potřebnou kapacitu a vyznačují se nedostatečným počtem personálu (Věstník MZ č. 9/1998).

Účelem následné péče je smysluplné využívání prostředků a poskytování kvalitní péče o pacienty, především pomocí ošetrovatelských a rehabilitačních programů (Věstník MZ ČR č. 9/1998).

Adekvátně poskytovaná péče znamená identifikaci potřeb jedince a jejich saturaci (Burda a Šolcová, 2015). Prioritním úkolem odborné ošetrovatelské péče je zajištění hygieny, výživy, péče o vylučování, prevence dekubitů, převazování ran, péče o invazivní vstupy, příprava a podávání léčivých přípravků, monitorace fyziologických funkcí včetně psychického stavu, odběry biologického materiálu, ošetrovatelská

rehabilitace, edukace a spolupráce s rodinnými příslušníky či pečujícími osobami (Věstník MZ ČR č. 9/1998).

Léčebná rehabilitace tvoří spolu s léčebnou péčí, prevencí, podporou a výchovou ke zdraví čtyři subsystémy zdravotní péče (Mlčochová, Labáková, 2012). Léčebná rehabilitace je tvořena komplexem diagnostických, terapeutických a rehabilitačních postupů, které směřují k zachování či navrácení maximální funkční zdatnosti (Kolář, 2009). Dalším úkolem následné péče je redukce nebo oddálení progresu „disability“ zejména v oblasti péče o vlastní osobu, psychiky, mobility a v neposlední řadě fungování lidského organismu jako celku (Bar, Chmelová, 2011). Základem úspěchu je aktivní spolupráce ze strany pacienta.

Optimální následná péče by měla být poskytována v přirozeném domácím prostředí za podpory praktického lékaře, odborných specialistů, nelékařských zdravotních pracovníků (fyzioterapeuti, ergoterapeuti, všeobecné sestry domácí péče) a institucí sociální péče. Další eventualitou je poskytování následné péče v institucích, jako jsou léčebny dlouhodobě nemocných, oddělení dlouhodobé péče, lůžka následné péče rehabilitačního charakteru (Škoda et al., 2016).

Po prodělané CMP by měli být pacienti dispenzarizováni ve specializovaných ambulancích, které zabezpečují komplexní kontroly stavu zdraví a také upravují farmakoterapii i životosprávu za účelem sekundární prevence (Herzig, 2014). Zahájení rehabilitace by mělo proběhnout okamžitě po stabilizaci zdravotního stavu, nejlépe 24 až 48 hodin po nástupu iktu. Pro řadu osob po CMP je rehabilitace dlouhotrvajícím procesem, který je nutno nepřetržitě přizpůsobovat aktuálnímu klinickému stavu a zároveň respektovat individuální požadavky daného jedince (Bar, Chmelová, 2011).

Záměrem komplexní léčebné rehabilitace po CMP je spontánní úprava hybnosti, nácvik soběstačnosti a mobility, kompenzace následků nemoci, ovlivnění řečových či kognitivních či psychických poruch, ovlivnění inkontinence, prevence a terapie sekundárních poruch, použití facilitačních postupů, zlepšení psychické i fyzické kondice, nácvik používání kompenzačních pomůcek včetně jejich indikace a v neposlední řadě motivace nemocných k aktivnímu zapojení (Votava, 2001).

1.4 Obezita

Obezita je charakterizována jako metabolické onemocnění multifaktoriálně podmíněné, kdy v důsledku interakce prostředí a hereditárních predispozicí vzniká pozitivní energetická bilance, což vede k nadměrnému zmnožení tukové tkáně (Hainer, 2011). Hruby a Hu (2015) definují obezitu jako onemocnění komplexní a multifaktorové, způsobené genetickými, socioekonomickými, behaviorálními a enviromentálními příčinami, což vede k nárůstu morbidity a mortality.

Obezita představuje jeden z nejzávažnějších zdravotních a společenských problémů 21. století (DiBaise and Foxx-Orenstein, 2013). Z údajů WHO za rok 2014 vyplývá, že celosvětově trpí obezitou celkem 13% - více než 600 miliónů dospělých jedinců (15% žen a 11% mužů). Česká republika zaujímá přední místo mezi evropskými zeměmi v počtu výskytu obézních jedinců. Alarmující je poznatek, že onemocnění související s obezitou patří po nemocech, jejichž příčinou je kouření, ke druhé nejobvyklejší příčině úmrtí, čemuž lze předcházet (Antošová et al., 2014).

V současné době je obezita pokládána za nemoc, přičemž WHO považuje výskyt obezity za celosvětovou pandemii. Zároveň ji přiřazuje k nejzávažnějším zdravotním problémům (Rokyta, 2015). Obezita je v současnosti vedena jako chronická neinfekční choroba. Základ tohoto pojetí je dáno medicínskou terminologií a v současné době je oficiálním a užívaným pojmem místo označení civilizační choroby (Machová a Kubátová, 2015).

1.4.1 Diagnostika obezity

Na základě oblasti ukládání tuku rozdělujeme obezitu na dva typy – **androidní** a **gynoidní**. Pro androidní neboli viscerální typ obezity je typické hromadění tuku pod kůží a kolem orgánů v abdominální oblasti. Vyskytuje se především u mužů a u žen po menopauze. Gynoidní typ obezity se vyznačuje ukládáním tuku zejména v oblasti boků, zadku a stehů (Fu et al., 2015).

Nejčastěji používanou metodou je **BMI** neboli „**Body mass index**“ = index tělesné hmotnosti, který definoval na začátku 19. století Quetelet (Bray, 2011). Kasalický (2011) uvádí, že hodnota BMI vyjadřuje podíl hmotnosti (v kilogramech) a výšky na druhou (v metrech). Za normu jsou určeny hodnoty 18,5 – 24,9 kg/m², mírná nadváha je určena hodnotami 25 – 27 kg/m². Rozmezí 27 – 30 kg/m² určují nadváhu

a obezita je stanovena hodnotami většími než 30 kg/m^2 (Adámková, 2010). Metoda hodnocení BMI v rámci diagnostiky obezity je celosvětově akceptovanou metodou, která rovněž upozorňuje na riziko možných budoucích komplikací obezity či poukazuje na následnou životní prognózu (Svačina, 2018).

K dalším diagnostickým metodám lze přiřadit zobrazovací techniky, jako je **CT (počítačová tomografie)** a **NMR (nukleární magnetická rezonance)**. Jedná se o finančně náročná vyšetření, která disponují horší dostupností (Steffen et al., 2010). V současnosti je velmi využívanou metodou **bioelektrická impedance (BIA)**, která je finančně nenáročná, neinvazivní, rychlá a bezpečná (Pastucha, 2014). Principem je určení složení lidského těla na základě určení odporu, jež klade organismus proudícímu elektrickému proudu, který má nízkou intenzitu a vysokou frekvenci. Výsledné zjištění udává podíl beztukové hmoty a tukové tkáně v organismu (Szabó, 2012).

1.4.2 Rizika a zdravotní komplikace obezity

Celosvětově je obezita pokládána za nejčastější příčinu smrti, které se může předejít (World Health Organization, 2017). WHO klasifikuje obezitu jako chronické závažné onemocnění, jež podmiňuje výskyt řady zdravotních komplikací a významně zkracuje život (Machová a Kubátová, 2015). Důkazy o vlivu obezity na zkrácení života přináší Framinghamská studie, která pojednává o vlivu věku na hodnoty krevního tlaku, krevní hladinu glukózy, BMI a hmotnost. Uvedené hodnoty předpovídají výskyt kardiovaskulárních nemocí ve středním věku i ve stáří. Závěry studie ukazují, že BMI a tlak krve ovlivňují úmrtí mezi 35 – 60 lety, zatímco hladina glukózy v krvi ovlivňuje úmrtí mezi 57 – 73 lety. Kromě uvedených faktorů ovlivňuje věkovou hranici rovněž kvalita života a kuřáctví. U žen kuřáček a obézních mužů dochází ke zkrácení života o 6 – 7 let oproti nekuřákům s normální hmotností (Zhang a Pincus, 2016).

Zdravotní důsledky obezity se hodnotí pomocí dvou ukazatelů, a to YLLs a QALYs. YLLs (years-of-life lost) znamená ztracené roky života, které udávají rozdíl v očekávané délce života v různých kategoriích BMI. QALYs (quality-adjusted life-years) představuje roky života přizpůsobené kvalitě a zhodnocuje celkovou zátěž, kterou obezita způsobuje (Hainer, 2011).

Zdravotní rizika obezity představují širokou skupinu a dělíme je na mechanické a metabolické komplikace. K mechanickým komplikacím patří nadměrné zatížení kloubního aparátu, šlach a dýchací obtíže, zejména dušnost (Machová et al., 2015). Do metabolických komplikací lze zahrnout diabetes mellitus 2. typu, poruchu glukózové tolerance či hyperinzulinemii, hyperurikémii či poruchu metabolismu tuků (Hainer, 2011). K endokrinním poruchám patří hyperandrogenismus u ženského pohlaví, hyperestrogenismus, hypogonadismus u mužského pohlaví s monstrózní obezitou či snížená sekrece růstového hormonu, funkční hyperkortizolismus následovaný porušenou plasticitou a supresibilitou sekrece kortisolu (Hainer, 2011). Ke kardiovaskulárním komplikacím přiřazuje Machová et al. (2015) infarkt myokardu, ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkové příhody, aterosklerózu mozkových artérií i končetinových artérií. Do této skupiny patří ještě hypertenze, srdeční arytmie, tromboembolická nemoc, varixy, hypertrofie či dilatace levé srdeční komory a náhlá smrt (Hainer, 2011). Astma bronchiale, syndrom spánkové apnoe či Pickwickův syndrom patří do skupiny respiračních komplikací (Hainer, 2011). Ke komplikacím gastrointestinálním můžeme přiřadit gastroesofageální reflux, jaterní steatózu, hernie, cholecystitidu, cholelitiázu i pankreatitidu. Dalšími zdravotními důsledky jsou gynekologické potíže, ortopedické či kožní komplikace a mnoho dalších (Hainer, 2011). Kožní komplikace jsou zastoupeny výskytem otoků, celulitidou, striemi, ale také zapádkou a kožními plísňovými onemocněními, jež vznikají ve spojitosti s tukovými záhyby. Rovněž obézní jedinci mají sklon k pomalejšímu hojení ran (Gajdácsová, 2010).

Obezita náleží k eminentním faktorům, které ovlivňují prevalenci vzniku nádorového onemocnění (Fiala, 2013). Obezita spolu s inaktivitou přispívají ke změnám v metabolismu, zejména metabolismu inzulínu, endogenních či pohlavních steroidních hormonů apod. (Fiala, 2013). Hladiny pohlavních hormonů souvisí s karcinomem prostaty a karcinomem prsů. Chronické zvýšení hladiny inzulínu se může podílet na vzniku rakoviny tlustého střeva a endometria (Fiala, 2013). Jedinci s DM II. typu vykazují vyšší výskyt karcinomu pankreatu, tlustého střeva, ledvin, endometria v důsledku vyšších hladin endogenního inzulínu. Nadměrný energetický přívod má stimulační účinek na karcinogenezi a je považován za faktor, který vykazuje přímý rizikový vliv (Fiala, 2013).

Obezita patří do skupiny nemocí stigmatizujících takto postižené osoby, které jsou vystaveny značné zaujatosti. Tyto předsudky se projevují při získávání zaměstnání či vzdělání, při poskytování lékařské péče, ale i v partnerských vztazích (Hainer., 2011). Kromě zdravotních komplikací se mohou u obézních jedinců vyskytnout i psychické komplikace, které se projevují úzkostmi, depresemi a nízkým sebevědomím. Tyto psychické potíže mohou gradovat, až význačným způsobem sníží kvalitu života (Gajdácsová, 2010). Psychické komplikace v důsledku obezity mají vliv i na partnerské vztahy, což se může projevit v sexuálním životě, např. nepatřičný stud či impotence (Gajdácsová, 2010). Nelze opomenout ani společenský dopad obezity, která je zřetelná pouhým pohledem, což se odráží v utváření prvotního dojmu na danou osobu během prvního kontaktu. Prvotní dojem ovlivňuje především ženské pohlaví, protože základy svého sebevědomí staví na fyzickém vzhledu (Kasalický, 2011).

1.4.3 Terapie obezity

Moderní medicína by měla k pacientům s obezitou přistupovat komplexně a zároveň celkově redukovat rizika s cílem zvýšit jejich kvalitu života (Svačina, 2015). Zlepšení prognózy obézních nastává při snížení hmotnosti o 5 až 10%, čímž se sníží i morbidita a mortalita pacientů (Marek et al., 2010). Komplexní terapie obezity zahrnuje pět základních principů – dietní nízkoenergetická opatření, zvýšená pohybová aktivita, nová modifikace životního stylu, farmakoterapie a chirurgické řešení (Lukáš et al., 2015). Základním předpokladem úspěšné terapie obezity je spolupráce pacienta, včetně jeho motivace a dlouhodobé výdrže. Tyto snahy můžeme podpořit krátkodobou cílenou farmakoterapií (Owen, 2013).

Dietní opatření zahrnují úpravu jídelníčku včetně analýzy dosavadních stravovacích návyků a skladby stravy (Owen, 2013). Strava by měla být pestrá, vyvážená a odrážet energetický výdej. Rovněž musí korelovat s věkem, pohlavím, vývojovým stádiem, stravovacími návyky, chuťovými preferencemi a odrážet individualitu daného jedince (Hainer, 2011).

Pohybová aktivita patří k základním složkám terapie obezity, kdy je nutné pohyb přizpůsobit fyzické zdatnosti a zvyklostem obézního jedince (Hainer, 2011). Nejvhodnějšími aktivitami pro obézní jedince je chůze, jízda na kole či plavání (Lukáš et al., 2015). Pichlerová (2016) přidává k doporučovaným aktivitám severskou chůzi

s pomocí trekových holí, další vhodnou aktivitou je rotoped, orbitrek či stepper, případně chůze na běžícím páse nebo aquaerobik. Ideální frekvence pohybové aktivity je 30 minut denně nebo 45 – 60 minut obden.

Úprava životní stylu je možná pomocí kognitivně behaviorální přístupu, který za pomoci nejrůznějších technik odbourává nevhodné stravovací a pohybové zvyklosti (Lukáš et al., 2015). Müllerová (2014) konstatuje, že při snižování hmotnosti hraje důležitou roli mozek a emoce, jež přispívají k nežádoucímu chování. Klíčovým momentem v dlouhodobém horizontu léčby obezity je podpora od vlastní rodiny, přátel a blízkého okolí (Owen, 2013).

V současnosti existuje celá skupina moderních preparátů – antiobezitik s ověřenou účinností, jež mají doplňovat nutriční terapii a zvýšenou pohybovou aktivitu. (Svačina, 2008). Podávání farmakoterapie doporučuje Hainer (2011) u pacientů, u kterých selhala nefarmakologická terapie obezity (hmotnostní úbytek během tří měsíců nepřesáhl 5%) a BMI \geq 30. Dále jsou indikováni pacienti s kardiovaskulárními či metabolickými komplikacemi souvisejícími s obezitou a BMI 27 – 30. Farmakoterapie obezity v současné době má k dispozici čtyři principy – anorektika (látky tlumící chuť k jídlu a ovlivňující pocit sytosti látkami působícími na CNS), blokace vstřebávání tuků v trávicím traktu, účinek inkretinů – hormonů trávicího traktu a blokace zpětného vstřebávání glukózy v ledvinách (Svačina, 2015).

Chirurgická neboli bariatrická terapie představuje úspěšnou možnost léčby s cílem dlouhodobého a trvalého úbytku hmotnosti, zejména u závažných typů obezity (Hainer, 2011). Tuto oblast terapie představují restriční operační zákroky, které snižují žaludeční kapacitu, nebo zákroky bránící účinné absorpci živin či zásahy kombinované (Owen, 2013). Indikováni k bariatrickému zákroku jsou obézní pacienti, kteří mají BMI $>$ 40 nebo pacienti s BMI $>$ 35, u nichž jsou přítomny závažné komorbidity (Pichlerová, 2016).

1.4 Obezita ve vztahu k CMP

Vztah mezi CMP a obezitou, tělesnou inaktivitou, emočním stresem je velmi těsný, jelikož obezita náleží k nezávislým rizikovým faktorům, které se podílí na vzniku a recidivě mozkových příhod (Neumann a Škoda, 2007). Jak uvádí Sucharda (2010),

u pacientů s nadváhou, metabolickým syndromem a s obezitou, je vyšší výskyt CMP, zejména ischemického původu.

I ošetrovatelská péče o obézní pacienty se vyznačuje značnou fyzickou i psychickou náročností (Pokorná a Komínková, 2013). Ošetrovatelské intervence musí být prováděné v souladu s holistickým pojetím ošetrovatelské péče, tedy uspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb pacientů (Plevová et al., 2011). V důsledku náročnosti péče o obézního pacienta v nemocničním zařízení, je žádoucí vykonávat jednotlivé činnosti podle schopností a reálných možností pacienta s obezitou (Pokorná a Komínková, 2013).

Neustálý kontakt s imobilními, nesoběstačnými pacienty, kteří potřebují pomoc při zvládnání běžných denních činností, představuje pro sestru fyzickou i psychickou zátěž. Sestra musí být seznámena se zásadami bezpečné manipulace s obézními pacienty, proškolená v bezpečnosti práce a ochrany zdraví při práci, z důvodu poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu (Halmo et al., 2008).

Obézní pacienti často nevnímají obezitu jako onemocnění, nemají kritický náhled a jejich chování vykazuje nelogičnost. V rámci terapie nespolupracují či během procesu léčby selhávají (Svačina, 2005).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zmapovat vliv obezity na následnou péči u pacientů po cévní mozkové příhodě

2.2 Výzkumné otázky

- Jak ovlivňuje obezita mobilitu pacientů po CMP?
- Jak ovlivňuje obezita hygienickou péči pacientů po CMP?
- Jak ovlivňuje obezita běžné denní aktivity pacientů po CMP?
- Jaký dopad má obezita na rozvoj soběstačnosti u pacientů po CMP?

2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli a výzkumných otázkách

Obezita je charakterizována jako chronické metabolické onemocnění na podkladě zmnožení tukové tkáně v lidském organismu, což je důsledkem dlouhodobého nadměrného energetického příjmu, který se projevuje zvýšením tělesné hmotnosti nad rozmezí stanovené jako normální (Lukáš et al., 2015). Zvýšený podíl tělesného tuku je pro daného obézního jedince handicapem, protože na jedné straně dochází k mechanickému zatížení celého statického a dynamického aparátu jedince a zabraňuje úplnému nádechu. Na druhé straně dochází ke zhoršení vlastních fyziologických funkcí tělesného tuku, čímž přeruší plnění svých metabolických a endokrinních rolí, a naopak vyrábí látky zhoršující stabilitu veškerého organismu jako systému (Müllerová et al., 2014).

Cévní mozková příhoda je definována jako náhle vzniklá porucha mozkové funkce na cévním podkladě trvající více jak 24 hodin (Bartůněk et al., 2016). Příznaky se značně rychle rozvíjí, a mohou být ložiskové či celkové (Bauer, 2010). Seidl (2015) rozděluje cévní mozkové příhody na ischemické, které se vyskytují v 85%, a hemoragické, jež představují 15% z celkového počtu. CMP neboli iktus patří mezi velmi závažná onemocnění s častým výskytem, jež se podílejí na vysoké mortalitě a těžké invaliditě (Bauer, 2010).

Mobilita je definována jako způsobilost pohybu příčně pružovaného neboli kosterního svalstva, jež umožňuje schopnost přemístění těla v prostoru a také pracovní výkon. Tato lokomoce je řízena zejména z motorických oblastí mozkové tkáně (Kroupová et al., 2016). Jedná se tedy o schopnost nezávislého a bezpečného přemístění lidského jedince z jedné pozice na druhou (Shumway-Cook & Woollacott, 2007). Představuje pohybovou aktivitu, která se odvíjí od fyzických podmínek, vlivu zevního prostředí a psychologické orientace, čímž je umožněno překonávání vzdálenosti (Schmeidler, 2009).

Soběstačnost je formulována jako schopnost samostatného života v běžném prostředí bez závislosti na pomoci druhé osoby (Štěpánková et al., 2014). Zároveň představuje klíčové kritérium při hodnocení kvality života. Soběstačný jedinec je člověk samostatný a nezávislý na pomoci či dohledu druhých osob, který dokáže zvládnout veškeré denní aktivity a zastane očekávané i potřebné role v sociálním prostředí (Opatřilová a Zámečnicková, 2008). Míra soběstačnosti je ovlivněna zdravotním statutem jedince, jeho sociálním prostředím a existenčními podmínkami. Zvýšení soběstačnosti a nezávislosti je možné prostřednictvím ovlivnění funkčního rozsahu organismu, který podpoří vyšší míru dovedností a schopností potřebných k provedení dané činnosti, a minimalizací požadavků vnějšího prostředí (Kocourová, 2015).

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Informace potřebné k posouzení vlivu obezity na následnou péči u pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, byly získány formou kvalitativního výzkumu z důvodu orientace na porozumění jevů edukační reality, kdy vysvětlení je založeno na prožitcích, zkušenostech či názorech daných jedinců v příslušném kontextu (Průcha a Veteška, 2012).

Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Hlubkové, polostrukturované rozhovory mají za cíl získat ucelené, komplexní a podrobné informace o zkoumané skutečnosti (Škvaříček a Šed'ová., 2014). Jedná se o časově náročnější metodu, kdy zjištěné skutečnosti nelze zobecnit, ovšem na druhou stranu umožňuje proniknutí do hloubky problému (Vojtíšek, 2012).

Výzkumný soubor tvořili všeobecné sestry pracující v NNP LDN Horažďovice, které ošetřují pacienty po CMP, a pacienti hospitalizovaní v této nemocnici z důvodu rekonvalescence po mozkové příhodě. Klíčovým a podstatným kritériem v rámci výběru výzkumného souboru byla ochota spolupracovat při realizaci šetření. Souhlas managementu nemocnice s uskutečněním výzkumného šetření je součástí příloh (Příloha č. 7). Seznámení pacientů a sester s důvody prováděného výzkumného šetření proběhlo vždy na začátku každého rozhovoru. Rovněž byli ujištěni o zachování anonymity v rámci analyzování a zpracování rozhovorů v této kvalifikační práci. Realizované rozhovory byly zaznamenány písemnou formou s ohledem na přání oslovených pacientů i všeobecných sester. Rozhovory byly následně přepsány a uloženy na CD, které je součástí diplomové práce a tvoří Přílohu č. 5.

Rozhovory se odvíjely od předem připravených otázek, případně doplňovány otázkami reagujícími na odpovědi respondentů. Dotazy pro sestry byly koncipovány do oblasti ošetřování pacientů po CMP, orientovaly se na oblasti sebekpěče i na srovnání péče o pacienty s obezitou a pacienty s normální hmotností. Otázky pro pacienty se týkaly různých sfér sebekpěče, především mobility, zvládnutí hygienické péče, stravování a vyprazdňování po CMP. Rozhovory byly realizovány v NNP LDN Horažďovice v průběhu října 2017 až března 2018.

Následně byla provedena analýza získaných dat, kdy byla použita metoda tužka - papír, což znamená ruční kódování (Škvaříček a Šed'ová, 2014). V rozhovorech přepsaných na papír, byly barevně odlišovány klíčové kódy, případně doplněny poznámkami. Kódování tvoří analytickou operaci, pomocí níž rozkládáme data do fragmentů (indikátorů) a následně přiřazujeme k příslušným konceptům, které jsou základem pro kategorizování (Škvaříček a Šed'ová, 2014). Poté byly vyhledávány shluky kódů stejně barevně označených a s podobnými vnitřními indikátory, čímž umožnily vznik daných kategorií. Součástí výzkumného šetření jsou dvě případové studie, které sledují průběh následné péče po CMP v průběhu tří měsíců. Jedna studie se zabývá obézním pacientem a druhá popisuje pacienta s normální hmotností. Případová studie neboli kazuistika představuje metodu kvalitativního výzkumu se zaměřením na detailní prostudování a analýzu jednoho či menšího počtu případů (Hendl, 2016). Další použitou technikou v rámci výzkumného šetření je zúčastněné pozorování obézních pacientů po CMP při běžných denních aktivitách s využitím standardizovaného testu ADL (Příloha č. 3). V tabulkách byly označeni obézní pacienti červenou barvou a pacienti s normální hmotností barvou modrou. Výsledky pozorování byly následně slovně vyhodnoceny a rozříděny do oblastí, které byly pozorovány. Bylo provedeno i pozorování sester, které zajišťovaly péči o obézní pacienty s diagnózou CMP (Struktura pozorovacího archu – Příloha č. 4). Pozorování bylo zaměřeno na aktivizaci pacientů – oblast sedu na lůžku, přesunu z lůžka na křeslo či židli, stoj u lůžka a chůze s kompenzačními pomůckami. Další oblast pozorování se týkala osobní hygieny, vyprazdňování a stravování. Zúčastněné pozorování je definováno jako mimovolní, dlouhodobá a systematicky uspořádaná monitorace aktivit, jejímž účelem je odhalení a prezentace sociální života či procesu v daném zkoumaném prostředí (Škvaříček a Šed'ová, 2014). Metoda pozorování v rámci sběru dat patří k základním technikám, protože předmětem pozorování je chování jednotlivých účastníků v rozličných situacích i různorodé atmosféře (Kutnohorská, 2009). Výsledky pozorování byly následně analyzovány a popsány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 11 všeobecných sester z NNP LDN Horažďovice s.r.o. a celkem 16 pacientů, kteří v této nemocnici absolvovali rehabilitaci v rámci následné

péče. Jednalo se o záměrně vybraný vzorek pacientů, kdy 8 pacientů bylo obézních (BMI 32 – 38,2) a 8 pacientů mělo normální hmotnost (BMI 23,1 – 25,4). Pro rozhovory bylo vybráno celkem 8 pacientů, kdy skupina 4 pacientů byla obézních a další 4 pacienti měli BMI v hodnotách normální váha. Výběr pacientů byl konzultován se sestrami daných stanic o ohledem na zvolenou diagnózu, ochotu k uskutečnění rozhovorů na dané téma i schopnost adekvátního vyjadřování. To znamená bez psychické poruchy či afázie, která by znemožňovala či znehodnotovala získat potřebná data. Další dva pacienti byli zvoleni pro případové studie, opět se jednalo o obézního pacienta a pacienta s normální hmotností. Pro pozorování pacientů byla vybrána skupina 6 pacientů po iktech, kdy opět 3 osoby byli zařazeni ve skupině „normální hmotnost“ a 3 osoby ve skupině „obezita“.

Rozhovory se sestrami byly vedeny v prostorách, které zaručovaly soukromí a klidné zázemí. Časový interval byl individuálně domluven s každou jednotlivou sestrou s ohledem na jejich pracovní vytíženost. V úvodu rozhovorů s pacienty proběhlo představení se, dalším krokem bylo sdělení účelu rozhovoru a samozřejmě zajištění klidného a nerušeného zázemí. Rozhovory se souhlasícími pacienty byly situovány do odpoledních hodin, aby nebyl narušen jejich rehabilitační program.

Při výzkumném šetření byla zachována anonymita dotazovaných, kteří vyjádřili svůj souhlas se zveřejněním získaných informací v diplomové práci.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Případová studie – obézní pacient

ANAMNÉZA:

Identifikační údaje:

- muž, narozen 1957 (61 let)
- bydlí v okrese Příbram
- pojišťovna 207
- výška: 170 cm
- váha: 107 kg
- BMI: 37 kg/m²

Rodinná anamnéza:

- otec zemřel na CMP, matka je naživu – DM 2. typu
- sestra prodělala CMP

Osobní anamnéza:

- prodělal běžné dětské nemoci
- Diabetes mellitus II. typu na inzulínu
- Hypertenzní nemoc
- Chronická obstrukční plicní nemoc II. stupně
- Dyslipidemie
- Artróza ručních a kolenních kloubů

Sociální anamnéza:

- je ženatý, má 3 děti (2 dcery a syna)
- pozitivní rodinné zázemí
- bydlí s manželkou v rodinném domě, dcera bydlí ve stejné vesnici, druhé děti je pravidelně navštěvují

Pracovní anamnéza:

- pacient má částečný invalidní důchod
- předtím pracoval v kamenolomu

Alergická anamnéza:

- seno

Abúzus:

- alkohol požíval příležitostně, udává 1 – 2 piva za měsíc
- nekouří přibližně 1 rok, předtím kouřil od 20 let cca 6 – 7 cigaret/den

Farmakologická anamnéza:

- | | |
|----------------------------------|----------------------|
| • Novorapid | 20 – 18 – 16 j. s.c. |
| • Lantus | 0 – 0 – 0 j. s.c. |
| • Dasselta 5 mg | 1 – 0 – 0 tbl. |
| • Urorec 4 mg | 0 – 0 – 1 tbl. |
| • Rosucard 40 mg | 0 – 0 – 1 tbl. |
| • Prestarium neo combi 5/1,25 mg | 1 – 0 – 0 tbl. |
| • Siofor 500 mg | 0 – 1 – 0 tbl. |

Diagnostický souhrn:

- I 63.3 Ischemická cévní mozková příhoda s dysartrií, neglect syndromem, levostrannou těžkou hemiparézou až hemioplegií, centrální paréza n. VII vlevo
- E 11.9 Diabetes mellitus 2. typu bez komplikací
- I 10 Esenciální hypertenze
- E 78.5 Hyperlipidemie NS
- J 44.9 Chronická obstrukční plicní nemoc NS
- Obezita
- Polyartroza

POPIS PŘÍPADU OD DIAGNOSTIKY PO SOUČASNOST

Diagnostika nemoci:

Pacient doma po usednutí ke stolu cítil, jak mu polovina těla ochabuje, nemohl mluvit a hýbat levou polovinou těla. Manželka přivolala RZS, která odvezla pacienta do Písku na iktové centrum, kde provedli vstupní CT vyšetření, které prokázalo ischemii v povodí ACM vpravo a CTAG neprokázalo hemodynamicky významné stenózy.

Z tohoto důvodu byla provedena intravenózní trombolýza. Při kontrolním CT mozku byly nalezeno několik nových ischemických změn v povodí ACA vpravo. Antiagregační terapie změněna na Clopidogrel, dále byla navýšena dávka statinu. Klinicky byl pacient při vědomí, bez fatické poruchy, pouze porušená artikulace. Na levé straně diagnostikována centrální paréza nervu VII (nervus facialis), levostranná těžká hemiparéza až plegie. Poté byl hospitalizován na neurologickém oddělení Nemocnice Písek, kde probíhala kontrola laboratorních nálezů včetně pravidelných glykemických profilů, pravidelná kontrola TK. Bylo doplněno TTE vyšetření, které prokázalo hypertrofii LKS bez dilatace, EF 65% a lehkou mitrální regurgitaci (1. stupeň). Rovněž probíhala rehabilitační péče, zejména LTV na lůžku k posilování svalstva. Na přání rodiny byl pacient přeložen k další rehabilitaci do Nemocnice Horažďovice.

Příjem do NNP LDN (6. 12. 2017):

Pacient byl při přijetí při vědomí, spolupracující. Komunikace byla poznamenána porušenou artikulací, pacient šeptal. Byl orientovaný osobou, místem a situací, pouze časem vůbec ne. Pacient byl bez klidové dušnosti, jen vykazoval prodloužené expirium. Pokožka měla normální kožní kolorit, bez dekubitů, hydratovaná. Nebyl schopen se sám posadit, nebyl schopen stoje ani chůze z důvodu těžké levostranné hemiparézy až plegie. Pacient je obézní – BMI 37 kg/m². Byla naměřena hodnota krevního tlaku 130/80 mmHg, hodnota pulsu byla 85/min. Dolní končetiny bez otoků, s varixy menšího stupně. Levostranné končetiny jsou těžce hemipareticky postižené až hemiplegické. Na levé horní končetině je naznačený pohyb palce. Levou dolní končetinu bez náznaku pohybu, semiflekční držení v zevní rotaci. PMK byl zrušen dnes v den překlada, pacient močí do inkontinentních pomůcek, anální svěrače ovládá.

Farmakoterapie:

- | | |
|-----------------------|-----------|
| • Dasselta 5 mg tbl. | 1 – 0 – 0 |
| • Citalec 20 mg tbl. | 1 – 0 – 0 |
| • Trombec 75 mg tbl. | 1 – 0 – 0 |
| • Urorec 4 mg cps. | 0 – 0 – 1 |
| • Rosucard 40 mg tbl. | 0 – 0 – 1 |

- Prestarium neo combi 5/1,25 mg tbl. 1 – 0 – 0
- Siofor 500 mg tbl. 0 – 1 – 0
- Novorapid Flexpen j. s.c. 20 – 18 – 16
- Abasaglar j.s.c. 0 – 0 – 0 – 20
- Zibor 3500 j. s.c. 0 – 0 – 1
- Ataralgin tbl při bolesti končetin a kloubů, maximálně 3 x 1 tbl denně

Ošetřovatelská anamnéza: 6. 12. 2017

- ADL test: 35 bodů (vysoce závislý pacient)
- Riziko vzniku dekubitů: 23 bodů (riziko vzniká při skóre < 25)
- Riziko pádu: 4 body (riziko vzniká při skóre 3 a více)
- Škála bolesti: VAS 4

Průběh hospitalizace 6. 12. 2017 - 6. 1. 2018:

Mobilita:

Není schopen stabilního sedu, nevydrží ani sedět vypočtený polohovacími pomůckami. Na lůžku je pravidelně polohován, podkládány paretické až plegické končetiny v rámci prevence dekubitů. V rámci rehabilitační péče trénuje sed v křesle na krátký čas. Je přesazován na toaletní křeslo v rámci defekace, což pacient ovládá. Sed nesměl být zpočátku dlouhodobý z důvodu rizika pádu. Svalstvo DK posiluje pomocí motomedu pro ležící osoby, který je pacientovi přikládán v lůžku. Rovněž probíhá cvičení na lůžku z důvodu posilování posturálních svalů pod dohledem fyzioterapeutů. Na levé dolní končetině je přítomen spasmus, který bude výhodou při nácviu stoje a budoucí chůze v cirkumdukci. DK je polohována v dorzální flexi, korigován equinus

Hygienická péče:

Hygienickou péči nezvládá, ani celkovou koupel neprovede.

Vyprazdňování:

Vyprazdňování moči i stolice pacient nezvládá, vyprazdňování probíhá do inkontinentních pomůcek, jejichž výměnu zajišťuje ošetřující personál. Pacient neovládá svěrače.

Stravování:

. Pacient se snaží jíst sám, ale potřebuje pomoc ošetřujícího personálu z důvodu parézy lícního nervu, neboť dochází k vytékání a vypadávání stravy z ústní dutiny. Tekutiny jsou podávány pomocí lahvičky na pití nebo brčka s důslednou kontrolou polykání. Strava musí být upravena podle potřeb pacienta, hlavně tužší kousky stravy musí být na velmi malé kousky až mleté maso. Pro zlepšení pacientova komfortu při přijímání potravy je tejpována levá polovina tváře. Pacient tuto terapii snáší dobře, komplikací je růst vousů.

Průběh hospitalizace 7. 1. 2018 - 6. 2. 2018:

Mobilita:

Pacient stále není schopen chůze ani s pomůckami, stoj je velmi obtížný za pomoci dvou osob, jelikož pacient nedokáže udržet svoje tělo, které je ochrnuté na levou stranu. Sed v křesle zvládne, ale s přesunem potřebuje pomoci. S pomocí ošetřujícího personálu, jednoho sanitáře a fyzioterapeuta probíhá nácvik sedu v lůžku, čas sedu postupně prodlužujeme. Nadále probíhá posilování svalstva dolních končetin prostřednictvím motomedu pro ležící pacienty v lůžku. Po zvládnutí stabilního sedu a zvládnutí chůze v chodítku začíná pacient procvičovat svalové skupiny končetin na motomedu vsedě na chodbě.

Hygienická péče:

Hygienická péče je prováděna ošetřujícím personálem, pacient si dokáže umýt pouze obličej a levou stranu horní poloviny těla. Celková koupel je prováděna zdravotníky v koupelně na toaletním křesle.

Vyprazdňování:

Pacient nadále močí do inkontinentních pomůcek, močovou láhev nezvládá. Stolicí dokáže udržet, pomocí signalizačního zařízení přivolá ošetřující personál, s jehož pomocí je přesunut na toaletní křeslo a zavezen na toaletu. Hygienickou péči po vyprazdňování provádí opět ošetřující personál.

Stravování:

Strava je upravena dle stavu pacienta i jeho chrupu. Komfort pacienta je nadále zvyšován pravidelným tejpováním levé strany obličeje. Tím došlo k mírnému

zlepšení při přijímání potravy a tekutin, již nedochází k vytékání či vypadávání stravy z dutiny ústní.

Komfort:

Probíhá logopedická péče, řeč je narušena poruchou artikulace, přesto je pacientovi rozumět, jen je nutný trpělivý a povzbuzující přístup. Pokožka je bez dekubitů. V rámci lůžka je motivován k samostatné změně polohy. Manželka spolupracuje s fyzioterapeuty i s ošetřujícím personálem. Při svých návštěvách motivuje pacienta k aktivitě, procvičuje s ním logopedická cvičení.

Průběh hospitalizace 7. 2. 2018 - 6. 3. 2018

Mobilita:

Pacient vydrží sedět v křesle i na lůžku. S přesunem mimo lůžko potřebuje pomoc druhé osoby, zejména sanitářů. Je pravidelně posazován na invalidní vozík, který je uzpůsobený na ovládání jednou rukou, a trénuje jízdu po chodbě. Stále probíhá nácvik stabilního stoje za pomoci pultového chodítka, chůze však není možná z důvodu levostranné hemiplegie, přesto pacient dokáže udržet se v stoji za pomoci rehabilitačních pomůcek stále delší dobu.

Hygienická péče:

Hygienická péče je nadále zajišťována ošetřujícím personálem, pacient spolupracuje v rámci svých možností (dokáže si umýt obličej, levou horní polovinu těla a provést hygienu chrupu). K provádění hygienické péče potřebuje připravit všechny potřebné pomůcky.

Vyprazdňování:

Spontánně močí na toaletní křeslo či do inkontinentních pomůcek. Vyprázdnění stolice probíhá na toaletním křesle, kam je přesazen a následně zavezen na toaletu.

Stravování:

Paréza lícního nervu se výrazně zlepšila, pacient již dokáže samostatně jíst pravou rukou, strava musí být uzpůsobena a připravena. Tekutiny přijímá samostatně, lahevku s pitím si dokáže sám podat z nočního stolečku.

Komfort:

Pokožka je hydratovaná, bez známek dekubitů. Péče o pokožku v rámci prevence opruzenin je prováděna ošetřujícím personálem. Komunikace je rovněž zlepšena, pacient mluví pomalu, tiše, ale se zřetelnější artikulací.

Sociální situace:

Pacient je ženatý, manželka ho podporuje a pomáhá mu vyrovnat se s danou situací. Počítá s péčí o manžela v domácím prostředí, proto s dětmi upravují bydlení na bezbariérové, aby mohl být pacient propuštěn do domácí péče. Ještě uvažují o rehabilitačním ústavu, zda by ještě nedošlo ke zlepšení mobility. Samozřejmě jsou informováni i možnostech umístění v ústavu sociální péče, ale to prozatím odmítají. Chtějí zkusit domácí péči z důvodu další motivace pacienta k rehabilitaci. Uvažují i o možnosti výpomoci pečovatelské služby, kterou mají v místě bydliště. Dne 12. 3. 2018 byl pacient propuštěn do domácí péče.

Subjektivní hodnocení situace pacientem:

Zpočátku pacient odmítal hovořit o své příhodě, která jej upoutala na lůžko. „*Je to hrozně těžký o tom mluvit, bylo to hrozně náhlý a rychlý. Manželka mi zachránila život.*“ Těmito slovy hodnotil svoji situaci pacient na začátku hospitalizace. „*Žena mě pravidelně navštěvuje a domlouvá mi, abych cvičil podle rehabilitačních sester, aby se to zlepšilo a mohl jsem se vrátit domů.*“ Jenže přes veškerou rehabilitační péči nedochází k příliš velkému pokroku. Pacient vydrží sedět, do křesla však potřebuje pomoci přesunout. Sám to nezvládne. I při vstávání z lůžka potřebuje značnou pomoc druhé osoby. „*Myslel jsem, že to půjde rychleji. Snažím se cvičit podle toho, jak mi to rehabilitační sestra říká. Ale jde to velmi pomalu.*“ Pacient se udrží ve stoji za pomoci druhé osoby a rehabilitačních pomůcek, ovšem chůze není možná z důvodu oslabených posturálních svalů, které těžké tělo neudrží vzpřímené. „*Jsem zklamaný z toho, že mi nejde ta chůze. Sice mě vysazují na vozík, abych se učil jezdit a dostal se ven z pokoje. Ale přece jen, chození je chození.*“ Přesto, že pacient zvládá jízdu na invalidním vozíku přizpůsobeném na ovládání jednou rukou, stále vykazuje snahu o nácvik chůze. Je limitován i svojí hmotností, která ztěžuje rehabilitační péči, kdy je zapotřebí stále dvou silných sanitářů a fyzioterapeuta. „*Vím, že je problémem moje tloušťka,*

ale nemůžu si pomoci. Paní doktorka mi doporučila dietu na hubnutí, ale já mám hlad a nedá se to vydržet. Byl jsem celý život zvyklý jíst docela dost. Vždyť jsem dřel v lomu, a to jsem potřeboval sílu.“ Svalstvo dolních končetin bylo nadále posilováno cvičením na lůžku a pomocí motomedu, který již pacient zvládá vsedě na mechanickém invalidním vozíku.

Hodnocení situace pacienta zdravotnickým personálem:

Pacient byl od počátku hospitalizace odkázaný na komplexní ošetrovatelskou péči. Na lůžku byl polohován personálem, potřeboval dopomoc při sedu, nedokázal sedět v křesle delší dobu, protože ho velmi omezovala těžká levostranná hemiparéza, která hraničila s hemiplegií. Přesuny mimo lůžko zvládl pouze za pomoci zdravotnického personálu, chůze nebyla možná. Postupně pravidelným posilováním svalstva došlo ke zlepšení sedu, pacient pomohl při přesunech mimo lůžko. Pouze chůze byla limitována těžkým postižením levé dolní končetiny. Pacient zvládl stoj u lůžka za pomoci druhých osob a rehabilitační pomůcek. Byla doporučena jízda na invalidním vozíku, který je možno ovládat jednou rukou. Za asistence ergoterapeuta probíhá nácvik samostatného přesezení na invalidní vozík nebo s dopomocí. Komplikací je pacientova obezita, kdy pacient se neudrží, potřebuje na přesun pomoc od druhé, fyzicky velmi zdatné osoby. Přesto pacient nadále trénoval stabilní stoj a věřil, že se mu povede nacvičit i chůzi. V oblasti komunikace došlo také k posunu. Přes počáteční poruchu artikulace došlo k úpravě řeči, která je tichá, ale srozumitelná. Paréza lícního nervu byla rehabilitačními technikami rovněž zlepšena. Počáteční problémy s polykáním stravy odezněly, strava byla přizpůsobena stavu a možnostem pacienta.

4.2 Případová studie – pacient s normální hmotností

ANAMNÉZA:

Identifikační údaje:

- muž, narozen 1952 (65 let)
- bydlí v okrese Domažlice
- pojišťovna 201
- výška: 172 cm
- váha: 68 kg
- BMI: 23,1 kg/m²

Rodinná anamnéza:

- rodiče již nežijí, otec zemřel na infarkt myokardu, matka zemřela stářím
- má dva bratry a jednoho syna

Osobní anamnéza:

- prodělal běžné dětské nemoci
- v současnosti se s ničím neléčí, operace 0, není nikde dispenzarizován
- úrazy – před několika týdny prodělal kontuzi lebky při pádu, ošetření nikde nevyhledal

Sociální anamnéza:

- je rozvedený, žije sám v rodinném domě
- má syna, se kterým neudrhuje žádné kontakty
- velmi dobré vztahy má se svými dvěma bratry

Pracovní anamnéza:

- pacient je ve starobním důchodu, předtím pracoval jako dělník

Alergická anamnéza:

- negativní

Abúzus:

- alkohol požíval příležitostně, je kuřákem, omamné látky nejuje

Farmakologická anamnéza:

- pravidelně neužívá žádné léky

Diagnostický souhrn:

- I 63.5 Subakutní iktus v pravém karotickém povodí s levostrannou hemiplegií, dysartrií
- I 25.9 Ischemická choroba srdeční
- I 11.9 Arteriální hypertenze léčená
- L 89.2 Dekubitus levé hýždě II stupně a levé kyčelní oblasti III. stupně
- Stav po popálenině 1. prstu pravé horní končetiny III. stupně
- Fraktura diafýzy humeru vlevo staršího data
- Hypokalémie
- Stav po bronchopneumonii
- G 23.9 Suspektně tuberkulózní skleroza

POPIS PŘÍPADU OD DIAGNOSTIKY PO SOUČASNOST

Diagnostika nemoci:

Pacient byl nalezen ležící doma na zemi. Sousedé zavolali pomoc, protože již nevycházel několik dní z domu. Pan J. Byl pomočený, téměř nekomunikoval. RZS převezla pacienta na příjem do Klatovské nemocnice, kde byl hospitalizován na neurologickém oddělení od 3. 11. do 10. 11. 2017. Bylo provedeno CT nativní vyšetření mozku, provedeno RDG plic a levé paže, základní laboratoř. Při příjmu byl pacient při vědomí, lucidní, částečně orientovaný. Snažil se spolupracovat. Bez dušnosti, bez cyanózy a ikteru, přiměřeného vzhledu a stavu výživy s normálním kožním koloritem. Levostranné končetiny byly oslabené, pacient nebyl schopen stoje ani chůze. Na levé HK nebyl schopen provést stisk ruky. Na palci pravé HK směrem k meziprstí měl pacient suchou nekrózu, velikosti cca 7x3 cm, bez známek infekce, bez zarudnutí a otoku, zřejmě stav po popálenině. Příčinu nelze validně zjistit. Na levé hýždě byl zjištěn dekubitus II. stupně o velikosti cca 3x3 cm a na levém boku dekubitus III. stupně o velikosti 2x1 cm. V rámci hospitalizace byly dekubity i nekróza na palci ošetřeny na chirurgii s pravidelnými převazy na neurologickém oddělení. Laboratorně bylo zvýšeno CRP (57,6) a leukocyty (10,39 x 10⁹/l) v důsledku hypostatické bronchopneumonie. Po ATB terapii došlo k poklesu zánětlivých parametrů. Byla

aplikována infuzní terapie, nízkomolekulární hepariny, antitrombotika. Osmý den hospitalizace byl pacient ošetřen na chirurgii z důvodu otoku levé paže, kde byla na RDG zjištěna fraktura diafýzy humeru, která je staršího data a hojí se ve zkratu a rotaci. Dle pacienta upadl před 3 měsíci a ošetření nikde nevyhledal. Bolest pacient nekuje, na končetině je možný pasivní volný pohyb v lokti a rameni, jinak je končetina plegická. Zvolen konzervativní postup vzhledem k celkovému stavu a čerstvě prodělané CMP. Osmý den hospitalizace byl pacient přeložen do Nemocnice následné péče LDN Horažďovice za účelem další terapie, ošetrovatelské péče a rehabilitaci.

Příjem do NNP LDN (10. 11. 2017):

Při přijetí byl pacient při vědomí, snažil se spolupracovat, slovní kontakt byl omezený v důsledku afázie, řeč byla dysartrická. Pacient byl částečně orientovaný osobou, místem a časem. Nebyl schopen se sám posadit, nebyl schopen stoje ani chůze z důvodu levostranné hemiplegie. Měl zavedený permanentní močový katétr. Na levou horní končetinu měl přiloženou Desault ortézu z důvodu poranění levé paže při pádu před 3 měsíci. Na palci PHK měl suchou nekrózu velikosti 7x3 cm, rána bez zarudnutí, otoku. Dolní končetiny bez otoků, s chronickými trofickými kožními defekty a hyperkeratózami. Hodnota tlaku krve měla hodnotu 167/85 mmHg, hodnota pulsu byla 69/min.

Farmakoterapie:

- | | |
|------------------------------|---------------------|
| • Augmentin 1 g tbl | ā 8 hodin (10. den) |
| • Pantomyl 40 mg tbl nalačno | 1 – 0 – 0 |
| • Trombex 75 mg tbl | 0 – 0 – 1 |
| • Furon 40 mg tbl | 1 – 0 – 0 |
| • Mucosolvan roztok ml | 4 – 4 – 4 |
| • Zibor 3500 j. s.c. | 0 – 0 – 1 |

Ošetrovatelská anamnéza: 10. 11. 2017

- | | |
|---------------------------|---|
| • ADL test: | 0 bodů (vysoce závislý pacient) |
| • Riziko vzniku dekubitů: | 16 bodů (riziko vzniká při skóre < 25) |
| • Riziko pádu: | 5 bodů (riziko vzniká při skóre 3 a více) |

- Škála bolesti: 0 bodů
- Stav kůže: levá hýždě → dekubitus II. stupně (3x3 cm)
levý bok → dekubitus III. stupně (2x1 cm)
palec PHK → defekt 7x3 cm (suchá nekróza)
provedena fotodokumentace
- PMK č. 16/5ml → zaveden 3. 11. 2017

Průběh hospitalizace 10. 11. 2017 - 10. 12. 2017:

Mobilita:

Pacient byl při přijetí vysoce závislý na péči druhých osob, nebyl schopen samostatného posazení ani stoje či chůze. Pacient byl odkázán na komplexní ošetrovatelskou péči, nebyl schopen sám se posadit, ale sedět vydržel. Stoj ani chůzi samostatně nezvládá. Během dne trénoval sed na lůžku, s fyzioterapeutem a jedním sanitářem trénoval stabilní stoj v pultovém chodítku u lůžka. Rehabilitační metody založené na neurofyziologickém podkladě, byly zaměřeny na aktivizaci, posílení svalové síly a logopedii

Hygienická péče:

Dopomoc potřeboval při hygienické péči a celkové koupeli. Postupně vykazoval aktivní snahu o zapojení do hygienické péče, po přípravě pomůcek si dokázal umýt jednou rukou obličej, dopomáhal při celkové koupeli.

Stravování:

Zpočátku byl pacient krmen kašovitou stravou. Pro snahu spolupracovat byla výživa změněna na racionální dietu s mletým masem. Pacient se snažil postupně sám jíst, bylo nutné dohlížet na celkový příjem. Tekutiny byly aktivně nabízeny a podávány.

Vylučování:

Pacient má zavedený PMK, který odvádí čistou moč.

Komfort:

Prováděny pravidelné převazy dekubitů a rány na palci PHK dle ordinace lékaře. Bolesti pacient neudával

Průběh hospitalizace 11. 12. 2017 - 10. 1. 2018:

Mobilita:

Pacient aktivně rehabilitoval a zapojoval se do běžných denních činností podle svých možností. Dokázal již sedět bez opory, do sedu na lůžku se dostal s pomocí jedné osoby, která ho přidržela za končetinu, a postupně se pokoušel posazovat sám. Při přisedání na toaletní křeslo aktivně pomáhal, potřeboval pomoc při vstávání z lůžka. V rehabilitaci pokračoval nácvik chůze v pultovém chodítku za pomoci druhé osoby. Dále pacient posiloval svalstvo dolních končetin pomocí motomedu na chodbě, na který byl personálem doveden.

Hygienická péče:

Při hygieně si dokázal umýt zdravou rukou obličej i tu část těla, kam dosáhl. Při celkové koupeli rovněž pomáhal personálu.

Vyprazdňování:

Stále měl zavedený PMK, na stolicí si dokázal přivolat personál, s jeho pomocí přisedl na toaletní křeslo a byl zavezen na toaletu. Koncem roku, když byl čas na výměnu PMK, byl učiněn pokus o spontánní močení. Pacient močil do inkontinentních pomůcek, které byly pravidelně měněny.

Stravování:

Strava byla přizpůsobena stavu chrupu pacienta (mleté maso) i jeho levostrannému postižení horní končetiny, pacient dokázal jíst sám lžící.

Komfort:

Logopedie byla ukončena, pacient mluvil, jeho mluva byla rychlá a hůře srozumitelná. Byl zvyklý mluvit rychle již před příhodou. Pacient rozumí dobře mluvenému slovu, nemá potíže s vybavením slov. Dekubity byly zhojeny, pouze se prováděl převaz palce pravé HK. Na chirurgické ambulanci došlo ke snesení nekrózy, rána byla čistá, pravidelně převazována. Pacienta neomezovala v nácviku sebezpečí ani při rehabilitaci.

Průběh hospitalizace 11. 1. 2018 - 10. 2. 2018:

Mobilita:

Pacient dokáže sám vstát z lůžka, musí mít jen dohled a popřípadě podat ruku ke stabilizaci stoje. Sám přisedne na židli či na toaletní křeslo. Chůzi trénuje

v doprovodu jedné osoby s pomocí čtyřbodového chodítka do jedné ruky. Z důvodu mírného postižení levé dolní končetiny, kterou pacient při chůzi nedokázal plně dotáhnout do kroku, a hrozilo nebezpečí pádu, byla pacientovi dána peronální páska. Pod vedením fyzioterapeutů pravidelně probíhá cvičení zaměřené na posílení svalstva, udržení celkové kondice a aktivizace pacienta.

Hygienická péče:

Osobní hygienickou péči zvládá v rámci svých možností, potřebuje dopomoci umýt na zdravé straně těla v důsledku postižení levé HK. Celkovou koupel absolvuje pacient s personálem v koupelně, spolupracuje a snaží se o co největší soběstačnost.

Stravování:

Pít si dokáže sám podat ze stolečku, dokáže si podat i drobné pochoutky, které mu donesou jeho bratři. Jídlo již zvládá plně sám, dokáže si i namazat pečivo k snídani. Jen s ohledem na stav jeho chrupu má nadále mleté maso.

Vyprazdňování:

Močení probíhá do inkontinentních pomůcek či na toaletní křeslo, vylučování stolice plně ovládá.

Komfort:

Stále probíhá rehabilitační program s cílem nácviku chůze s čtyřbodovým chodítkem do jedné ruky za dohledu druhé osoby. Pacient dokáže přesehnout sám na židli či do křesla. Pacient rozumí mluvenému slovu, jeho mluva je rychlá, s personálem se domluví na všem, co potřebuje.

Sociální situace:

Pacient je rozvedený, se svou bývalou manželkou neudrží žádné kontakty. Z tohoto manželství má jednoho syna, se kterým se vůbec nestýká. Odmítá o něm hovořit, nechce ho ani vidět. Stejná situace nastává i na straně syna, protože v překladové zprávě byl uveden kontakt na syna. Lékařka volala synovi ohledně otce a řešení jeho sociální situace. Syn odmítl informace o otci, i jakoukoliv pomoc. Byli kontaktováni bratři pacienta, kteří projevíli zájem o řešení jeho sociální situace. Pravidelně ho navštěvovali, probírali s ním další vývoj i následné řešení. Pacient uznal, že již nemůže být sám doma, u bratrů bohužel bydlet nemůže, každý má svoji rodinu. Po dohodě s ošetřující lékařkou, dokumentační a sociální pracovníci podali žádosti

do různých ústavů sociální péče, které jim byli nabídnuty. Pacient byl 11. 2. 2018 přeložen do ústavu sociální péče v Plzni.

Subjektivní hodnocení situace pacientem:

Pacient pouze odmítal hovořit o své rodinné situaci, zejména o svých vztazích se synem. Považuje to za uzavřenou kapitolu. „*Už se mě na to neptejte.*“ byla jeho odpověď, když jsem se snažila zjistit jeho rodinnou situaci. Na druhou stranu má dobré vztahy se svými bratry, kteří mu pomohli zařídit umístění v ústavu sociální péče. Přes svoji bezprostřední povahu si pacient uvědomuje, že nemůže v současnosti bydlet úplně sám, bez pomoci, protože mu zůstalo postižení na levé horní končetině. Ta zůstala paretická, a k pohybu potřebuje také dopomoc druhé osoby. Sám pacient řekl: „*Já vím, že už se nevrátím domů, nemůžu tam být sám. Příště by to mohlo dopadnout daleko hůř. Taky by mě mohly najít mrtvého.*“ Bezprostřední povaha pacienta vedla k přizpůsobení se dané situaci. Jeho ochota spolupracovat s ošetřujícím personálem a snaha naučit se co nejvíce, mu dovolily opustit lůžko a pohybovat se s pomocí druhé osoby. „*Doufám, že tam se mnou budou taky cvičit, jsem moc rád, když můžu bejt mimo poste.*“ Tak pacient hodnotí fakt, že jeho pobyt na následné péči se blíží ke konci. Na otázku, jak hodnotí svůj pobyt u nás, říká: „*Jsem moc rád, že jsem se sem dostal. I když to tak nevypadalo, přece jen se můžu opustit postel, i když potřebuju malou pomoc.*“ Pacient dokáže samostatně stabilně sedět, dokáže se s malou pomocí přesunout mimo lůžko i chodit s oporou druhé osoby a pomůcky na chůzi. V rámci lůžka je značně samostatný, dokáže si číst noviny a časopisy vsedě na lůžku či v křesle. Sám si podá tekutiny i drobné pochutiny. Jídlo je schopen jíst samostatně. Při podávání snídaně nechce ani pomoci namazat pečivo. „*nechte mi to, já si to namažu sám*“, to je jeho odpověď na nabídku pomoci.

Hodnocení situace pacienta zdravotnickým personálem:

Pacient byl přes svůj stav a postižení od počátku hospitalizace velmi snaživý a ochotný spolupracovat. Přestože při příjmu byla u pacienta zjištěna pomocí ADL testu vysoká závislost, došlo během hospitalizace na následné péči ke zlepšení pacienta – ADL 55 bodů, což znamená lehkou závislost. Pacient dokáže s malou pomocí přesednout na židli, křeslo či toaletní židli, kde vydrží stabilně sedět. Osobní hygienu

provede částečně sám a částečně s dopomocí. Celková koupel je provedena ošetřujícím personálem ve spolupráci s pacientem. Příjem tekutin zvládá pacient samostatně, strava musí být upravena z důvodu levostranné hemiplegie horní končetiny. Pacient dokáže chodit po chodbě v doprovodu druhé osoby za pomoci čtyřbodového chodítka do jedné ruky. Pravidelným cvičením na motomedu posiluje svalstvo dolních končetin a tím udržuje stávající kondici. Pacient je v dobré psychické pohodě, jeho bezprostřední povaha mu umožnila přijmout svoji situaci v plné míře. Uvědomuje si, že je odkázán na pomoc a dohled druhé osoby. Proto podepsal žádosti na umístění do ústavů sociální péče, protože žil sám a s bývalou rodinou se nestýká. Dobré vztahy má se svými bratry, kteří jeho situaci řešili s pacientem samotným, s ošetřujícím lékařem i s dokumentačními a sociálními sestrami. Pacient si oblíbil i veškerý ošetřující personál včetně fyzioterapeutů, byl spontánní a těšil se na každého z nich. Proto i loučení při překladech bylo poznamenáno tímto vytvořeným poutem.

4.3 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty

Seznam kategorií

1. Dopad CMP
2. Mobilita
3. Hygienická péče
4. Vyprazdňování
5. Stravování
6. Obezita a zdravotní dopady
7. Obezita a soběstačnost
8. Sociální situace

Kategorie 1 – Dopad CMP

Dotaz, *jakým způsobem ovlivnila CMP Váš běžný život*, zodpověděli všichni pacienti slovy „*docela dost, hodně, moc, neskutečně moc*“. Většinu z nich zasáhla příhoda náhle, nečekaně, téměř z plného zdraví. Pacient P1 uvedl: „*večer jsem šel spát a ráno jsem nemohl vstát z postele*“. Náhlé vzplanutí příhody popisuje i pacientka P3:

„*najednou se mi udělalo špatně a padla jsem na zem*“. Také pacientka P6 uvedla náhlé zasažení příhodou, kdy měla vysoký krevní tlak a „*se mi začala točit hlava, upadla jsem, pozvracela jsem se. Když jsem procitla, tak jsem nemohla vůbec vstát*“. Bohužel pacientka žije sama a pomoc přišla až po šesti hodinách. Rovněž pacientovi P4 se náhle udělalo nevolno a ochabla mu polovina těla. Naštěstí byla přítomna manželka, která zavolala ihned pomoc.

Hlavní změnou je neschopnost samostatného pohybu a upoutání na lůžko. Pacient P2 doslova řekl: „*hodí vás to docela dost dozadu*“. Pacient P4 (obézní) konstatuje jako velmi bolestné svoji nemohoucnost, tedy upoutání na lůžko v důsledku CMP. Dalším ovlivňujícím kritériem je závislost na pomoci druhých osob. Pacient P4 doslova konstatoval: „*nemůžu se sám pohnout, jsem přivázaný k posteli, z té se dostanu ven, jen když mi někdo pomůže*.“ Omezení soběstačnosti, tedy schopnosti samostatného pohybu, samostatného provedení hygienické péče i vyprazdňování považují oslovení pacienti za velmi frustrující. Pouze pacient P7 přiznal svoji chybu v otálení s návštěvou lékaře, kdy jedno ráno nemohl téměř vstát z lůžka, dva dny odpočíval a potom padl na toaletě. Po procitnutí se stále necítil dobře, skoro deset dní popisuje nestabilitu při chůzi. Ani to ho nepřimělo obrátit se na lékařskou pomoc, až návštěva dcery ho dovedla k hospitalizaci.

Kategorie 2 – Mobilita

Všichni oslovení pacienti s obezitou vnímají omezení mobility v důsledku CMP jako velmi závažné. Jedná se zejména o stoj a chůzi, což vede k upoutání na lůžko. Jak uvedl pacient P4: „*nemůžu se skoro hýbat, protože neovládám půlku těla*“. Všichni čtyři obézní pacienti shodně uvádí, že nejsou schopni samostatně se posadit na lůžko a ani nezvládnou přesun z lůžka na židli či křeslo, i když u nich probíhá stanovený rehabilitační program. Dalším problémem je stoj, kdy tři pacienti nejsou schopni postavit se, pouze pacient P2 uvádí mírné zlepšení, kdy je schopen za pomoci druhé osoby se postavit. Nácvik chůze není zcela možný u dvou obézních pacientů (P3, P4), u pacienta P1 probíhá rehabilitace chůze, kterou sám pacient popisuje slovy „*mě zatím spíš tahají, protože mi to nejde*“. Pouze pacient P2 řekl: „*berou mě do pultového chodítka, protože se tam lepší zapřu a můžu se trochu pohybovat*.“

Naproti tomu pacienti s normální hmotností uvádí zlepšení hybnosti v důsledku rehabilitační péče. Pacient P5 uvádí pokrok od neschopnosti chůze až po současný pohyb s chodítkem do jedné ruky. Přesto se pacienti shodují v tom, že mozková příhoda ovlivnila jejich mobilitu značným způsobem, od upoutání na lůžko až po chůzi s kompenzačními pomůckami v rámci rehabilitační péče. Pacientka P6 uvádí: „*hlavně to chození, to mi nejde, nohy to nedají.*“ Přesto dokáže samostatně vstávat z lůžka a přeseďat na židli. Aktivizace pacienty probíhá s fyzioterapeuty a s pomůckami. Dva pacienti jsou schopni pohybu s pomůckami a pod dohledem druhé osoby, přičemž ještě trénují stabilitu. P5 si pochvaluje rehabilitaci v bazénu, kterou popisuje slovy: „*to mi dělá moc dobře, tam je to daleko snazší. A na ruku dostávám vířivku. To je taky super, potom mi tak nebolí.*“. Rovněž pacient P7 nadšeně vypráví o vodoléčbě: „*chodím do bazénu cvičit, a tam mi to jde úplně v pohodě.*“. Všichni oslovení pacienti s normální hmotností zvládají samostatný sed na lůžku, včetně přesunu na židli či křeslo, stejně tak i stoj. Pacient P7 dokonce zvládá chůzi do schodů pod dohledem fyzioterapeuta, pouze chůze ze schodů mu činí potíže, protože „*stále mi dělá problém ten pohled dolů, to špatně zvládám.*“

Přesto všichni oslovení pacienti vykazují snahu trénovat a rozvíčovat pohyblivost. Větší aktivitu vykazují pacienti s normální hmotností, kdy P5 dokáže samostatně trénovat vsedě na motomedu a P7 uvádí „*klidně už ráno v pět začnu cvičit s nohama na posteli a večer končím po osmé hodině.*“

Kategorie 3 – Hygienická péče

Obézní pacienti uvedli, že potřebují značnou pomoc při každodenní osobní hygieně od ošetřujícího personálu. V důsledku hemiparézy či hemiplegie zvládají pouze umytí obličeje, popřípadě poloviny těla, přesně řečeno „*kam dosáhnu zdravou rukou.*“. Samozřejmě potřebují připravit veškeré pomůcky. Celkovou koupel absolvují s ošetřujícím personálem v koupelně, kam jsou zavezeni na toaletních křeslech a zabezpečeni proti pádu. Přesto shodně uvedli, že se snaží pomoci v rámci svých možností, ať už se jedná o umytí či osušení. Přesto potřebují pomoc druhé osoby. P2 to okomentoval následovně: „*co dokážete jednou rukou?*“.

Pacienti s normální hmotností vykazují větší samostatnost v provádění hygienické péče. P7 provádí každodenní osobní hygienu i celkovou koupel zcela samostatně, i když

zpočátku potřeboval dopomoc od ošetřujícího personálu. Naproti tomu P5 uvádí zlepšení v této oblasti od počáteční celkové hygienické péče prováděné ošetřujícím personálem až po současnou mírnou dopomoc z důvodu levostranné hemiplegie. P6 a P8 potřebují pomoc s přesunem k umývadlu, kde provádí hygienu samostatně. Aktivní spolupráci při celkové koupeli uvedli dva pacienti (P6 a P8).

Kategorie 4 – Vyprazdňování

V oblasti vyprazdňování vykazují minimální dopad pouze dva pacienti s normální hmotností (P5 a P7), přestože z důvodu upoutání na lůžko používali pomůcky k vyprazdňování a pomoc ošetřujícího personálu. Po zlepšení hybnosti nyní provádí vyprazdňování samostatně na toaletě, kam jsou schopni dojít s kompenzační pomůckami. Pacientka č. 6 uvedla zvládnutí vyprazdňování slovy „*celkem dobře, mám tady u postele postavený to toaletní křeslo, tak si dokážu sama přesehnout*“. Ze skupiny pacientů s normální hmotností pouze P8 používá inkontinentní pomůcky na močení, zejména v nočních hodinách. V průběhu dne trénuje spontánní močení s pomocí ošetřujícího personálu. Vyprazdňování stolice zvládá na toaletě, kam ho ošetřující personál zaveze na toaletním křesle.

U obézních pacientů je dopad na oblast vyprazdňování větší, protože dva z oslovených pacientů (P3 a P4) jsou plně inkontinentní. Svoji potřebu vykonávají do inkontinentních pomůcek. Veškerou péči o vyprazdňování, včetně hygieny zajišťuje ošetřující personál. Pacient č. 4 na toto téma nejprve odpověděl: „*se úplně stydím mluvit o tom. Neudržím moč ani stolici*“. Přesto pravidelně trénuje nácvik spontánního vyprazdňování stolice za pomoci ošetřujícího personálu, což mu přináší lepší pocit. Pacient P1 zvládá vylučování stolice na toaletním křesle, se kterým je přemístěn na toaletu. Problémem je vylučování moči, které ho přimělo k užívání inkontinentních pomůcek. Aktivně trénuje nácvik vyprazdňování do močové láhve, ovšem zatím s nepatrným úspěchem, jelikož „*jednou rukou to nezvládám*“. Stejný problém popisuje i pacient P2 „*ta ruka mi prostě chybí*“.

Kategorie 5 – Stravování

Na otázku týkající se oblasti přijímání potravy a tekutin shodně odpověděli všichni pacienti s normální hmotností velmi pozitivně, tedy „*dokážu se sám najíst i napít*“.

Pacient P7 vykazuje největší soběstačnost v oblasti stravování, dokonce v současnosti dochází na jídlo do nemocniční jídelny. Svoji aktivitu okomentoval slovy „*když člověk chce, jde všechno*“. U pacienta P5 zpočátku dopomáhaly sestry s přípravou jídla, např. „*mi namazaly pečivo*“. Shodně s pacientem P8 potřebují mít připravené jídlo tak, aby se dalo sníst jednou rukou, zejména „*nakrájené maso na kostky*“.

Rovněž skupina oslovených pacientů s obezitou nemá problém s přijímáním potravy. Ovšem jsou limitováni postižením jedné končetiny, což se odráží v potřebě přípravy, která musí takto upravena. Jak konstatoval pacient P2: „*zvládnou to, co zvládnou jednou rukou*“. Menší problémy s příjmem tekutin shodně uvedli dva pacienti (P3 a P4). Patientka P3 odmítá tekutiny v souladu s diabetickou dietou. „*Mám ráda limonády, ale tady dostávám hořký čaj*“, což subjektivně považuje za problém. Naproti tomu je pro pacienta P4 problémem zhoršené polykání, které mu dělá problémy s příjmem tekutin. Jako problém uvedl obézní pacient P1: „*Chtěl bych větší porce, a to mi nechce dovolit doktor*“.

Kategorie 6 – Obezita a zdravotní dopady

Na otázku, zda považují pacienti obezitu za závažný zdravotní problém, odpověděli dva (P1 a P4): „*asi ano*“. Pacient P1 uvedl: „*jsem si to nikdy nepřipouštěl*“, i svůj zdravotní stav považoval za bezproblémový. Současná situace ho přinutila se zamyslet nad tímto tématem, přesto vyjadřuje názor, že své omezení může zlepšit snahou a cvičením. Pacient P4 uvádí omezení hybnosti z důvodu nadměrné hmotnosti, a vyjadřuje to slovy: „*nemůžu se unést*“. Oslovený pacient P2 nepovažuje svoji obezitu za problém ani za závažné zdravotní riziko. Patientka P3 rovněž nevnímá svoji obezitu jako problém. Svůj subjektivní názor vyjádřila slovy: „*já jsem celý život taková, jaká jsem a nikdy mi to nevadilo*“.

Kategorie 7 – Obezita a soběstačnost

Na otázku, zda obezita ovlivňovala život pacientů, odpověděli dva (P2 a P3) shodně, že podle jejich mínění „*ne*“. Dokonce pacientka P3 uvedla: „*já si nemyslím, že by mě to nějak ovlivnilo. Já jsem se cítila vždycky v pohodě, a to bylo pro mě důležité*“. Dotazovaný pacient P4 nevěděl, ani to nevnímá, protože byl zcela soběstačný. V současné době přiznává, že se nad tím zamýšlí, jelikož ho mozková

příhoda upoutala na lůžko a doslova řekl: „*když se něco stane, nemůžete nic, všichni vám říkají, že byste měl zhubnout, tak o tom začnete přemýšlet*“. Přesto nikdy obezitu neřešil, ani neměl potřebu se tímto tématem zabývat. Rovněž ostatní dotazovaní pacienti s obezitou neměli nikdy potřebu svoji hmotnost řešit, ani s odbornou pomocí, i když jim byla nabízena. Teprve závažné zdravotní komplikace CMP, které je omezují v běžných denních aktivitách, donutily oslovené pacienty k zamyšlení nad jejich obezitou z hlediska limitace soběstačnosti.

Na dotaz, zda obezita ztěžuje léčbu, rehabilitaci či návrat do běžného života, odpověděli všichni dotazovaní pacienti s obezitou, že o tom přemýšlejí a „*asi ano, možná ano*“. Největší problém shledávají v omezení pohyblivosti, a tím limitování v oblasti rehabilitace, „*více se nadřu, když cvičím, když vstávám*“. Pacient P3 uvedl, že s pohybem souvisí i ostatní činnosti, které zdravý člověk vykonává automaticky a příliš o nich nepřemýšlí. Kdežto člověk odkázaný na pomoc druhých osob v důsledku tělesného omezení, vidí daný problém v jiných souvislostech. Také pacient P4 řekl: „*snáz bych se mohl hejbat, i když nemůžu na jednu stranu. Takhle to svoje tělo neutáhnu*“.

Dotazováním pacientů na porovnání pomoci ošetřujícího personálu v souvislosti s obezitou daných pacientů, odpověděli shodně tři pacienti (P1, P3 a P4) v pozitivním smyslu. Shodli se na snadnější pohyblivosti, a s tím související větší samostatnost, ať už v oblasti hygieny, vyprazdňování i mobility. Pacientka P3 to komentovala slovy: „*to ostatní souvisí právě s tím pohybem. Pokud se nehejbate, potom se těžko umyjete nebo oblečete*“. Pouze pacient P2 odkázal na ošetřující personál, neboť „*já jsem s tím nikdy problém neměl*“. Přesto projevuje touhu po intenzivnější rehabilitaci z důvodu snadnějšího pohybu a návratu do domácího prostředí. Oslovený pacient P1 srovnával svoji potřebu pomoci druhé osoby a obezitu s jiným pacientem, který byl hubený, a přesto potřeboval komplexní ošetřovatelskou péči.

Kategorie 8 – Sociální situace

Všichni dotazovaní pacienti s výjimkou pacienta P8 shodně projevíli přání navrátit se zpátky do svých domovů. Pacient P8 vnímá svoji situaci realisticky: „*já žiju sám. Jsem rozvedený, synové žijí se svými rodinami daleko a moc se nestýkáme*“. Na doporučení lékaře a sociálních sester přijal nabídku umístění v domovech

pro seniory, kdy mu vlastní sestra a dokumentační sestra pomáhají s vyřízením. Stejně vnímá svoji situaci i pacientka P3, která projevuje přání vrátit se do domácího prostředí, ale připouští i možnost přemístění do jiného zařízení po dohodě s vlastními dětmi, což okomentovala slovy: „*to záleží na tom, co dokážu*“. Celkem pět dotazovaných pacientů (P1, P4, P5, P6, P7) předpokládá návrat do svého domova, kdy pacient P1 má značnou oporu ve své manželce. Pacient P4 má rovněž oporu ve své manželce, ale poukazuje na problém přístupu do vlastního domu. Řeší tuto situaci společně s dětmi, projevuje snahu o intenzivní rehabilitaci, umístění v sociálním zařízení odmítá. Rovněž pacient P5 intenzivně rehabilituje z důvodu návratu do domácího prostředí. O svém návratu do domova uvažuje i oslovená pacientka P6, která přestože žije sama, má oporu a pomoc ve svém bratrovi a jeho manželce, kteří bydlí velmi blízko. Pacientovi P7 ještě zařizuje dcera pobyt v rehabilitačním ústavu, aby se mohl navrátit domů, kde žije sám. Rovněž pacient P2 uvažuje o rehabilitačním ústavu či možnosti rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta v domácím prostředí.

4.4 Kategorizace výsledků z rozhovorů s všeobecnými sestrami

Seznam kategorií

1. Subjektivní hodnocení péče po CMP
2. Specifikace ošetrovatelské péče po CMP
3. Hygienická péče
4. Stravování
5. Vyprazdňování
6. Obézní versus pacienti s normální hmotností
7. Mobilita
8. Náročnost péče

Kategorie 1 – Subjektivní hodnocení péče po CMP

Většina oslovených sester hodnotila ošetrovatelskou péči o pacienty po CMP jako náročnou práci, jak po stránce fyzické, tak i psychické. Sestra S3 uvedla: „*jedná se o náročnou, většinou dlouhodobou péči, která vyžaduje čas a trpělivost*“. Stejný názor

projevila i sestra S5, která dodala: „jde o velmi náročnou práci, která vyžaduje velmi empatii, trpělivosti a vstřícnosti od celého ošetrovatelského týmu, protože je to dlouhodobá záležitost“. V důsledku dlouhodobého ošetřování pacientů dochází k vytvoření vzájemných vztahových vazeb, které kladně hodnotila sestra S4 slovy: „se určitě pozitivně odráží v jejich aktivitě a snaze“. Samozřejmě se náročnost ošetrovatelské péče o pacienty této kategorie liší dle stupně a závažnosti postižení, na čemž se shodly všechny oslovené sestry.

Sestra S6 zmínila důležitost specifického přístupu k jednotlivým pacientům, což potvrdila i sestra S2 s odůvodněním, že „každý pacient se chová jinak a potřebuje jiný přístup“. Psychický stav pacientů po CMP zmínila i dotazovaná sestra S8, protože je dané onemocnění a hlavně následky vyřadí téměř z běžného života, což se projeví závislostí na pomoci a podpoře druhých osob. Na závažnost psychického stavu poukázala i sestra S10, jež zmínila náročnost běžných aktivit nemocného člověka ve srovnání se zdravým člověkem.

Psychickou náročnost péče zdůraznily shodně dvě sestry (S1 a S6), zejména pokud se jedná o mladší věkové kategorie. Ovšem na druhou stranu konstatuje sestra S6: „mladší ročníky mají větší chuť rehabilitovat a spolupracovat“. Pokud se podaří navrátit pacienta do běžného života, považuje to sestra č. 5 za příjemné, i když dodává: „bez aktivity a spolupráce pacienta nic nedokážeme“.

V hodnocení ošetrovatelské péče o pacienty po CMP poukázaly sestry i na nedostatek personálního obsazení i mnohdy nedostatečné vybavení vhodnými pomůckami, které usnadňují práci celému zdravotnímu týmu, zvláště o obézní pacienty. Vždyť péče o pacienty je týmovou záležitostí, jak zmínila sestra S3, do které jsou „začleněny zdravotní sestry, lékaři, ošetrovatelky, fyzioterapeuti, logoped, ergoterapeutky, sociální pracovníci, psycholog,...“.

Kategorie 2 – Specifikace ošetrovatelské péče po CMP

Z výpovědí oslovených všeobecných sester vyplývá, že ošetrovatelská péče o pacienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, se odvíjí od míry závažnosti a stupně postižení daného jedince. „Je to od úplné ošetrovatelské péče až po určitou formu dopomoci při sebeobsluze“, tak specifikovala péči sestra S2. Stejný názor vyjádřilo celkem pět oslovených sester (S1, S5, S7, S9 a S11). Záleží na rozsahu

následků CMP, které určí, zda dotyčný pacient potřebuje jen dohled nad prováděním sebeobsluhy a běžných denních činnostech, nebo potřebuje dopomoc menšího či většího charakteru. Nebo je potřeba komplexní ošetrovatelské péče v důsledku závažných důsledků iktu. „*Při činnostech, které zdravý člověk vykonává běžně a automaticky a ani si neuvědomuje, jak těžké jsou některé činnosti pro nemocného a postiženého člověka*“, uvedla sestra S7 rozsah péče o pacienty po CMP.

Většina všeobecných sester vypověděla, že pacienti, kteří mají menší následky CMP, vyžadují pouze dopomoc při sebeobsluze. Kdežto pacienti se závažným stupněm postižení často potřebují komplexní ošetrovatelskou péči, která zahrnuje veškeré provádění úkonů sebedpéče ošetřujícím personálem. I přesto se vyjádřily tři sestry (S1, S4 a S6) o nutnosti podporovat pacienty v nácviku sebeobsluhy v rámci jejich možností. „*Je zapotřebí neustálého opakování každého úkonu*“, vypověděla sestra S6 a dodala: „*pouze pravidelným tréninkem postupujeme krůček za krůčkem ke zlepšení a znovuzapojení do běžného života*“. Důležitost psychické podpory ze strany personálu vyjádřila sestra S4 takto: „*je to velmi náročná a potřebná činnost, která vyžaduje značnou dávku trpělivosti, ohleduplnosti, ale i povzbuzování a chválení za každý sebemenší pokrok*“.

Kategorie 3 – Hygienická péče

Dotazované sestry se shodly, že pokud se jedná o pacienty s těžkým neurologickým defektem, pak zajišťuje veškerou hygienickou péči ošetřující personál. Od každodenní osobní hygieny, která se často provádí na lůžku, až po celkovou koupel. Celkem šest sester (S1, S4, S5, S7, S9, S 10) se zmínilo o důležitosti pravidelné kontroly stavu pokožky a kožních záhybů z důvodu prevence opruzenin a dekubitů.

Ve výpovědích oslovených sester se znovu prolíná závislost sebedpéče a samostatnosti pacientů a míry jejich postižení. Sestra S5 vypověděla, že většina pacientů potřebuje pomoci při zvládnutí hygienické péče, a to zejména: „*přípravu pomůcek na mytí či sprchování, také umytí celého těla může činit problémy, zvláště když má jednu stranu postiženou (plegické končetiny)*“. Stejný názor vyjádřily i další sestry, a to sestra S2, S3, S6, S8 a S11. Dohled nad každodenní hygienou zmínila sestra S10 z důvodu plegických končetin, které znemožňují pečlivé provedení hygieny na celém

těle. Stejně je to i s osušením, jak vyjádřila sestra S5: „*i běžné utření do ručnicku je na zdravé straně problém, když má pacient plegické končetiny*“.

Péči o dutinu ústní zmínilo celkem devět sester, přičemž rozsah péče je dán opět schopností sebez péče daného jedince. Ať už se jedná o péči o zubní protézy či pouze dopomoc při čištění zubů. Jak uvedla sestra S3: „*dát si třeba pastu na zubní kartáček je úkon, který vyžaduje pomoc druhé osoby, vždyť to ani jednou rukou nejde*“. Tři z dotazovaných sester (S4, S6 a S8) zmínily i nutnost provádění hygienické péče při výměně inkontinentních pomůcek či po vyprázdnění, ať už na toaletě či na toaletním křesle.

Nicméně, jak zdůraznila sestra S5, je důležité podporovat pacienta v samostatnosti a pobízet ho k maximální soběstačnosti, jak vyjádřila slovy: „*i když to nebude úplně podle našich představ. Chce to velkou dávku trpělivosti, a tím prospějeme pacientovi daleko více, než když to uděláme za něj a budeme to mít rychleji hotové*“. Na druhou stranu vypověděla sestra S2, že pokud se jedná o obézní pacienty, tak: „*si sám téměř nic neudělá, rádi se nechávají plně obsloužit*“.

Kategorie 4 – Stravování

Při dotazu ohledně oblasti přijímání potravy a tekutin při poskytování ošetrovatelské péče pacientům po CMP, vypověděly všechny oslovené sestry stejně, tedy že se daná problematika odvíjí od stavu pacienta a jeho polykacích schopností. Pokud jsou polykací schopnosti neporušeny, a pacient má pouze paretické či plegické horní končetiny, pak je důležitá dopomoc při stravování, a to zejména „*podat stravu připravenou na talíři nebo dolít tekutiny*“ (sestra S2). K vhodným úpravám stravy patří např. maso nakrájené na kostky či mleté. Další pomocí je „*namazat chléb či pečivo, protože jednou rukou to jde opravdu špatně*“, vypověděla sestra S1. Další možností dle zachovaného polykacího reflexu je úprava stravy do kašovitě či mixované podoby, kdy „*vždy krmíme pacienty ve zvýšené poloze jako prevence rizika aspirace*“, což uvedla sestra S7. Rovněž sestra S10 poukázala na nutnost vyloučení potravin vedoucích k riziku aspirace: „*jako jsou rohlíky, rýže apod.*“.

Příjem tekutin se odvíjí od stavu pacienta a jeho zachovaných polykacích schopnostech. Jak uvedlo shodně šest sester (S1, S2, S4, S7, S9 a S10), „*v případě obtížného polykání zahušťujeme tekutiny Nutlisem, což se nám velmi osvědčilo*“.

Trénink polykacího reflexu uskutečňujeme trpělivým přístupem, jenž pomáhá zachovávat pocit lidské důstojnosti, vypověděla sestra S4. Pacienti, kteří nemají problémy s polykáním, je zajištěn dostatečný přísun tekutin. Svoji nezastupitelnou roli hraje i způsob podávání tekutin. Neboť jak zmínila sestra S3, „*snažíme se vyjít maximálně pacientům vstříc*“, takže tekutiny mají připravené v lahvičkách, které brání vytlití tekutin do lůžka i napomáhají samostatnému příjmu tekutin.

V případě nedostatečného příjmu potravy a tekutin i neschopnosti polykat, dochází k zavedení sondy, což potvrdilo celkem devět sester. Toto řešení je však dočasné, proto pokud nedojde k úpravě polykacího reflexu, přistupuje se k zavedení PEGu. I v tomto bodě se shodla většina dotázaných sester. Dokonce sestra S4 vypověděla: „*zavedení PEGu považuji pro takovéto pacienty za přijatelnější a elegantnější řešení než zavedená sonda nosem*“. Ve výpovědi sestry S6 je uvedeno, že i přes zavedený PEG podávají pacientům ústy různé příkrmy, a dokonce konstatovala, že jsou i pacienti, co „*se rozjedli na tužší stravě a tekutiny se podávaly PEGem*“. Rovněž zmínila i zrušení PEGu v důsledku obnovení pacientova polykacího reflexu.

Podpora samostatnosti v oblasti stravování by měla být nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Sestra S5 také poznamenala: „*umožníme dostatek času na jídlo, klidné prostředí*“.

Kategorie 5 – Vyprazdňování

Z rozhovorů se všeobecnými sestrami vyplynulo, že oblast vyprazdňování také souvisí s momentálním stavem pacienta, jeho mobilitou a schopností spontánního vyprazdňování. Sestra S1, S3 a S11 shodně uvedly, že je důležité věnovat pozornost pravidelnému vylučování. Odpovědí sestry S4 bylo: „*je důležité sledovat u pacientů po iktech střevní peristaltiku, odchod plynů a stolice, sledovat diurézu*“. Stejný názor projevila i sestra S9, která konstatovala důležitost bilance tekutin i prevenci zácpy. Dále podotkla, že většina přijatých pacientů má zavedený PMK, což zahrnuje komplexní ošetrovatelskou péči. Včasné odstranění cévky a návrat ke spontánnímu močení potvrdilo celkem pět oslovených sester (S1, S5, S6, S8 a S9). Při obnoveném spontánním močení a současném upoutání na lůžko, podkládají sestry pacientům podložní mísy či zajistí močové láhve k lůžku. V případě, že pacienti zůstanou inkontinentní, je nutné zajistit pravidelnou výměnu inkontinentních pomůcek, včetně

hygieny genitálií a péče o pokožku v rámci prevence opruzenin a dekubitů. Tento názor potvrdilo devět dotazovaných sester. Sestra S7 dodala, že „*v dnešní době je opravdu velký výběr inkontinentních pomůcek a dá se vždy najít nejvhodnější řešení pro daného pacienta*“.

Dalším tématem v oblasti vyprazdňování byla dopomoc při přesezení na toaletní křesla či dopravení pacientů na toaletu, což potvrdila většina dotazovaných sester. Sestra S7 uvedla: „*u lehčích forem postižení zajišťujeme doprovod na toaletu, hlavně z důvodu prevence pádu*“.

Sestra S5 se dotkla tématu lidské důstojnosti slovy: „*samozřejmostí by při těchto úkonech mělo být respektování intimní sféry pacienta, jeho důstojnosti a lidskosti*“. Pomoc v oblasti vyprazdňování vyžaduje ohleduplnost a empatii ošetřujícího personálu, jak potvrdila i sestra S4, která se vyjádřila takto: „*oblast vyprazdňování je vysoce intimní záležitostí*“.

Kategorie 6 – Obézní versus pacienti s normální hmotností

„*Rozdíl vnímám především v tělesné hmotnosti a ve snaze dosáhnout co nejlepší kvality života*“, to byla odpověď sestry č. 5 na otázku „*Jak vnímáte rozdíl mezi ošetřováním obézního pacienta a pacienta s normální hmotností?*“. Většina dotázaných sester vnímá ošetřování obézních pacientů jako náročnější, protože jak vyjádřila sestra S6 - „*obezita pacienta vždy ztěžuje ošetřovatelskou péči*“. Celkem čtyři sestry (S2, S4, S6 a S8) zmínily potřebu většího počtu ošetřujícího i pomocného personálu, který by zajistil zejména manipulaci s obézními pacienty. Rovněž potřeba specifických pomůcek, jako jsou lůžka s větší nosností, zvedáky pro snadnější manipulaci či sanitky pro převoz obézních pacientů byla zmíněna v rozhovoru se sestrou S8. Sestra S7 potvrdila stejný názor, který podpořila slovy „*aby byla zajištěna bezpečnost pacienta*“.

Dalším vnímaným rozdílem byla potřeba zvýšené hygienické péče z důvodu snadnější tvorby opruzenin a dekubitů u obézních pacientů. Tuto skutečnost uvedla většina oslovených sester. Další srovnávanou oblastí byla manipulace s pacienty, kdy téměř všechny dotazované sestry označily za náročnější manipulaci s obézními pacienty. S tím souvisí i rehabilitační péče, která zahrnuje i nácvik sedu, stoje a vertikalizaci pacientů. Odpovědí sestry S4 bylo: „*už samotné posazení na lůžku*

je pro obézního člověka daleko náročnější než pro hubeného“. Na druhou stranu to souvisí s povahou každého pacienta.

Srovnáním péče o pacienta s normální hmotností a obézního pacienta uvedla sestra S5: „u obézního pacienta dosahujeme stanovených cílů daleko později než u pacientů s normální hmotností“. Toto tvrzení podpořila i sestra S2, která ještě dodala: „často jsem se setkala s obézními pacienty po mrtvici, kteří nemají žádnou snahu, aby si něco udělali sami v rámci svých možností“. Rovněž sestra S9 konstatuje, že obézní pacienti vykazují větší pohodlnost a horší mobilitu.

Naproti tomu sestra S1 spatřuje rozdíl pouze v hmotnosti, protože dle jejího názoru tito pacienti mají často problém s dodržováním předepsané diety, zvláště té redukční, což opět ztěžuje práci ošetrovatelskému personálu. S tím souvisí i obtížná manipulace s obézními pacienty, jak uvedla sestra S7. Shodný názor vyjádřila dotazovaná sestra S1, která doplnila, že „pohyb je pro ně obtížný, protože je bolí nosné klouby, zadýchávají se, jsou pohodlní“.

Ve svých odpovědích zmínila sestra S8 i důsledky péče o obézní pacienty, kde uvedla: „určitě je i větší spotřeba zdravotnického materiálu“. Rovněž sestra S6 zohlednila ekonomickou stránku péče o obézní pacienty slovy: „se jedná o delší a náročnější léčbu“.

Nejsubjektivnější pocit vyjádřila sestra S11: „raději pět pacientů s normální váhou než jeden obézní“. Přesto sestra S1 vypověděla, že bez ohledu na hmotnost pacienta je důležitý přístup personálu, motivace daného člověka i ocenění každého sebemenšího pokroku při „zachování intimity a lidské důstojnosti bez rozdílu váhy při poskytování ošetrovatelské péče“.

Kategorie 7 – Mobilita

Na otázku mobility u pacientů po cévních mozkových příhodách, kdy dotazované sestry srovnávaly obézního pacienta a pacienta s normální hmotností, odpověděla většina dotázaných sester, že se jedná o velice fyzicky náročnou práci, kdy je zapotřebí většího počtu personálu, především „větší fyzické síly, to znamená mužská síla nebo dvě osoby“, jak uvedla sestra S7. Sestra S6 doplnila: „s obézními a nespolupracujícími pacienty se velice personál nadře“. Také další názor vyjadřuje: „pro obézní pacienty je mobilita více fyzicky náročná díky jejich váze“, což konstatovala sestra S1. Stejný

názor vyjádřila i sestra S2, která řekla: „*tito pacienti se daleko hůře pohybují, protože se neunesou*“. Obdobným způsobem se vyjádřila i sestra S11: „*obézní pacienti se rádi nechají tahat od personálu, nechtějí příliš vyvíjet vlastní aktivitu*“. Shodný názor prezentovala i sestra S4. Pouze sestra (S6) zmínila, že „*také jsem se setkala s pacienty, kteří nebyli obézní, a přesto se nechali stále tahat od personálu při každém pohybu*“.

Nicméně většina dotazovaných sester vyjádřila shodné mínění, že mobilita v souvislosti s obezitou je značně náročnější, jak pro pacienty, tak pro ošetřující personál. Ať už se jedná o posazení na lůžko, vstávání či přesunech mimo lůžko, to vše je daleko obtížnější pro obézního pacienta, zejména pokud má paretickou či plegickou polovinu těla. Ztížena je i rehabilitační péče, která vyžaduje více personálu, více kompenzačních pomůcek, které jsou přizpůsobeny pro větší nosnost. Také polohování obézních pacientů vyžaduje větší úsilí i fyzickou sílu, což vyjádřila sestra S1 slovy: „*v extrémních případech i třeba pomoc čtyřech osob při polohování velmi obézního člověka*“. Přesto většina sester konstatovala, že je důležité pravidelné a častější polohování obézních pacientů z důvodu prevence opruzenin.

Mobilitu pacientů po CMP v souvislosti s obezitou hodnotila sestra S8 slovy: „*všeobecně obézní pacienti jsou méně mobilní a pokud se k tomu přidá postižení poloviny těla, je to s pohybem velmi náročné*“. Sestra S11 vypověděla, že tento rozdíl je nejmarkantnější právě v rehabilitační péči, kdy jsou pacienti vybízeni k vlastní aktivitě. Podobný názor vyjádřila i sestra S3 s tím, že obézní pacienti nevnímají tuto skutečnost jako překážku v návratu do běžného života. Svoji roli hraje i zajištění bezpečnosti pacientů po CMP při aktivizaci a rehabilitaci. O této problematice se zmínila sestra S5, která řekla: „*je u obézních daleko složitější, protože vzhledem ke své hmotnosti nedokáží tak ovládat svoje tělo*“.

Kategorie 8 – Náročnost péče

V této oblasti se všechny dotazované sestry shodly na tom, že tato péče „*patří k jedněm z nejnáročnějších stránek ošetřovatelské péče. Ať už po fyzické či psychické stránce*“. Ať už je poskytována pouhá pomoc až po komplexní ošetřovatelskou péči. Péče je náročná jak pro zdravotnický personál, tak pro samotné pacienty, ale i jejich rodiny. Značným problémem se jeví samotná obezita daného pacienta, která „*je vážným problémem, který ho brzdí v dalším rozvoji jeho soběstačnosti po mozkové příhodě*“

(S5). Fyzická náročnost péče o oběžní pacienty po CMP se odráží i ve zdravotním stavu ošetřujícího personálu, zejména pomocného. Jedná se o sanitáře, kteří s pacienty manipulují v rámci přesunů mimo lůžko i v rámci aktivizace a rehabilitace ve spolupráci s fyzioterapeuty. Jak se vyjádřila sestra S8: „*má to dopad i na zdraví ošetřujícího personálu*“. Tento názor podpořila ve své výpovědi i sestra S5, která jej doplnila: „*především přetěžováním pohybového aparátu, namáhání zad apod.*“. Stejně tak odpověděla i sestra S3, která rovněž zmínila riziko nemocí z povolání.

Oslovené sestry zmínily i psychickou náročnost ošetrovatelské péče (S1, S5, S6, S7). Sestra S6 uvedla spojitost psychické náročnosti s péčí „*o mladší věkové ročníky a vysoký stupeň postižení*“, ale z druhé stránky zmínila i starší věkové ročníky, které „*dovedou personál značně psychicky vyčerpat, zejména pokud vás považují za tzv. služky, které jsou tu od toho, aby mu vše udělaly*“. Vzápětí dotyčná sestra přiznala drsnost tohoto vyjádření, přesto se tato skutečnost stále v praxi vyskytuje. Také sestra S4 uvedla unavenost a přetíženost zdravotnického personálu, což komentovala slovy: „*při dnešním nedostatku zdravotního personálu je tato práce čím dál tím náročnější, když chcete zachovat úroveň péče, která je na našem oddělení zavedená*“. Tři z dotazovaných sester uvedly i časovou náročnost péče o oběžní pacienty po CMP (S2, S8 a S9).

Na otázku „*V čem je péče o oběžní pacienty nejnáročnější*“ celkem devět sester označilo za nejnáročnější manipulaci s těmito pacienty, která vyžaduje zajištění dostatečného počtu personálu i pomocného personálu se značným fyzickým potencionálem. Polohování, aktivizace či rehabilitace vyžaduje značné úsilí, jak ze strany personálu, tak i ze strany pacientů. Jak vyjádřila sestra S6: „*je to nadlidský výkon*“. Manipulace s oběžními pacienty po CMP přináší i riziko pádu a nebezpečí úrazu, což uvedla sestra S1.

Dalším zmíněným faktem byla otázka motivace oběžních pacientů „*k nácviku denních činností. Často se jim nechce, protože se nemohou smířit se svým postižením*“, uvedla oslovená sestra S4. Podobný názor vyjádřila i sestra S2 slovy: „*sebevětší motivace a domlouvání s těmito pacienty nepohne. Když prostě nechtějí, tak nechtějí*“. Bohužel, zde je velmi úzká spojitost s rodinným zázemím daných pacientů, což velmi přesvědčivě formulovala sestra S4: „*kámen úrazu vidím v dnešním přístupu mnoha rodin, které chtějí pro svého nemocného jen to nejlepší, ale bez jakékoliv své vlastní*

aktivity“. V tom spatřuje zásadní problém, který ovlivňuje pacienty v jejich cestě k soběstačnosti směrem dozadu. Přesto sestra S3 udává, že *„každý člověk si zaslouží dostat příležitost, aby se mohl navrátit domů a do běžného života“.*

Sestra S10 zmínila ve svých odpovědích, že obézní pacienti mají sklon k pomalejšímu hojení ran, což souvisí i s výživou. Jak poznamenala sestra S5, obézní pacienti mají problém s dodržováním dietního režimu. Doslova uvedla: *„mají hlad, často porušují dietu, nechávají si donášet od příbuzných nevhodné potraviny k zasyčení. Přitom si neuvědomují, jaké riziko obezita pro jejich stav představuje“.*

Sestra S2 vyjádřila velmi subjektivní názor na danou otázku: *„podle mě je to přijmout fakt, že pacient je obézní a pro personál to znamená náročnější péči“.* To souvisí s profesionalitou, která by se měla prolínat každodenní ošetrovatelskou péčí. Dotyčná sestra uvedla: *„a také nedat na sobě znát, že takový pacient představuje větší zátěž a náročnost“.*

4.5 Výsledky pozorování pacientů po CMP prostřednictvím ADL testu

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ /ADL TEST/

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOST	BODY	P1A – BMI 38,8			P2A – BMI 24,5		
			DATUM 19.9.2017	DATUM 19.10.2017	DATUM 20.11.2017	DATUM 19.9.2017	DATUM 19.10.2017	DATUM 20.11.2017
1. NAJEDENÍ, NAPITÍ	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	5	5	5	5	5	10
2. OBLÉKÁNÍ	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	0	5	5	0	5	5
3. KOUPÁNÍ	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0	0	0	0	0	0	5
4. OSOBNÍ HYGIENA	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0	0	0	5	0	5	5
5. KONTINENCE MOČI	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0	0	5	5	0	5	5
6. KONTINENCE STOLICE	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0	0	0	5	0	5	5
7. POUŽITÍ WC	samostatně, bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	0	0	0	0	5	5
8. PŘESUN LŮŽKO – ŽIDLE	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0	0	5	5	0	5	10
9. CHŮZE PO ROVINĚ	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0	0	0	5	0	5	10
10. CHŮZE PO SCHODECH	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	0	0	0	0	0	0
CELKEM BODŮ			5	20	35	5	40	60

Hodnocení: 0 – 40 bodů = vysoce závislý
45 – 60 bodů = závislost středního stupně

65 – 95 bodů = lehká závislost
96 – 100 bodů = nezávislý

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ /ADL TEST/

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOST	BODY	P3A – BMI 39,2			P4A – BMI 21,5		
			DATUM 11.10.2017	DATUM 13.11.2017	DATUM 13.12.2017	DATUM 11.10.2017	DATUM 13.11.2017	DATUM 13.12.2017
1. NAJEDENÍ, NAPITÍ	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	5	5	5	5	5	10
2. OBLÉKÁNÍ	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	0	0	5	5	5	5
3. KOUPÁNÍ	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0	0	0	0	0	5	5
4. OSOBNÍ HYGIENA	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0	0	5	5	5	5	5
5. KONTINENCE MOČI	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0	0	0	5	5	5	10
6. KONTINENCE STOLICE	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0	5	5	5	5	10	10
7. POUŽITÍ WC	samostatně, bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	0	0	0	0	5	10
8. PŘESUN LŮŽKO – ŽIDLE	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0	0	5	5	5	10	15
9. CHŮZE PO ROVINĚ	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0	0	5	5	5	10	10
10. CHŮZE PO SCHODECH	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	0	0	0	0	0	5
CELKEM BODŮ			10	25	35	35	60	85

Hodnocení: 0 – 40 bodů = vysoce závislý
45 – 60 bodů = závislost středního stupně

65 – 95 bodů = lehká závislost
96 – 100 bodů = nezávislý

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ /ADL TEST/

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOST	BODY	P5A – BMI 38,9			P6A – BMI 22,5		
			DATUM 22.11.2017	DATUM 20.12.2017	DATUM 23.1.2018	DATUM 22.11.2017	DATUM 20.12.2017	DATUM 23.1.2018
1. NAJEDENÍ, NAPITÍ	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	5	5	5	5	10	10
2. OBLÉKÁNÍ	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	0	5	5	5	5	5
3. KOUPÁNÍ	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0	0	0	0	0	5	5
4. OSOBNÍ HYGIENA	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0	0	5	5	5	5	5
5. KONTINENCE MOČI	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0	0	5	5	5	5	10
6. KONTINENCE STOLICE	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0	0	0	5	5	10	10
7. POUŽITÍ WC	samostatně, bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	0	0	5	5	5	10
8. PŘESUN LŮŽKO – ŽIDLE	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0	5	5	5	5	10	15
9. CHŮZE PO ROVINĚ	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0	5	5	10	5	10	15
10. CHŮZE PO SCHODECH	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0	0	0	0	0	5	5
CELKEM BODŮ			15	30	45	40	70	90

Hodnocení: 0 – 40 bodů = vysoce závislý
45 – 60 bodů = závislost středního stupně

65 – 95 bodů = lehká závislost
96 – 100 bodů = nezávislý

Pozorováním bylo sledáno:

- 1) V oblasti „**Najedení, napití**“ nedošlo u obézních pacientů k žádnému zlepšení, všichni tři pacienti (P1A,P3A a P5A) potřebovali dopomoc při stravování. Naproti tomu u pacientů s normální hmotností došlo ve dvou případech (P2A, P4A) ke zlepšení po dvou měsících, v jednom případě (P6A) již po měsíci.
- 2) V oblasti „**Oblékání**“ u obézních pacientů v jednom případě (P3A) došlo ke zlepšení po dvou měsících, ve dvou případech (P1A a P5A) po dvou měsících, kdy pacienti potřebovali dopomoc při oblékání, hlavně z důvodu hemiparézy či hemiplegie.
- 3) V oblasti „**Koupání**“ všichni tři obézní pacienti (P1A, P3A a P5A) nevykázali žádné zlepšení, stále nedokázali provést celkovou koupel ani s dopomocí ošetřujícího personálu, byli zcela odkázáni na komplexní péči zdravotníků. U pacientů s normální hmotností v jednom případě (P2A) došlo ke zlepšení po dvou měsících, kdy pacient dokázal provést celkovou koupel s dopomocí ošetřujícího personálu. Dva pacienti (P4A a P6A) vykazovali zlepšení již po měsíci.
- 4) V oblasti „**Osobní hygiena**“ došlo u jednoho obézního pacienta (P1A) ke zlepšení po dvou měsících, kdy z počátečního „neprovede“ dokázal provádět osobní hygieny s pomocí. Další dva obézní pacienti (P3A, P5A) toto zlepšení prokázali již po měsíci pozorování. Mezi pacienty s normální hmotností vykazoval jeden člověk (P2) zlepšení od stavu, kdy nedokázal provést osobní hygieny až k samostatnému či s dopomocí prováděné osobní hygieně. Další dva pacienti (P4 a P6) prováděli osobní hygieny buď samostatně, nebo s dopomocí.
- 5) V oblasti „**Kontinence moči**“ mezi obézními pacienty vykázali dva z nich (P1A a P5A) zlepšení od trvalé inkontinence po občasnou inkontinenci již po měsíci, další obézní pacient (P3A) tento posun zaznamenal až po dvou měsících. Mezi pacienty s normální hmotností bylo ve dvou případech (P4A a P6A) zaznamenáno zlepšení z občasné inkontinence do stavu trvale kontinentní po dvou měsících. U jednoho pacienta (P2A) byl zaznamenán pokrok od trvalé inkontinence k občasné inkontinenci již po měsíci.

- 6) V oblasti „**Kontinence stolice**“ bylo dosaženo změny u dvou obézních pacientů (P1A a P5A), kteří při prvotním testování vykazovali trvalou inkontinenci, ale po dvou měsících již jen občasnou inkontinenci. U posledního obézního pacienta (P3A) nedošlo k žádné změně, občasná inkontinence byla zjištěna při každém testování. Mezi pacienty s normální hmotností bylo testováním zjištěno ve dvou případech (P4A P6A) posun od občasné inkontinence k trvalé kontinenci po měsíci. U dalšího pacienta (P2A) došlo ke změně také po měsíci, a to od trvalé inkontinence k občasné inkontinenci.
- 7) V oblasti „**Použití WC**“ u dvou obézních pacientů (P1A, P3A) nedošlo k žádné změně v průběhu celého pozorování, nedokázali použít WC ani s pomocí. Pouze jeden obézní pacient (P5A) dokázal tuto činnost provést s pomocí personálu po dvou měsících. Pacient s normální hmotností (P2A) dokázal po prvním měsíci již používat WC s pomocí ošetřujícího personálu. Pacient (P4A) rovněž vykazoval posun od prvotního „neprovede“ k používání WC s pomocí po prvním měsíci a při druhém testování prokazoval samostatnost v této činnosti. U pacienta (P6A) došlo ke změně po druhém měsíci, kdy od pomoci při použití WC dokázal tuto činnosti samostatně vykonávat.
- 8) V oblasti „**Přesun lůžko – židle**“ bylo zjištěno u dvou obézních pacientů (P1A a P3A) zlepšení od neschopnosti tuto činnost vykonávat až po udržení se v sedu, a to po měsíci. Pacient (P5A) dokázal se udržet vsedě při každém testování. U pacientů s normální hmotností byla zjištěna změna u pacienta P2A, kdy při prvotním testování pacient tuto činnost nedokázal, po měsíci již vydržel sedět a po druhém měsíci dokázal přesehnout s malou pomocí. Další dva pacienti (P4A a P6A) také prokázali zlepšení od prvotní schopnosti udržet se v sedu, po prvním měsíci dokázali přesehnout s malou pomocí a při druhém testování tuto činnost již prováděli samostatně.
- 9) V oblasti „**Chůze po rovině**“ došlo u pacienta s obezitou (P1A) ke změně po dvou měsících, a to v dovednosti jízdy na invalidním vozíku. Další obézní pacient (P3A) projevil stejnou dovednost, ale již po měsíci. U posledního obézního pacienta (P5A) došlo v průběhu dvou měsíců k největší změně, kdy v prvním měsíci dokázal jezdit na invalidním vozíku a ve druhém měsíci

již dokázal chůzi na 50 metrů s pomocí kompenzačních pomůcek a druhých osob. Rovněž u pacientů s normální hmotností byly zaznamenány markantní rozdíly. Pacient P2A byl schopen po prvním měsíci jízdy na vozíku a po druhém již chůze na 50 metrů s pomocí. Pacient P4A dokázal od jízdy na vozíku (první testování) k chůzi s pomocí na 50 metrů (druhé a třetí testování). U pacienta P6A byl zaznamenán největší pokrok, kdy od prvotní jízdy na vozíku dokázal chodit s pomocí, což prokázalo druhé testování. Nakonec dokázal po dvou měsících samostatně chodit.

- 10) V oblasti „**Chůze po schodech**“ všichni obézní pacienti (P1A, P3A a P5A) nebyli této činnosti schopni. Mezi pacienty s normální hmotností tuto činnost nedokázal pouze jeden pacient (P2A) v průběhu celého testování. Pacient P4A prokázal změnu až po dvou měsících, kdy dokázal chodit po schodech s pomocí. Pacient P6A prokázal změnu již po prvním měsíci, kdy byl schopen chůze po schodech s pomocí.

4.6 Výsledky pozorování všeobecných sester při ošetřování obézních pacientů po CMP

Pozorování všeobecných sester při poskytování ošetřovatelské péče u obézních pacientů po CMP byl použit „Pozorovací arch“, který zahrnoval 8 oblastí pozorování:

1. Sed na lůžku
2. Přesun z lůžka na křeslo či židli
3. Stoj u lůžka
4. Chůze s kompenzačními pomůckami
5. Osobní hygiena
6. Celková koupel
7. Vylučování
8. Stravování

V oblasti „**Sed na lůžku**“ všechny sestry poskytovaly obézním pacientům po CMP pomoc při posazení na lůžku. Většina pacientů potřebovala podat pomocnou ruku a druhou rukou přidržovat za zády. Pacienti se snaží pomáhat sestřím v rámci svých možností, ale jsou limitováni hemiparézami a hemiplegiemi, ale i svoji hmotností

a tělesnými proporcemi. Pouze v jednom případě pozorování nevyvinul pacient žádnou snahu, veškerou aktivitu při změně polohy přenechá na sestře. Sestra S2 pobízí pacienta k procvičování sedu za pomoci hrazdičky v lůžku, kterou pro pacienta obstarala. Sestra S7 zabezpečuje stabilitu pacienta po posazení na lůžku s pomocí rehabilitačních pomůcek.

V oblasti **„Přesun z lůžka na křeslo či židli“** byli všichni obézní pacienti přesunuti mimo lůžko za pomoci dvou osob. V pěti případech se jednalo o sanitáře, kteří mají větší sílu a také lépe zvládají těžké pacienty. V jednom případě stačila sestře S2 pomoc sanitářky. Sestra S4 a S5 dokázaly přesunout obézního pacienta zcela samy, pacient aktivně spolupracoval. V rámci nácviku přisedání na invalidní vozík asistuje sestře fyzioterapeutka. V každém případě potřebují pacienti s obezitou vždy pomoc druhých osob při přesunech mimo lůžko. Jsou limitováni případnými hemiparézami nebo hemiplegiemi, rovněž i jejich obezita hraje svoji roli.

V oblasti **„Stoj u lůžka“** bylo vždy zapotřebí dvou osob, v jednom případě dokonce pacienta aktivizovali do stoje tři osoby, a to sestra, sanitář a fyzioterapeutka. Ve většině případů bylo zapotřebí při aktivizaci pacientů do stoje u lůžka pomoci sanitáře a sestry, kteří pomáhali pacientům přejít ze sedu do stoje a zároveň zajišťovali bezpečnost pacientů. Ke stoji využívali v pěti případech pultové chodítka, které usnadňuje pacientům stoj, zejména pro hemiparézy či hemiplegie. V jednom případě sestra se sanitářem staví pacienta u lůžka, aby mohl přisednout na toaletní křeslo. Ve dvou případech aktivizuje pacienty do stoje fyzioterapeutka společně se sestrou, přičemž v jednom případě používají i pultové chodítka a ve druhém případě postavují pacienta bez pomůcky, pouze s jejich oporou.

V oblasti **„Chůze s kompenzačními pomůckami“** jsou obézní pacienti opět aktivizováni pomocí více osob, kdy ve čtyřech případech se jedná o fyzioterapeutku, sestru a sanitáře, kteří v rámci nácviku chůze s pomocí pultového chodítka zabezpečují pacienty před pádem a úrazem. Fyzioterapeutka sleduje a koriguje nácvik, sestra se sanitářem zajišťují bezpečnost pacienta, případně pomáhají pacientům s plegickými končetinami. Tři pacienti dokázali s pomocí druhých osob dojít z pokoje na chodbu a zpět. Pouze jeden pacient nezvládl chůzi a musel být posazen na vozík, aby nedošlo ke kolapsu. U dalšího pacienta trénují chůzi s kompenzačními pomůckami sestra se sanitářem, kdy pacient zvládne chůzi z pokoje na chodbu v pultovém chodítku

z důvodu oslabené PDK. Jiný pacient s obezitou dokáže za pomoci sestry a fyzioterapeutky v pultovém chodítku trénovat chůzi, i když je limitován paretické PDK. Další pacient ve spolupráci se dvěma sestrami a sanitářem rehabilituje chůzi v pultovém chodítku, která je velmi nejistá, protože pacient má paretickou LDK a také značnou obezitu.

V oblasti „**Osobní hygiena**“ dvě sestry musely provést kompletní osobní hygienu bez aktivní spolupráce pacientů. Pacienti neprojevili zájem ani snahu o rozvoj vlastní soběstačnosti. V dalších případech sestry vždy připravily veškeré pomůcky k osobní hygieně k lůžku, přinesly plastové umývadlo s vodou a nechaly projevít jejich snahu a vlastní aktivitu. Většina obézních pacientů si dokáže umýt obličej a horní část těla s ohledem na případnou hemiparézu či hemiplegii. Zbývající část osobní hygieny prováděly sestry, které zároveň kontrolovaly kožní záhyby a ošetřovaly případné opruzeniny. Pouze jeden pacient je odvezen na toaletním křesle k umývadlu do koupelny, kde má opět připraveny veškeré pomůcky. V rámci svých možností provede osobní hygienu a sestra dokončí zbývající část hygienické péče.

V oblasti „**Celková koupel**“ všem obézním pacientům byla provedena tato činnost druhými osobami, tedy sestrami a sanitářkami. V šesti případech provedl sanitář přesun pacienta na toaletní křeslo, se kterým byl zavezen do koupelny, kde ho ošetřující personál vykoupal. Jednomu pacientovi provedla celkovou koupel jeho manželka, když pacienta přemístil sanitář na toaletní křeslo a zavezl ho do koupelny. Dalšího pacienta přemístily na toaletní křeslo dvě sestry a následně ho zavezly do koupelny ke koupeli. Jeden z pacientů si umyje pouze obličej, zbytek nechá zcela na sestře. Další dva pacienti spolupracují v rámci svých možností, tedy sestra jim provede hygienickou péči na těch místech těla, kam nedosáhnou. V dalším případě si pacient po domluvě se sestrou umyje ty části těla, které zvládne, a zbytek dokončí sestra. Sestra vyzve dalšího obézního pacienta, aby spolupracoval při koupeli, ten ovšem odmítá s tvrzením, že sestra to umí lépe. Sestry všem pacientům zkontrolují veškeré kožní záhyby, případné opruzeniny ošetří.

V oblasti „**Vylučování**“ ve třech případech vyměňovaly sestry inkontinentní pomůcky za pomoci druhé osoby z důvodu obtížné manipulace s obézním pacientem. U dalšího pacienta byl prováděn nácvik spontánního močení do močové láhve, který se nezdařil. Pacient má nadále inkontinentní pomůcky a nabídnutou možnost přesazení

na toaletní křeslo. Dva pacienti jsou sanitářem a sestrou přemístěni na toaletní křeslo, odvezeni na toaletu k vykonání defekace a následnému uložení zpět na lůžko. Očistu po vyprázdnění provádí sestra. Dvě sestry společně přemístí dalšího pacienta na toaletní křeslo a rovněž mu zajistí soukromí a zachování intimity při vyprazdňování na WC. V posledním případě sestra podkládá obéznímu pacientovi podložní mísu, kdy je ztížena manipulace s pacientem.

V oblasti „**Stravování**“ jeden pacient odkázán na podávání stravy sestrou, která zajistila stravu do vhodné konzistence, která pacientovi vyhovovala. Z důvodu pravostranné plegie nebyl pacient schopen samostatně jíst, protože jeho dominantní strana je pravá a levou to nedokázal. V ostatních případech potřebovali pacienti hlavně pomoci s přípravou stravy a připravit ji před pacienta. Sestry mazaly pečivo pacientům, případně překrajovaly napůl, otevíraly uzavřené kelímky či skleničky s potravinami, krájely maso na kostky či zajistily mletou stravu. Rovněž tekutiny zajistily na dosah pacienta, u stolu byly tekutiny podávány v hrnečku. V lůžku měli pacienti možnost přijímat tekutiny z lahviček, které měly na dosah na nočním stolku.

5 DISKUZE

Diplomová práce byla zaměřena na zmapování vlivu obezity na následnou péči u pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Cévní mozková příhoda představuje stále častější onemocnění v celé společnosti a zaujímá druhé místo v nejčastějších příčinách úmrtí v ČR (Kalvach et al., 2010). Zároveň představuje značný medicínský, ekonomický i sociální problém (Bruthans, 2010), který obrovským způsobem ovlivňuje pacienty, jejich blízké i celou společnost, ať už v oblasti fyzické, psychologické, ekonomické (Tyrlíková a Bareš, 2012). Jak uvádí Kalvach et al. (2010), CMP je častou příčinou redukce aktivit v mnoha oblastech lidské činnosti. Pacienti s poruchou mobility v důsledku mozkové příhody pocítují diskomfort spojený s omezením v oblasti sebepečce i se zhoršením pohyblivosti v rámci lůžka a v okolním prostředí. Tato skutečnost se negativně odráží v jejich psychice (Slezáková, 2014). Obezita představuje chronické onemocnění, které je charakterizováno zmnožením tukové tkáně v lidském organismu (Lukáš et al., 2015). I toto onemocnění představuje závažný zdravotní problém, kdy následky a závažné komplikace obezity vedou k rozvoji invalidity, nemocnosti, redukované výkonnosti a jsou příčinou životních potíží (Hošková et al., 2013).

K této problematice mě přivedla skutečnost, že pracuji v Nemocnici následné péče Léčebně dlouhodobě nemocných Horažďovice s.r.o. již patnáct let a s těmito pacienty přicházím do každodenního styku. Dalším určujícím faktorem byla vzrůstající tendence cévních mozkových příhod i zvyšující se podíl obézních pacientů. Problematika byla zkoumána pohledem pacientů po CMP, kteří byli hospitalizováni v NNP LDN Horažďovice s.r.o., a pohledem všeobecných sester, které zajišťují péči o tyto pacienty. V diskuzi jsou zhodnocovány výsledky, které byly získány pomocí kvalitativního šetření realizovaného metodou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty po CMP hospitalizovaných na následné péči a se všeobecnými sestrami pečujícími o tyto pacienty. Rámec výzkumného šetření byl rozšířen o pozorování pacientů po cévní mozkové příhodě za pomoci standardizovaného testu ADL a rovněž bylo realizováno pozorování všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče obézním pacientům po iktech. Provádění výzkumného šetření v dané nemocnici probíhalo se souhlasem managementu daného zařízení a písemná podoba je součástí příloh této diplomové

práce.

Pro potřeby výzkumného šetření byly stanoveny výzkumné otázky, které zkoumají vliv obezity na mobilitu pacientů po iktech, její vliv na hygienickou péči, běžné denní aktivity i jaký dopad má obezita na rozvoj soběstačnosti. První výzkumná otázka se zabývala vlivem obezity na mobilitu pacientů po CMP. Mobilita je základním atributem života a zároveň představuje základ nezávislosti. OED (Oxford English Dictionary) formuluje mobilitu jako „*The ability to move or to be moved; capacity for movement or change of place.*“, což v překladu znamená schopnost či způsobilost pohybovat se nebo přesunout se; kapacita pro pohyb nebo změnu místa (OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2018). Z rozhovorů s obézními pacienty po iktech, kteří jsou hospitalizováni na následné péči, vyplynulo, že omezená mobilita v důsledku nemoci je velmi závažným snížením kvality života. Kvalita života (QoL) v ošetrovatelské péči je určována značným počtem souvisejících pojmů, ke kterým náleží zdraví, lidské potřeby, vyrovnanost, běžné všední aktivity a existenciální dimenze lidského bytí (Gurková, 2011).

Dotazovaní obézní pacienti shodně vypověděli, že v důsledku onemocnění jsou téměř upoutáni na lůžko a odkázáni na pomoc druhé osoby, což vnímají jako značně frustrující. Pacient P2 to vystihl slovy: „*jsem vlastně upoutanej na postel a pokud chci dolů, musí mi někdo pomoci.*“ U všech čtyřech obézních pacientů (P1, P2, P3, P4) není možný samostatný přesun z lůžka na křeslo či židli, dokonce nedokáží zvládnout samostatně se posadit na lůžku. Shodné výsledky byly popsány i v případové studii u obézního pacienta, který nezvládl přemístění mimo lůžko ani po třech měsících hospitalizace na následné péči při probíhající rehabilitaci. Naproti tomu pacient s normální hmotností v případové studii dokázal po třech měsících samostatně přesehnout mimo lůžko. Pozorování pacientů potvrdilo shodné zjištění, kdy žádný z obézních nebyl schopen samostatného přesunu mimo lůžko. Pouze pacient P4A a P6A, kteří měli normální hmotnost, prokázali tuto schopnost při třetím testování.

Stejným problémem je pro pacienty vlastní stoj, který podmiňuje další pohybovou aktivitu, tedy vlastní chůzi. Chůze je u pacientů po CMP ovlivněna zejména deficitem v tělesné percepci, řízení motoriky, snížením svalové síly i svalového tonu, deficitem v aktivní či pasivní hybnosti a také v rovnováze. Konečný motorický projev může být ovlivněn řadou dalších faktorů, mezi něž patří snížená schopnost motorického učení,

multimorbidita, nedostatečná motivace i sociální a rodinné vztahy (Yavuzer, 2006). Aktivizace pacientů pomocí nácviku chůze nebyla zcela možná u dvou obézních pacientů, jednalo se o pacienta P3 a P4. Další pacient (P1) charakterizoval svoji aktivizaci slovy: „*mě zatím spíš tahají*“ a u posledního pacienta s obezitou (P2) probíhá nácvik chůze s kompenzační pomůckou. Naproti tomu pacienti s normální hmotností vykazují výraznější zlepšení v oblasti mobility. Dva z dotazovaných pacientů (P5 a P7) popsali v rozhovoru zlepšení mobility v rámci rehabilitační péče od naprosté neschopnosti pohybu až po postupnou vertikalizaci, nácvik chůze s kompenzačními pomůckami za asistence dalších osob až po vlastní chůzi. Pacient P7 dosáhl takového pokroku, že se dokázal pohybovat samostatně s pomocí rolátoru. Naproti tomu pacient P5 zvládá chůzi se čtyřbodovým chodítkem do jedné ruky. Také pacientka P6 aktivně nacvičuje chůzi s rolátorem, ale stále potřebuje asistenci dalších osob z důvodu nestability. Porušená posturální stabilita je právě velmi častým následkem CMP, což představuje zvýšené riziko pádů, a z toho vyplývající sekundární komplikace (Kamphuis et al., 2013). Dopitová (2017) ve své diplomové práci konstatuje, že zachování či obnovení percepce vzpřímené pozice je „*důležitým faktorem pro návrat pacientů po CMP do běžného života*“. Podobný problém se stabilitou vykazoval i pacient P8, který uvedl nutnost dopomoci při chůzi slovy: „*ta levá noha je opravdu slabá, někdy ji dokonce tahám za sebou*“. Přesto aktivně každý den rehabilituje pod dohledem ošetřujícího personálu a fyzioterapeutů. Kladný vliv rehabilitační péče u pacientů po iktech potvrzuje studie autorů Musilová et al. (2014) v Bratislavě, která předkládá přínos komplexní léčby propojené s rehabilitací ve smyslu zlepšení mobility a snížení rizika disability u osob po CMP. Pozorováním pacientů po CMP prostřednictvím ADL testu prokázalo podobné výsledky, a to ve skupině obézních pacientů došlo k výraznějšímu posunu chůze pouze u jednoho pacienta (P5A), jenž dokázal při druhém testování za pomoci druhé osoby a kompenzační pomůcky ujít 50 metrů. Zbylí pacienti s obezitou prokázali pouze schopnost jízdy na mechanickém invalidním vozíku, a to P3A již po měsíci a P1A až při třetím testování (po 2 měsících). Výraznější rozdíly byly zaznamenány i u pacientů s normální hmotností, kdy dva testování pacienti (P2A a P4A) dokázali při druhém hodnocení po dvou měsících rehabilitaci chodit s pomocí na 50 metrů. Pacient PA6 prokázal nejmarkantnější pokrok, kdy při prvním testování byl schopen jízdy na invalidním vozíku, při druhém testování

již ušel 50 metrů s pomocí a třetí testování odhalilo jeho schopnost samostatné chůze. Pohybová rekonvalescence po CMP přináší pacientům benefity hlavně za pomoci drilového trénování funkčních aktivit, které jsou cílené a maximálně volně uvědomované, přičemž zohledňují současný kognitivně motorický potenciál pacienta (Krobot et al., 2017). Přesto pozorování sester při poskytování péče obézním pacientům prokázalo, že v oblasti mobility jsou všichni pacienti odkázáni na pomoc druhých osob, zejména ošetřovatelského a pomocného personálu. Při přesunech mimo lůžko všichni pacienti potřebovali pomoc dvou osob, především sanitářů s ohledem na obtížnou a náročnou manipulaci. Na druhé straně je potřeba zmínit, že nejen obezita limituje pacienty v oblasti pohybových aktivit, ale i následky CMP v podobě hemiparéz či hemiplegií. Hemiparéza patří k nejčastějším následkům iktů a zároveň markantně redukuje schopnosti lokomoce postiženého. Hemiparetická chůze se vyznačuje sníženou rychlostí a vytrvalostí, dále asymetrickým zatěžováním dolních končetin, zpomalenou posturální reaktivitou i zhoršenou selektivní kontrolou pohybu (Krobot et al., 2017). Ve spojitosti s obezitou se však jedná o velmi omezující faktory, které značným způsobem ovlivňují mobilitu pacientů po CMP. Shodné poznatky vyplynuly z pozorování sester, kdy při chůzi s kompenzačními pomůckami bylo zapotřebí vždy několika osob, aby mohl probíhat rehabilitační trénink. Návlek chůze byl prováděn za pomoci pultového chodítka, které poskytuje pacientům s hemiparézami dostatečnou oporu a bezpečnost.

Všeobecné sestry rovněž v rozhovorech poukázaly na faktor obezity, která omezuje pacienty v mobilitě i rehabilitaci. Sestra S6 uvedla: *„s obézními a nespolupracujícími pacienty se velice personál nadře, ať už při přesunech z lůžka či na lůžko, při rehabilitaci i při polohování“*. Podobný názor v několika málo obměnách vyzněl od všech oslovených sester, kdy byla zmiňována především fyzická náročnost péče o pacienty po iktech, kteří jsou navíc i obézní. Kasalický (2011) definuje obezitu jako *„multifaktoriální onemocnění ovlivněné složkou genetickou, biochemickou, hormonální, etnickou, behaviorální a v neposlední řadě i společensko-kulturním prostředím“*. V současné době patří obezita mezi civilizační choroby, které se šíří závratnou rychlostí. (Bužga, 2012). WHO označila toto onemocnění za epidemii globálních rozměrů (Müllerová et al., 2014). Samotné sestry konstatovaly, že obezita velmi ovlivňuje pohybovou aktivitu pacientů, což subjektivně vyjádřila sestra S11 slovy:

„obézní pacienti se rádi nechají přímo tahat od personálu, nechtějí příliš vyvíjet vlastní aktivitu“. Důsledkem nadbytečných kilogramů je nepřiměřený tlak a přetěžování kloubního aparátu, což vede k rychlejšímu opotřebení kloubní chrupavky, která ztrácí pevnost a pružnost. Následkem je 4x vyšší riziko vzniku artrózy nosných kloubů u ženského pokolení a 5x vyšší u mužského pokolení (Šťastný, 2015). To způsobuje bolestivost pohybového aparátu, který limituje pacienty v běžných denních aktivitách. *„Pacienti se daleko hůře pohybují, protože se neunesou“*, vyjádřila se sestra S2. Při spojení obezity a cévní mozkové příhody dochází k dalším omezením, která limitují pacienty v rehabilitaci i v každodenních aktivitách, což *„pro zdravého člověka je naprosto automatické, že se o sebe dokáže postarat a že dokáže plnohodnotně korigovat své tělo“*, jak konstatovala při rozhovoru sestra S10. Podobný názor ohledně pohyblivosti obézních pacientů, kteří se potýkají s následky CMP, vyjádřila i sestra (S4) slovy: *„mají problémy se svým vlastním tělem, které je na ně najednou strašně těžké“*.

Fyzická náročnost při aktivizaci a mobilizaci pacientů po CMP se odráží i na ošetrovatelském personálu. Dotazované sestry v rozhovorech porovnávaly péči o obézní pacienty a pacienty s normální hmotností. Téměř shodně zhodnotily péči o obézní pacienty jako velmi náročnou z hlediska fyzické i psychické zátěže. S7 popsala náročnost ošetrovatelské péče o obézní pacienty slovy: *„patří k jedněm z nejnáročnějších stránek ošetrovatelské péče“*. Pracovní zátěž je vyjádřena stupněm vyváženosti, která je určena na jedné straně výkonnostní kapacitou jedince a na druhé straně podmínkami a požadavky jejího uskutečnění. Nerovnováha znamená nepřiměřenou zátěž, která je nazývána zátěží z přetížení výkonnostní kapacity neboli nadlimitní zátěží (Komačková, 2009). Z odpovědí dotazovaných sester vyplynulo, že fyzická náročnost péče o obézní pacienty je dána jejich sníženou mobilitou, která je zároveň důsledkem CMP. Komačková (2009) spojuje těžkou fyzickou práci v ošetrovatelství zejména s manipulací s pacienty či břemeny, což může ovlivnit i zdravotní stav sester. Nelze dodržet, a to ani za pomoci pomůcek na zvedání těžkých pacientů, maximální váhu 15 kg při manipulaci s břemeny pro ženy. Sestra S5 vypověděla, že *„zdravotníci jsou ohroženi poškozením vlastního zdraví, především přetěžováním pohybového aparátu“*. Rovněž sestra S4 konstatovala, že zdravotní personál je velice přetížený a značně unavený, pokud poskytuje péči obézním pacientům s omezenou pohyblivostí. Sestra S3 podpořila tento výrok slovy: *„zvýšené*

nároky na zvedání těžkých pacientů přinášejí i riziko nemoci z povolání“. Na druhé straně je důležitá prevence zdravotního poškození ošetřujícího personálu, zejména poranění pohybového aparátu. Tomu lze předejít ovládním bezpečných technik při manipulaci s pacienty (Komačková, 2009). Také bezpečnost obézních pacientů je nutné zajistit potřebnými pomůckami, zejména přizpůsobenými vyšší nosnosti, což zmínila sestra S9. Shodný názor vyjádřila i sestra S3, která zmínila i nutnost dostatečného počtu zdravotnického personálu, ať už se jedná o sestry, sanitáře, ošetřovatelky, fyzioterapeuty, atd. Toto zjištění bylo podpořeno i pozorováním sester při poskytování péče obézním pacientům, kdy v rámci aktivizace a mobilizace pacientů bylo zapotřebí většího počtu personálu k zajištění bezpečnosti pacientů i zdravotnického personálu. Sestra S4 vyjádřila tuto skutečnost slovy: *„při dnešním nedostatku zdravotního personálu je tato práce čím dál tím náročnější, když chcete zachovat úroveň péče, která je na našem oddělení zavedená“.* Na druhou stranu se nabízí otázka ohledně hygienických předpisů, kdy je nezbytné dodržet velikost pokoje i manipulační prostor, zachování intimní zóny jednotlivých pacientů apod. zejména při poskytování ošetřovatelské péče obézním pacientům je dodržení těchto nařízení velmi obtížné, což se odráží i v prodražování zdravotní péče. Platby od zdravotních pojišťoven zohledňují pouze kategorii pacienta, ale už ne hmotnost, což přináší zvýšené nároky na personál i vybavení.

Výzkumná otázka č. 2 se zabývala vlivem obezity na hygienickou péči pacientů po CMP. Hygiena představuje ucelený soubor postupů a pravidel, která jsou potřebná pro podporu a ochranu zdraví (Procházková, 2013). Užší vymezení pojmu hygienická péče představuje osobní hygienu, která znamená péči o svoji osobu a své zdraví. Jedná se o individuální vnímání, které je ovlivněno rodinnými, sociálními a kulturními faktory (Vytejková et al., 2011). Z porovnání případových studií vyplynula větší pomoc ošetřujícího personálu při hygienické péči u obézního pacienta. Zatímco pacient s normální hmotností dokázal provádět hygienickou péči téměř sám, vyjma oblastí těla limitované postižením levé horní končetiny, a aktivně spolupracoval s členy zdravotnického týmu při celkové koupeli. Naproti tomu obéznímu pacientovi prováděl hygienickou péči ošetřující personál, přičemž si pacient dokázal umýt samostatně pouze obličej a horní část těla na postižené straně. Stejně výsledky byly zjištěny i při pozorování všeobecných sester, které poskytovaly péči obézním pacientům

po CMP, kdy většina pacientů byla odkázána na provedení hygieny od zdravotnického personálu. Podobné výsledky vyplynuly i z pozorování pacientů, kdy ve skupině obézních jedinců byla nutná stálá dopomoc ošetřujícího personálu. U pacientů s normální hmotností byl vysledován výraznější pokrok od poskytování hygienické péče zdravotnickým týmem po samostatné provádění hygieny nebo pouze s malou dopomocí. Zajištění kvalitní a systematické hygienické péče, která se zaměřuje na prevenci celé série komplikací vyplývajících z imobility, je považováno za složku ošetrovatelské péče značného významu. Takto poskytovaná péče se pozitivně odráží ve spokojenosti pacienta a rovněž v udržení optimálního stavu pokožky a sliznic (Malíková, 2011). Celkem 6 sester (S1, S4, S5, S7, S9 a S10) zmínilo při rozhovorech nutnost pravidelné kontroly stavu pokožky, zejména kožních záhybů u obézních pacientů. Téměř všechny dotazované sestry uvedly souvislost dopomoci či komplexně prováděné hygienické péče, která se „odvíjí od závažnosti onemocnění a stupně postižení“ (S2). Při menším stupni postižení z důvodu následků CMP se jedná o přípravu pomůcek pro hygienickou péči či případnou dopomoc při samotném úkonu. Dotazovaná sestra S3 uvedla, že „pokud se jedná o pacienta s těžkým neurologickým deficitem“, potom „musí personál zajistit veškerou hygienickou péči sám“. Z rozhovorů s obézními pacienty vyplynulo shodné zjištění, kdy všichni dotazovaní (P1 – P4) jsou odkázáni na zajištění hygieny od zdravotníků, jejich dovednost se omezila na umytí obličeje a horní poloviny těla s ohledem na jednostranné postižení horních končetin. Naproti tomu u pacientů s normální hmotností byla zaznamenána větší samostatnost při provádění hygieny, zejména osobní. Pomoc se omezovala pouze na přípravu pomůcek (např. dát zubní pastu na kartáček) z důvodu hemiparézy či hemiplegie, nebo dopomoc při celkové koupeli s ohledem na bezpečnost pacientů. Procházková (2013) uvádí, že „pro většinu lidí je čistota základním předpokladem pro pocit osobní pohody“. Potřeba hygienické péče je pro každého člověka individuální, protože co představuje standard pro jednoho člověka, může být pro dalšího nadměrné či deficitní (Vytejková et al., 2011). Přesto je potřeba hygieny definována ve třech úrovních, a to biologické (podpora čistoty, odstranění mikroorganismů a sekretů z organismu, prevence infekce a případných komplikací atd.), psychologické (navození pocitu spokojenosti a pozitivních emocí) a sociální (příjemné prostředí vytvářející pozitivní mezilidské vztahy) (Procházková, 2013).

Při rozhovoru zmínila sestra S10 potřebu kontroly nad provedením hygienické péče u pacientů po iktech, kteří mají následky v podobě hemiparézy či hemiplegie. Jako důvod kontroly uvedla: „*mnohdy ji nedokáží provést důkladně*“ právě z důvodu určitého omezení v hybnosti končetin. Její názor podpořila sestra S5 sdělením, že „*i běžné utření do ručníku je na zdravé straně problém, když má pacient plegické končetiny*“. Pravidelná a kvalitně zajišťovaná nebo poskytovaná péče značným a pozitivním způsobem ovlivňuje celkový stav pacientů (Procházková, 2013).

Samostatnou kapitolou je zajištění hygienické péče při vyprazdňování, ať už se jedná o pomoc při vyprázdnění na toaletě či péče při výměně inkontinentních pomůcek. Tato oblast poskytování péče se rovněž odvíjí od celkového stavu pacienta a jeho soběstačnosti. Při deficitu v oblasti soběstačnosti dochází k narušení vlastního sebepojetí a důstojnosti. Z tohoto důvodu představuje vysoký standard hygienické péče pomoc pacientům k zachování jejich důstojnosti (Workman a Bennett, 2006).

Na otázku „Co zvládáte samostatně v oblasti vyprazdňování“ odpověděli dva pacienti s normální hmotností (P5 a P7), že jsou zcela soběstační. Rovněž pacientka P6 prokazuje samostatnost ve vyprazdňování, kdy sama zvládá používat toaletní křeslo přistavené k lůžku. Jediný pacient s normální hmotností je odkázán na ošetrovatelskou péči z důvodu používání inkontinentních pomůcek. Jak uvádí Musilová (2014) v následné péči „*nejčastěji využívané pomůcky jsou natahovací a lepicí plenkové kalhotky*“. Ve skupině oslovených pacientů s obezitou používali všichni pacienti plenkové kalhoty, ať už z důvodu inkontinence moči nebo stolice. Z pozorování pacientů vyplynulo, že i při třetím testování vykazovali občasnou inkontinenci, která indikuje používání inkontinentních pomůcek. Pozorování pacienti s normální hmotností (P4A a P6A) naopak vykázali pokrok od občasně inkontinence k trvalé kontinenci, a to v oblasti vyprazdňování moči po dvou měsících a v oblasti vyprazdňování stolice již po měsíci. U pacienta P2A došlo v obou oblastech vylučování k posunu od trvalé inkontinence k občasně. Při pozorování sester při poskytování péče obézním pacientům v oblasti vylučování bylo vypořádáno používání plenkových kalhotek, kdy ve třech případech je nutné k výměně dvou osob z důvodu ztížené manipulace s obézním pacientem. Opět narážíme na problém fyzické zátěže v rámci ošetrovatelské péče. Ta je způsobena zejména manipulací s pacienty v oblasti poskytování léčebné a ošetrovatelské péče (Vévoda et al., 2013). V rámci defekace byli

ve třech případech přesunutí pacienti na toaletní křesla a zavezení na toaletu v rámci zachování soukromí a respektování intimity pacientů. To potvrdil pacient P1 slovy: „odvezou mě na záchod. To oceňuju, že mám soukromí“. Respektování soukromí je přímo zakotveno v Zákoně č. 372/2011 Sb. v §28 odst. 3: „Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb“ (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Třetí výzkumná otázka se týkala vlivu obezity na běžné denní aktivity u pacientů po CMP. Běžné denní aktivity se rozdělují na základní a instrumentální. K základním aktivitám patří stravování, oblékání apod., a mezi instrumentální řadíme nakupování, vaření, uklízení, používání telefonu, užívání léků apod. (Martínek a Bartoš, 2011). Pomocí standardizovaného ADL testu zjišťujeme schopnosti pacientů v deseti základních oblastech, které pokrývají běžné denní aktivity, a bodová škála je 0 – 100. Plný počet bodů představuje nezávislost a pod 40 bodů znamená vysokou závislost (Malíková, 2011). V diskuzi byla již probrána oblast mobility a hygienické péče včetně oblasti vyprazdňování. Další oblastí je stravování, tedy přijímání potravy a tekutin. Výživa náleží k základním potřebám člověka, kterými se zabývá holistické ošetřovatelství (Grofová, 2007). Pozorováním sester při zajišťování výživy pacientům po CMP bylo zjištěno, že většina pacientů potřebovala pomoc při přípravě stravy z důvodu paretických či plegických horních končetin. Jednalo se zejména o přizpůsobení stravy do podoby, kterou může člověk jíst jednou rukou. Rozhovory s pacienty s normální hmotností prokázaly samostatnost tří pacientů v oblasti stravování. Pacient P7 konstatoval, že „když člověk chce, jde všechno“. Ostatní dotazovaní pacienti shodně odpověděli, že se dokáží najíst jednou rukou, pokud mají stravu přizpůsobenou tomuto stavu. Přijímání tekutin dokázali oslovení pacienti rovněž samostatně, pokud měli připravené pití na dosah zdravých končetin. Pouze pacient P4 uvedl: „Pití mi jde hůř, trochu mi zlobí polykání“. Porušené polykání neboli dysfagie představuje jeden z nejčastějších následků CMP. Často se jedná o prvořadý či jediný příznak iktu (Václavík et al., 2015). Důsledkem dysfagie není pouze dehydratace či podvýživa, ale i aspirační pneumonie. Terapie poruchy polykání po mozkových mrtvicích je významným faktorem pro obnovu fyziologického příjmu výživy, ale také zlepšuje kvalitu života i snižuje morbiditu a mortalitu (Konečný et al.,

2015). Všechny dotazované všeobecné sestry shodně vypověděly, že výživa pacientů po CMP se odvíjí od jejich celkového stavu i od jejich schopnosti polykat. Podle těchto požadavků se přizpůsobuje strava i tekutiny. V případě nutnosti je možné zajistit stravu různé konzistence, jako např. krájená, mletá, kašovitá či mletá. Při těžkém neurologickém deficitu s neschopností polykat je přistupováno k enterální výživě. Enterální výživa představuje podávání výživných roztoků do trávicího traktu, které jsou farmaceuticky připravené. Její pozitivní účinky spočívají v zajištění přísunu živin v množství nezbytném pro život pacienta a zajištění metabolických nároků organismu. Dalším pozitivním efektem je udržení střevní mikroflóry jako bariéry proti infekcím, neméně důležitá je i výživa střevních buněk či prokrvení oblasti splachniku (Zadák, 2008). Enterální výživu je možné podávat formou sippingu či nasogastrickou sondou nebo perkutánní endoskopickou gastrostomií (PEG), popřípadě chirurgická gastrostomie, které zajišťují podávání výživy přímo do žaludku. Podávání přímo do tenkého střeva je možné zajistit pomocí nasojejunální sondy, chirurgické jejunostomie či perkutánní gastrojejunostomie (PJS) nebo endoskopicky asistovaná jejunostomie (Dastyh, 2012). Rovněž přijímání tekutin je sledováno dle stavu pacientů, což shodně potvrdilo celkem 8 dotázaných sester, které zmínily možnost zahušťování tekutin na konzistenci vyhovující polykacím schopnostem daného člověka. Tento způsob přináší větší komfort pacient, jak vyjádřila sestra S2: *„můžeme tak dodržet daný pitný režim přirozenou cestou. Také tím nutíme pacienty trénovat polykání“*. Samozřejmostí při podávání potravy a tekutin by měla být podpora aktivity a samostatnosti v oblasti stravování, čehož můžeme dosáhnout tím, že *„umožníme mu dostatek času na jídlo, klidné prostředí“* (S5).

Čtvrtá výzkumná otázka se týkala dopadu obezity na rozvoj soběstačnosti u pacientů po CMP. V rámci rozhovorů s obézními pacienty byla položena i otázka ohledně obezity a jejího vlivu na zdraví, život před vznikem nemoci i dopad na rekonvalescenci po příhodě. Tři z oslovených pacientů (P1, P2 a P3) shodně vypověděli, že nepovažují svoji obezitu za problém. Doslova pacientka P3 uvedla: *„já jsem celý život taková a nikdy mi to nevadilo“*. Souvisí názor na vlastní obezitu s dosaženým vzděláním či se sociální inteligencí? Nabízí se otázka ohleduplnosti k ošetřujícímu personálu i k vlastní rodině. Často se setkávám s názorem pacientů *„Něco se mnou dělejte vy – třeba mi dejte prášek, aby mě to zase šlo normálně...“*

Pouze pacient P4 přiznal, že v současné době pro něj obezita představuje zdravotní problém, protože „nemůžu se unést, najednou je to tělo strašně těžký a neovladatelný“. Ovšem na druhou stranu žádný z oslovených pacientů v minulosti svoji nadměrnou hmotnost neřešil, protože jak uvedl pacient P1 „neměl jsem potřebu to řešit. Nijak mě to neomezovalo, aspoň podle mého názoru“. Přesto všichni obézní pacienti přiznali fakt, že je obezita omezuje, ale až v době rekonvalescence po CMP, ať už v oblasti pohybu či jiných aktivit, zejména v rehabilitaci. Shodný názor vyzněl i od všeobecných sester, které při porovnání péče o obézní pacienty a pacienty s normální hmotností, poukázaly na větší fyzickou i psychickou zátěž při poskytování péče. Psychická zátěž je podle BOZP definována jako „pracovní zátěž se zvýšenými nároky na psychické procesy, zejména na pozornost, paměť, představivost, myšlení, rozhodování apod.“ (Encyklopedie BOZP, 2018). Psychická zátěž v ošetrovatelství patří ke sledovaným a hodnoceným faktorům, kdy se zkoumá monotónní pracovní činnost, vnucené pracovní tempo či pracovní podmínky (Nařízení vlády č. 361/2007 Sb.). Dotazovaná sestra S7 popsala jako velmi zatěžující v oblasti psychiky „motivaci těchto pacientů k vlastní aktivitě“ z důvodu obezity, kterou nepovažují za limitující. Naproti tomu sestra S1 zmínila psychickou náročnost při ošetrování pacientů po CMP, kteří spadají do „mladší věkové kategorie“.

Značnou různorodost názorů projevíly sestry na dotaz „V čem je péče o obézní pacienty nejnáročnější?“. V souvislosti s obezitou, která limituje pacienty v soběstačnosti, odpověděla sestra S5 slovy: „dodržování dietních opatření je velkým kamenem úrazu“. Dalším problémem je podle sestry S2 právě fakt, že obézní pacienti nevnímají tuto okolnost jako překážku v soběstačnosti i v rehabilitaci. Doslova uvedla, že „někdy sebevětší motivace a domlouvání s těmito pacienty nepohne. Když prostě nechtějí, tak nechtějí“. Shodně se vyjádřila i sestra S4, která zmínila nechuť obézních pacientů k aktivizaci, která může být ovlivněna tím, že „se nemohou smířit se svým postižením“. Ohledně nedostatečné aktivity se vyjádřila i sestra S4, která zmínila tuto skutečnost ve spojitosti s nejbližším okolím pacientů, tedy jejich rodinami. Jako problematický označila jejich přístup, kdy „nechtějí se zapojovat do péče, přitom je to často to, co pacienty brzdí v dalším postupu a aktivitě“.

Přesto jako nejnáročnější aspekt ošetrovatelské péče označila většina sester nadměrnou fyzickou zátěž personálu i ztíženou manipulaci s obézními pacienty

po CMP. Sestra S1 zmínila i nebezpečí jak úrazů pacientů, protože „*mohou vyklouznout při posazování*“, tak personálu, neboť často pracuje s obézními pacienty při aktivizaci v poloze, jež naprosto neodpovídá „škole zad“ Škola zad je ucelená metodika správného používání lidského těla jako pracovního nástroje, tedy postupy, polohy a metodika správného zvedání břemen. Tyto postupy ovšem nejdou často použít v manipulaci s obézními pacienty. Vzhledem k prostoru, vybavení pokoje a problematickému přístupu k pacientovi ve více lidech, dochází ke zvedání nadměrných břemen v poloze poškozující páteř, klouby, vazy a svaly personálu. Značná část pracovních úrazů vzniká právě při manipulaci s obézními pacienty. To se odráží v problému současné doby, kterým je nedostatek zdravotnického personálu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče. Kvalitu péče nejsrozumitelněji definovali autoři Škrla a Škrlová (2003) jako: „*Dělat správně věci správně, na správném místě a se správnými lidmi*“. Při poskytování ošetrovatelské péče se můžeme setkat i s určitou neomaleností pacientů vůči personálu, kdy si někteří pacienti myslí, že zdravotník je snad „nadčlověk“, který tu obrovskou váhu uzvedne sám.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá tématem vlivu obezity na následnou péči u pacientů po cévní mozkové příhodě. Jedná se o velmi aktuální téma, jelikož v současné hektické době se vyskytuje značné množství civilizačních chorob, která jsou velmi často spojena s rizikovým a nezdravým životním stylem. Obezita je označována za pandemii třetího tisíciletí a zároveň představuje rizikový faktor pro vznik CMP. Na druhé straně jsou iktu velmi závažným onemocněním, která zanechávají značné následky limitující a omezující pacienty ve zvládnání aktivit běžného života. Jedná se často o velmi frustrující a zatěžující faktory, které zasahují do všech sfér lidského života.

V úvodu diplomové práce byly stanoven cíl, který měl za úkol zmapovat vliv obezity na následnou péči u pacientů po cévní mozkové příhodě. K tomuto cíli byly za účelem výzkumného šetření stanoveny výzkumné otázky: Jak ovlivňuje obezita mobilitu pacientů po CMP? Jak ovlivňuje obezita hygienickou péči pacientů po CMP? Jak ovlivňuje obezita běžné denní aktivity pacientů po CMP? Jaký dopad má obezita na rozvoj soběstačnosti u pacientů po CMP?

Výsledky výzkumného šetření přinesly zjištění, že obezita má značný vliv na mobilitu pacientů po CMP z důvodu častého upoutání na lůžko a prodloužení rekonvalescence. I rehabilitační péče je limitována nadměrnou hmotností, která v souvislosti s paretickým či plegickým postižením končetin, výrazně omezuje pohybové aktivity, které souvisí i se soběstačností v běžných denních aktivitách. Podobného výsledku výzkumného šetření bylo dosaženo i v oblasti hygienické péče, kdy jsou obézní pacienti odkázáni na pomoc ošetřujícího personálu v provádění osobní hygieny. Tato zjištění byla podpořena i pozorováním pacientů pomocí standardizovaného testu ADL i pozorováním všeobecných sester, které poskytovaly péči obézním pacientům po CMP. Pro srovnání byly vypracovány případové studie, kdy jedna se zabývala obézním pacientem po CMP a druhá pacientem s normální hmotností. Výsledkem je zjištění, že následná rekonvalescence obézního pacienta byla ztížena a limitována jeho nadměrnou hmotností. Pacient s normální hmotností dosahoval výraznějšího pokroku v soběstačnosti s přihlédnutím na následky mozkové mrtvice, které přispívají k mírné závislosti na pomoci druhých osob.

Běžné denní aktivity osob po cévních mozkových příhodách jsou rovněž ovlivněny obezitou. Z rozhovorů se sestrami byla tato skutečnost potvrzena, kdy bylo poukázáno na značnou fyzickou i psychickou zátěž zdravotnického personálu při poskytování péče obézním pacientům. Problémem se jeví skutečnost, že většina dotázaných pacientů nevnímá svoji nadměrnou hmotnost jako problém, který má vliv na jejich celkový život. Tuto skutečnost vyplynula i z rozhovorů se všeobecnými sestrami. Na druhou stranu je velmi malá možnost ovlivnění obezity v relativně krátkém čase hospitalizace. Hospitalizovaní pacienti si často přinášejí špatné návyky a stereotypy ve stravování. Jejich celkový stav je ovlivněn i celkovým psychickým rozpoložením, kdy se může objevovat sebelítost či bezohlednost vůči ošetřujícímu personálu. Nelze nezmínit ani bezohlednost příbuzných pacientů, kteří často donášejí nevhodné potraviny k zasyčení. Protipólem je v dnešní době, kdy se zdravotnictví potýká s nedostatkem financí a sleduje se ekonomická stránka poskytované péče, finanční náročnost zdravých a redukčních diet. Redukční diety často pro obézní pacienty znamenají diskomfort, zejména pokud se jedná o jedince s různým stupněm postižení a následků CMP, protože strava představuje pro ně poslední a jedinou životní radost, kterou mu chce zdravotní personál odebrat.

Výzkumné otázky byly v rámci výzkumného šetření zodpovězeny a odkryly problematiku obezity ve vztahu k následné péči po cévních mozkových příhodách. Tato skutečnost si jistě zasluhuje větší pozornost, zejména v oblasti prevence obezity, která představuje rizikový faktor pro vznik CMP nebo z pohledu následné péče a podnítit sestry i ostatní ošetřující personál k zamyšlení nad prevencí vzniku cévních mozkových příhod v průběhu celého života člověka. Výsledky poukázaly na potřebu edukační činnosti v rámci prevence, která by měla být nedílnou součástí celé zdravotní péče. Problémem je také jeví srovnávání pacientů po CMP jako velmi složitý proces. Nikdy nenajdeme identické poškození, identickou sociální inteligenci, dobrou kondici v předchorobí apod.

Výsledné závěry tohoto výzkumného šetření lze zobecnit jen částečně, i když byl výzkum proveden s mimořádnou pečlivostí za účelem proniknutí do hloubky daného problému. Přesto závěry se mohou odlišovat od situací v jiných zařízeních. To dává podnět ke zpracování dalších výzkumných šetření na toto téma. Rovněž je možné využít poznatky při zřizování speciálních pokojů pro obézní pacienty. V rámci toho by bylo

možné využít všechny dostupné stimuly snižující chuť k jídlu – např. výmalba, obrázky, apod. Rovněž zařízení pokojů by bylo nutné specializovat – postele s vyšší nosností, speciální zvedáky, dostatek prostoru, drahé. Toto vše je možné si představit pro samoplátce, protože i svoji obezitu si většinou také sami zaplatili. Z pohledu plateb pojišťoven je tato péče obrovský nadstandard, který bohužel nikdo nezaplatí a zvýšené náklady jsou na úkor zařízení, které péči poskytuje.

To vše dává podnět k znepokojujícím myšlenkám jako: „Proč by se měl někdo zodpovědně s nasazením vlastního zdraví starat o obézní pacienty? Proč by to měly nemocnice dělat, když je to evidentně nevýhodné? Jak donutit lidi v produktivním věku či mladou generaci, aby nenásilným způsobem získali informace o vlivu obezity na život ve zdraví i v nemoci, o komplikacích obezity, i včasného řešení nadměrné. Neměla by být tak náročná péče lépe placená? Do jaké míry by byla únosná spoluúčasť obézních pacientů na péči? A co preventivní opatření? Také obtížnost návratu do domácího prostředí, protože i příbuzní často nezvládnou péči vzhledem k obezitě pacienta.“

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADÁMKOVÁ, V., 2010. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton, 130 s. ISBN 978-80-7387-413-1.

AMBLER, Z., 2011. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vydání. Praha: Galén, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

AMBLER, Z., J. BEDNAŘÍK a E. RŮŽIČKA, 2012. *Klinická neurologie – část obecná*. 2. vydání. Praha: Triton, 980 s. ISBN 978-80-7387-157-4.

ANGEROVÁ, Y.; ŠVESTKOVÁ, O., 2010. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. In: Kalvach, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přepracované vydání. Praha: Grada, s. 359-380. ISBN 978-80-247-2765-3.

ANTOŠOVÁ, D. et al., 2014. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 160 s. ISBN 978-80-85047-49-3.

BAR M., CHMELOVÁ I., 2011. *Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě*. [online]. Postgraduální medicína. 02/2011. [cit. 2018-01-15]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>.

BARTŮŇEK, P., D. JURÁSKOVÁ, J. HECZKOVÁ a D. NALOS, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BAUER, J., 2010. *Cévní mozkové příhody*. [online]. MEDICAL TRIBUNE CZ. Kapitoly z kardiologie. 4/2010. [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20216-cevni-mozkove-prihody>.

BEDNAŘÍK, J., Z. AMBLER, E. RŮŽIČKA E., 2010. *Klinická neurologie: část speciální I*. Praha: Triton, 1430 s. ISBN 978-80-7387-389-9.

BOHÁČEK, P. a D. POLCAROVÁ, 2007. *(Neuro)psychologické následky cévní mozkové příhody*. [online]. Sestra. 4/2007. [cit. 2018-01-12]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/neuro-psychologicke-nasledky-cevni-mozkove-prihody-301153>.

BRAY, G. A., 2011. *A guide to obesity and the metabolic syndrome origins and treatment*. Boca Raton: CRC Press. ISBN 9781439814581.

BRÁZDIL, M., 2002. Neglect syndrom a „příznak skrytého vidění“. *Neurologie pro praxi*, č. 3, s. 146-148. ISSN 1243-1814.

BRUTHANS, J., 2010. *Epidemiologie cévních mozkových příhod*. [online]. *MEDICAL TRIBUNE CZ*. Kapitoly z kardiologie. 4/2010. [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnych-mozkovych-prihod.

BRUTHANS, J., 2017. *Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod*. [online]. Online systém České kardiologické společnosti. [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: http://www.cksonline.cz/17vyrocnisjezdcks/sjezd.php?p=read_abstrakt_program&idabs trakta=337.

BRUTHANS, J., CÍFKOVÁ, R., 2016. *Stav léčby CMP v ČR: pohled epidemiologa*. [online]. Postgraduální medicína. 03/2016. [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/stav-lecby-cmp-v-cr-pohledepidemiologa-482354>.

BURDA, P. a L. ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.

BUŽGA, M., 2012. *Vliv barické léčby obezity na složení těla a metabolismus morbidně obézních pacientů*. Olomouc. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Ústav preventivního lékařství.

CAMPBELL BURTON C. A., MURRAY J., HOLMES J., ASTIN F., GREWOOD D., KNAPP P., 2013. Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Stroke*. 8(7), 545-59 [cit. 2018-01-15]. DOI: 10.1111/j.1747-4949.2012.00906.x. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23013268>.

Cerebrovaskulární manuál [online]. [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: <http://cmp-manual.wbs.cz/>.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. [online]. [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

ČESKO. Nařízení vlády č. 361/2007 ze dne 12. prosince 2007, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007. [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361>.

ČEŠKA, R. et al., 2015. *Interna*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton, 930 s. ISBN 978-80-7387-895-5.

DASTYCH, M., 2012. *Enterální výživa v klinické praxi*. [online]. Interní medicína pro praxi. 14(4), s. 152-156. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/04/04.pdf>.

DiBAISE, J. K., & FOXX-ORENSTEIN, A. E., 2014. Role of the gastroenterologist in managing obesity. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 7(5), 439–51 [cit. 2018-01-20] DOI: 10.1586/17474124.2013.811061. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/17474124.2013.811061>.

DOPITOVÁ, K., 2017. *Percepce vertikality u pacientů po CMP*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav fyzioterapie.

Encyklopedie BOZP, 2018 [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: http://ebozp.vubp.cz/wiki/index.php/Psychick%C3%A1_z%C3%A1t%C4%9B%C5%B E.

European Cardiovascular Disease: Statistics 2017 [online]. [cit. 2018-04-25]. Dostupné z: <http://www.ehnheart.org/cvd-statistics.html>.

FEIGIN, V. L., 2007. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 208 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

FIALA, J., 2013. Vliv obezity na riziko vzniku nádorového onemocnění. In: Kolektiv autorů. *Doporučené postupy Primární prevence onkologických onemocnění*. Praha: Ambit Media a.s., s. 36-41. ISBN 978-80-905474-1-4.

FIKSA, J., 2015. *Cévní mozková příhoda, patogeneze a současné aspekty léčby*. [online]. MEDICAL TRIBUNE CZ. Kapitoly z kardiologie. 2/2015. [cit. 2017-12-27]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/36405-cevni-mozkova-prihoda-patogeneze-a-soucasne-aspekty-lecby>.

FU, J., HOFKER, M., WIJMENGA, C., 2015. Apple or pear: size and shape matter. *Cell Metab.* 21(4), 507-8 [cit. 2018-01-22]. DOI: 10.1016/j.cmet.2015.03.016. Dostupné z: [/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25863240](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25863240).

FURIE, Karen L. et al., © 2016. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack [online]. *American Heart Association*. 21. 10. 2010. [cit. 2017-12-28]. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/content/42/1/227.full>.

GAJDÁCSOVÁ, J., 2010. Nadváha a obezita. *Sestra*. [online]. 4/2010. [cit. 2018-01-24]- Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nadvaha-a-obezita-450965>.

GOLDEMUND, D., 2013. Terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody. *Kardiologická revue Interní medicína*. 15 (1), s. 26-32. ISSN 2336-288X.

GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-80-247-6131-2.

GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 233 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HACKETT M. L., KÖHLER S., O'BRIEN J. T., MEAD, G. E., 2014. Review: Neuropsychiatric outcomes of stroke. *Lancet Neurology*. 13(5), 525-34 [cit. 2018-01-15]. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70016-X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24685278>.

HAINER, V., 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

HALMO, R., P. KUDLOVÁ a V. VRÁNOVÁ, 2008. *Deník ošetrovatelské praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 83 s. ISBN 978-80-244-1878-0.

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERZIG, R., 2014. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetrojícího lékaře*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 112 s. ISBN 978-80-7345-373-2.

HORÁČEK, O. a KOLÁŘ, P., 2009. Cévní onemocnění mozku. In: KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 392-396. ISBN 978-80-7262-657-1.

HOŠKOVÁ, B. Et al., 2013. *Vademecum: zdravotní tělesná výchova (druhy oslabení)*. Praha: Karolinum, 132 s. ISBN 978-80-246-2137-1.

HRUBY, A. a F. B. HU., 2015. Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics* 33(7), p. 673-689. [cit. 2018-01-27]. DOI: 10.1007/s40273-014-0243-x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s.40273-014-0243-x>.

HUTYRA, M., ŠAŇÁK, D., BÁRTKOVÁ, A., TÁBORSKÝ, M., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-3816-1.

ICD-10 Version: 2016: Cerebrovascular diseases, 2016. [online]. WHO. [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.

JEDLIČKA, P., KELLER O., 2005. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 424 s. ISBN 80-7262-312-5.

KALINA, M., 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 231 s. ISBN: 978-80-7387-107-9.

KALITA, Z., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 620 s. ISBN 80-85912-26-0.

KALITA, Z., 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta, 40 s. ISBN 978-80-204-2093-0.

KALVACH, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.

KAMPHUIS J. F., DE KAM D., GEURTS A. C. H. & WEERDESTeyN V., 2013. Is Weight-Bearing Asymmetry Associated with Postural Instability after Stroke? A Systematic Review. *Stroke Research and Treatment*. Vol. 2013, s. 1-13. ISSN 2090-8105.

KASALICKÝ, M., 2011. *Chirurgická léčba obezity*. Praha: Ottova tiskárna, 1187 s. ISBN 978-80-254-9356-4.

KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.

KOCOUROVÁ, V., 2015. *Ergoterapie a soběstačnost* [online]. [cit. 2018-04-01]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/zdravotni-pece/rehabilitace/452-ergoterapie-a-sobestacnost>.

KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOMAČEKOVÁ, D., 2009. *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry*. [online]. *Sestra*. 7-8/2009. [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fyzicka-a-psychicka-zatez-pri-poskytovani-oseetrovatelske-pece-pr-435429>.

KONEČNÝ, P., ELFMARK, M., HORÁK, S., KADLČÍK, T., DOBŠÁK, P., MIKULÍK, R., 2015. Dysfagie po cévní mozkové příhodě. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* 22(4), s. 181-184. ISSN 1211 2658.

KOUKOLÍK, F., 2012. *Lidský mozek – Funkční systémy, norma a poruchy*. Praha: Galén, 400 s. ISBN 978-80-7262-771-4.

KROBOT, A., KOLÁŘOVÁ, B., KOLÁŘ, P., SCHUSTEROVÁ, B., TOMSOVÁ, J., 2017. *Neurorehabilitace chůze po cévní mozkové příhodě*. [online]. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 80/113(5), s. 521-526. [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/neurorehabilitace-chuze-po-cevni-mozkove-prihode-61803?confirm_rules=1.

KROUPOVÁ, K. Et al., 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: Vybrané pojmy*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8.

KULIŠŤÁK, P. et al., 2011. *Případové studie z klinické neuropsychologie*. Praha: Karolinum, 278 s. ISBN 978-80-246-1928-6.

KULIŠŤÁK, P., 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum, 902 s. ISBN 978-80-246-3068-7.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LÁVIČKOVÁ, J., 2005. *Sociální důsledky CMP pro nemocného a jeho rodinu*. [online]. Sestra 10/2005. [cit. 2018-01-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/socialni-dusledky-cmp-pro-nemocneho-a-jeho-rodinu-288313>.

LEČBYCH, M. a K. HOSÁKOVÁ, 2014. *Neuropsychologická rehabilitace kognitivních funkcí: učební texty pro studenty FF UP*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 56 s. ISBN 978-80-244-4334-8.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén., 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.

LUKÁŠ, K. et al., 2015. *Chorobné znaky a příznaky - Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ et al., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 328 s. ISBN: 978-80-247-3148-3.

MAREK, J. et al., 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 808 s. ISBN 978-80-247-2639-7.

MARTÍNEK, P. A BARTOŠ, A., 2011. *Použití dotazníků aktivit denního života u pacientů s Alzheimerovou nemocí.* [online]. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 74/107(6), s. 632-640. [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/pouziti-dotazniku-aktivit-denniho-zivota-u-pacientu-s-alzheimerovou-nemoci-36305?confirm_rules=1.

MLČOCHOVÁ, E., LABÁKOVÁ, M., 2012. *Role fyzioterapeuta v následné zdravotní péči.* [online]. Sestra. 02/2012. [cit. 2018-01-29]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/role-fyzioterapeuta-v-nasledne-zdravotni-peci-463450>.

MUSILOVÁ, J., 2014. *Efektivita používání pomůcek pro inkontinentních nemocné v následné péči.* České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JCU.

MUSILOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, E., LETAŠIOVÁ, D., 2014. *Fyzioterapie u pacientů po cévní mozkové příhodě.* [online]. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 3(21), s. 136–140, [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi-clanek/fyzioterapie-u-pacientu-po-cevni-mozkove-prihode-49936?confirm_rules=1.

MÜLLEROVÁ, D. et al., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví.* Praha: Karolinum, 256 s. ISBN 978-80-246-2510-2.

NEVŠÍMALOVÁ, S., TICHÝ J. a RŮŽIČKA E., 2002. *Neurologie.* Praha: Galén, 367 s. ISBN 80-246-0502-3.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ D., 2008. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením.* Brno: Masarykova univerzita, 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.

OWEN, K., 2013. *Farmakologické a nefarmakologické možnosti léčby obezity.* [online]. Interní medicína. 15(10), s. 302-304, [cit. 2018-01-26]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/10/05.pdf>.

OXFORD UNIVERSITY PRESS. Oxford English Dictionary: The definitive record of the English Language. [online]. ©2018 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <http://www.oed.com>.

PALMER, S. a J. B. PALMER, 2013. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál, 224 s. ISBN 978-80-262-0348-3.

PASTUCHA, D. et al., 2014. *Tělovýchovné lékařství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 290 s. ISBN 978-80-247-4837-5.

PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

PICHLEROVÁ, D., 2016. *Obezita – diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře*. [online]. *Medicína pro praxi*. 13(4), s. 204-210, [cit. 2018-01-26]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/11.pdf>.

PLEVOVÁ I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, A., A. KOMÍNKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masyrykova univerzita, 124 s. ISBN: 978-80-210-6331-0.

POWELL, T., 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4.

PROCHÁZKOVÁ, Z., 2013. Péče o hygienu nemocného. *Sestra*. [online]. 09/2013. [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-hygienu-nemocneho-472148>.

PRŮCHA J. a VETEŠKA J., 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 294 s. ISBN 978-80-247-3960-1.

ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada, 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.

SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

SEIDL, Z a M. VANĚČKOVÁ, 2014. *Diagnostická radiologie*. Praha: Grada, 384 s. ISBN 978-80-247-4546-6.

SHUMWAY-COOK, A., WOOLLACOTT M. H., 2007. *Motor Control: Translating Research Into Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 612 s. ISBN 978-07-817-6691-3.

SCHMEIDLER K. et al., 2009. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Brno: Novpress, 180 s. ISBN 978-80-87342-05-3.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

STEFFEN, H. M. et al., 2010. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. Praha: Grada, 416 s. ISBN 978-80-247-2780-6.

SUCHARDA, P., 2010. *Obezita jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění*. [online]. MEDICAL TRIBUNE CZ. 10(3). [cit. 2018-04-25]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/18577-obezita-jako-rizikovy-faktor-kardiovaskularnich-onemocneni>.

SVÁČINA, Š., 2005. *Obezita a deprese*. [online]. Remedia. [cit. 2018-04-27]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Psychiatrie/Obezita-a-deprese/8-1n-bo.magarticle.aspx>.

SVAČINA, Š., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

SVAČINA, Š., 2015. *Léčba obezity*. [online]. MEDICAL TRIBUNE CZ. 15(3). [cit. 2018-01-28]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/37477-lecba-obezity>.

SVAČINA Š., 2018. *Nadváha a obezita*. [online]. CEPOZ. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://www.cepoz.cz/sluzby/nemoci/nadvaha-a-obezita/>.

SZABÓ M., 2012. *Léčba obezity u pacientů s diabetes mellitus – 1. část*. [online]. Praktické lékařství. 8(1), s. 15-17. [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2012/01/05.pdf.

ŠEBLOVÁ, J., KNOR J. et al., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠECLOVÁ, S., 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 80-247-0592-3.

ŠEVČÍK, P. a M. MATĚJOVIČ, 2014. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 1195 s. ISBN 978-80-749-2066-0.

ŠÍŠMOVÁ, H., 2014. *Poruchy komunikace - symptomatologie afázií*. [online]. Afázie Občanské sdružení [cit. 2018-01-10]. Dostupné z: <http://www.afazie.cz/symptomatologie-afazii/>.

ŠKODA, O., 2016. Léčba ischemických CMP v České republice - pohled neurologa. *Postgraduální medicína*. Roč. 3, s. 50-56. ISSN 12124184.

ŠKODA, O. et al., 2016. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou. *Cesk Slov Neurol N*. Roč. 79/112, č. 3, s. 351-363. ISSN 18024041.

ŠKOLOUDÍK, D., ŠAŇÁK D., et al., 2013. *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 310 s. ISBN 978-80-7345-360-2.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 500 s. ISBN 80- 7172-841-1.

ŠŤASTNÝ, E., 2015. *Bolesti kloubů a nadváha*. [online]. ARTRÓZA. 1/2015. [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: http://www.artrocentrum.cz/wp-content/uploads/2016/02/ARTROZA_2015_1.pdf.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H. et al., 2014. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicínských a společenských věd*. Praha: Karolinum, 290 s. ISBN 978-80-246-2628-4.

ŠVAŘÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

TYRLÍKOVÁ, I. a M. BAREŠ, 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.

VÁCLAVÍK, D., G. SOLNÁ, N. LASOTOVÁ, Z. LEBEDOVÁ, J. HOFMANOVÁ, P. KOMÍNEK, F. NOVÁK a K. NEUBAUER, 2015. *Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě*. [online]. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 78/111(6), s. 721-727. DOI: 10.14735/amcsnn2015721. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/pdf?id=56596>.

VÉVODA J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha. Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VĚSTNÍK Ministerstva zdravotnictví ČR č. 9/1998 [online]. *Koncepce následné lůžkové zdravotní péče: metodické opatření*. [cit. 2018-01-18]. Dostupné z: <http://ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf>.

VOJTÍŠEK, P., 2012. *Výzkumné metody. Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 54 s. ISBN 978-80-905109-3-7.

VOTAVA, J., 2001. *Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě*. [online]. *Neurologie pro praxi*. 2001/4 [cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/04/06.pdf>.

VRÁBLÍK, M., 2015. *Novinky v kardiovaskulární prevenci: od guidelines k novým léčebným možnostem*. [online]. *Interní medicína pro praxi*. 17(5), s. 233-238. [cit. 2018-04-25]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2015/05/06.pdf>.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ J., 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ D., 2007. *Základy speciální neurologie*. Praha: Univerzita Karlova, 396 s. ISBN 978-80-2461-020-7.

WITHALL A., BRODATY H., ALTENDORF A., SACHDEV P. S., 2011. A longitudinal study examining the independence of apathy and depression after stroke: the Sydney Stroke Study. *Int Psychogeriatr*. 23(2), 264-73 [cit. 2018-01-15]. DOI: 10.1017/S1041610209991116. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20716386>.

WORKMAN A. B., BENNETT L. C., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017. *Obesity and averweight* [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

YAVUZER, M. G., 2006. *Walking After Stroke: Interventions to restore normal gait pattern*. [online]. Rotterdam. Doctoral thesis. Erasmus University Rotterdam. Dostupné z: http://repub.eur.nl/pub/8177/061220_Yavuzer,%20M%20Gunes%20-%20Walking%20After%20Stroke.pdf.

YUE, Y., SONG, W., HUO, S., WANG, M. 2012. Study on the Occurance and Neural Bases of Hemispatial Neglect With Different Reference Frames. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 93, s. 156-162. ISSN 0003-9993.

ZADÁK, Z., 2008. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 552 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

ZHANG, WB., PINCUS, Z., 2016. Predicting all-cause mortality from basic physiology in the Framingham Heart Study. *Aging Cell* [online]. 15(1), 39-48 [cit. 2018-01-24]. DOI: 10.1111/accel.12408. Dostupné z: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26446764.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Struktura rozhovoru s pacientem

Příloha č. 2 – Struktura rozhovoru s všeobecnou sestrou

Příloha č. 3 – Standardizovaný ADL test

Příloha č. 4 – Struktura pozorovacího archu

Příloha č. 5 – Přepis rozhovorů (uloženo na CD)

Příloha č. 6 – Přepis pozorovacího archu (uloženo na CD)

Příloha č. 7 – Souhlas managementu NNP LDN s výzkumným šetřením

Příloha č. 1

Struktura rozhovoru s pacientem

Rozhovor s obézním pacientem:

1. Jakým způsobem ovlivnila CMP Váš běžný život?
2. Jakým způsobem ovlivnila CMP Vaši mobilitu? Jakou pomoc potřebuje při pohybu?
3. Jak zvládáte hygienickou péči po mozkové příhodě? Co si dokážete z hygieny udělat sám a v čem potřebujete pomoci od personálu?
4. V čem potřebujete pomoci při vyprazdňování?
5. Jak zvládáte přijímání potravy a tekutin?
6. Považujete obezitu za závažný zdravotní problém?
7. Myslíte si, že obezita ovlivňovala váš život před vznikem CMP?
8. Pokud ano, v jaké oblasti života byla obezita pro Vás největším problémem (hygiena, oblékání, toaleta, pohyblivost).
9. Myslíte si, že obezita hrála roli při vzniku CMP?
10. Pokoušel jste se někdy obezitu řešit? Pokud ano, z jakého důvodu (zdravotního, sebeděče, stud,..)
11. Myslíte si, že Vám obezita ztěžuje léčbu, rehabilitaci či návrat do běžného života po CMP?
12. Pokud ano, tak ve které oblasti nejvíce (hygiena, oblékání, toaleta, pohyblivost)?
13. Myslíte si, že byste potřeboval stejnou pomoc oš. personálu, pokud byste nebyl obézní?
14. Jak vnímá Vaši situaci Vaše rodina a nejbližší? Co plánuje po ukončení pobytu na následné péči?

Rozhovor s pacientem s normální hmotností:

1. Jakým způsobem ovlivnila CMP Váš běžný život?
2. Jakým způsobem ovlivnila CMP Vaši mobilitu?
3. Jak se dokážete pohybovat sám?
4. V čem potřebujete nejvíc pomoci při pohybu?
5. Jak zvládáte hygienickou péči po mozkové příhodě?
6. Co si dokážete z hygieny udělat sám a v čem potřebujete pomoci od personálu?
7. Co zvládáte samostatně v oblasti vyprazdňování?
8. V čem potřebujete pomoci při vyprazdňování?
9. Co zvládáte samostatně při přijímání potravy a tekutin?
10. V čem potřebujete pomoci při přijímání potravy a tekutin?
11. Jak vnímá Vaši situaci Vaše rodina a nejbližší? Co plánuje po ukončení pobytu na následné péči?

Příloha č. 2

Struktura rozhovoru s všeobecnou sestrou:

Rozhovor s všeobecnou sestrou:

1. Jistě jste se ve své praxi setkala s pacienty po CMP. Jak vnímáte ošetřování těchto pacientů
2. V čem potřebují pacienti po CMP v následné péči pomoci při běžných denních činnostech?
 - Když se zaměříme na oblast hygieny?
 - A co oblast výživy – přijímání potravy a tekutin?
 - A co péče o vyprazdňování?
3. V čem vnímáte rozdíl mezi ošetřováním obézního pacienta a pacienta s normální váhou?
4. Mobilita pacientů po CMP – vnímáte rozdíl mezi obézním pacientem a pacientem s normální váhou? (např. pohyb v rámci lůžka, přesun z lůžka na židli, stoj či chůze, atd.)
5. Jak náročná je péče o obézní pacienty?
6. V čem je péče o obézní pacienty nejnáročnější?

Příloha č. 3

Standardizovaný ADL test

Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

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

Hodnocení stupně závislosti: **

- ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

* zaškrtněte jednu z možností ** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Příloha č. 4

POZOROVACÍ ARCH

1. **SED NA LŮŽKU**
2. **PŘESUN Z LŮŽKA NA KŘESLO ČI ŽIDLI**
3. **STOJ U LŮŽKA**
4. **CHŮZE S KOMPENZAČNÍMI POMŮCKAMI**
5. **OSOBNÍ HYGIENA**
6. **CELKOVÁ KOUPEL**
7. **VYLUČOVÁNÍ**
8. **STRAVOVÁNÍ**

Příloha č. 7

NNP LDN Horažďovice, s.r.o.
Blatenská 314
341 01 Horažďovice
Mgr. Anna Petržílková
Vrchní sestra

Bc. Tauchenová Jana, DiS.
Lípová 909
341 01 Horažďovice

V Horažďovicích dne 19. září 2017

Věc: Žádost


Vážená paní magistro,

Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení výzkumu v Nemocnici následné péče Léčebně dlouhodobě nemocných Horažďovice, s.r.o. V současné době studuji na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích magisterský program specializace v ošetrovatelství a zpracovávám diplomovou práci na téma „Vliv obezity na následnou péči u pacientů po cévní mozkové příhodě“.

Výzkumné šetření by bylo provedeno kvalitativní metodou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty po CMP, kteří absolvují rekonvalescenci na oddělení následné péče ve Vaší nemocnici. Další šetření by zahrnovalo rozhovory s všeobecnými sestrami, jež pracují v této nemocnici. Výzkumné šetření by bylo prováděno v období říjen 2017 až březen 2018.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem



Bc. Jana Tauchenová, DiS.

Vedoucí práce:

Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

SOUHLA SÍM


Mgr. Petržílková A.

NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE
LDN HORAŽĎOVICE, s.r.o.
Blatenská 314, 341 01 Horažďovice
tel. 376 512 331-3
fax: 376 512 231

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACA = arteria cerebri anterior

ACM = arteria cerebri media

Apod. = a podobně

ATB = antibiotika

Atd. = a tak dále

BMI = index tělesné hmotnosti

Cca = cirka

Cps = capsula

CMP = cévní mozková příhoda

CNS = centrální nervová soustava

CD = kompaktní disk

CT = výpočetní tomografie

CTAG = výpočetní tomografie s angiografickým vyšetřením

cm = centimetr

ČR = Česká republika

DK = dolní končetiny

EF = ejekční frakce

EKG = elektrokardiogram

EU = Evropská unie

g = gram

HAK = hormonální antikoncepce

HDL = lipoprotein s vysokou hustotou

HK = horní končetina

j. = jednotka

kg = kilogram

LDK = levá dolní končetina

LDL = lipoprotein s nízkou hustotou

LDN = léčebna dlouhodobě nemocných

LKS = levá komora srdeční

LTV = léčebná tělesná výchova

mg = miligram

min = minuta

ml = mililitr

mmHg = milimetr rtuťového sloupce

mmol/l = milimol na litr

např. = například

NNP = nemocnice následné péče

NS = nespecifikovaná, blíže neurčená

O₂ = kyslík

PDK = pravá dolní končetina

PEG = perkutánní endoskopická gastrostomie

PHK = pravá horní končetina

PMK = permanentní močový katétr

Popř. = popřípadě

RDG = radiodiagnostika

RZS = rychlá záchranná služba

s.c. = subkutánně

SpO₂ = saturace krve kyslíkem

s.r.o. = společnost s ručením omezeným

tbl = tableta

TK = tlak krve

TTE = transtorakální echokardiografie

tzv. = takzvaný

VAS = vizuální analogová škála

ZZS = záchranná zdravotnická služba