

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ**

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Lucie Kotrbová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**Kvalita života nemocného po cévní mozkové příhodě**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Bc. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2012

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Bc. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Také bych chtěla poděkovat svým respondentům a jejich rodinám, kteří byli ochotni věnovat mi svůj čas a důvěru.

# OBSAH

Úvod .....	10
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Cévní mozková příhoda .....	12
1.1 Charakteristika .....	12
1.2 Historie .....	12
2 Druhy cévní mozkové příhody .....	13
2.1 Ischemická cévní mozková příhoda .....	13
2.1.1 Subtypy ischemické CMP .....	14
2.1.2 Lokalizace ischemické CMP .....	14
2.1.3 Příčiny vzniku ischemické CMP .....	15
2.1.4 Dělení ischemické CMP podle doby trvání klinických příznaků .....	15
2.2 Hemoragická cévní mozková příhoda .....	16
2.2.1 Lokalizace hemoragické CMP .....	16
2.2.2 Dělení hemoragické CMP .....	16
3 Rizikové faktory cévní mozkové příhody .....	17
4 Prevence vzniku cévní mozkové příhody .....	18
5 Možné následné stavy po cmp .....	19
6 Péče o jedince po cévní mozkové příhodě .....	20
6.1 První pomoc .....	21
6.2 Diagnostika CMP .....	22
6.3 Lékařská péče .....	23
6.3.1 Preiktální období .....	23
6.3.2 Iktální období .....	23
6.3.3 Postiktální období .....	24
6.4 Ošetrovatelská péče .....	24
6.4.1 Hygiena .....	25
6.4.2 Dekubity .....	25
6.4.3 Výživa .....	26
6.4.4 Vyprazdňování .....	26
6.4.5 Prevence tromboembolické nemoci .....	27

6.4.6 Prevence pádů.....	27
6.5 Rehabilitace.....	27
6.5.1 Postup při rehabilitaci – akutní stádium.....	28
6.5.2 Postup při rehabilitaci – subakutní stádium .....	28
6.5.3 Postup při rehabilitaci – chronické stádium .....	29
7 Pečovatelská služba.....	29
7.1 Příspěvek na péči.....	29
8 Kvalita života po cmp.....	30
8.1 Postoj k nemoci .....	31

## PRAKTICKÁ ČÁST

1 Formulace problému.....	33
2 Cíl a úkol průzkumu .....	33
3 Vzorek respondentů.....	34
4 Metody výzkumu.....	34
5 Prezentace a interpretace získaných údajů.....	35
6 Diskuze .....	46

ZÁVĚR.....	49
------------	----

## POUŽITÁ LITERATURA

## SEZNAM ZKRATEK

## SEZNAM PŘÍLOH

## PŘÍLOHY

## ANOTACE

Příjmení a jméno: Kotrbová Lucie

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Kvalita života nemocného po cévní mozkové příhodě

Vedoucí práce : Bc. Vladimíra Fremrová

Počet stran : číslované 49, nečíslované 9

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, kvalita života, mozek, nemocný, rehabilitace

### Souhrn:

Ve své bakalářské práci se zabývám kvalitou života u nemocného s cévní mozkovou příhodou. V teoretické části uvádím charakteristiku a druhy cévní mozkové příhody. Ještě zde popisuji kvalitu života. V praktické části se pomocí rozhovoru zabývám zhodnocením kvality života s touto diagnózou.

## Annotation

Surname and name: Kotrbová Lucie

Department: Nursing

Title of thesis: Quality of life patient after cerebrovascular accident

Consultant: Bc. Vladimíra Fremrová

Number of pages: 49, 9

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 27

Key words: cerebrovascular accident, quality of life, brain, patient, rehabilitation

### Summary:

In my thesis I focus on quality of life in a patient with stroke. The theoretical part describes the characteristics and types of stroke. Even here describe the quality of life. In the practical part of the interview with the evaluation of quality of life deal with this diagnosis.

# ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce objasňuji kvalitu života nemocného po cévní mozkové příhodě. Téma jsem si vybrala z důvodu aktuálnosti a také, že stále stoupá výskyt tohoto onemocnění u nás i v evropských zemích. Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) je druhou nejčastější příčinou smrti v České republice.

V teoretické části popíši, co samotná cévní mozková příhoda znamená, její historii a dělení tohoto onemocnění. Do mé bakalářské práce zahrnuji i rizikové faktory, o kterých by měli být jistě informováni všichni. Důležitá je rovněž prevence vzniku choroby, neboť je nedílnou součástí úspěchu a podílí se na snižování počtu onemocnění. Hlavní příznaky CMP je zajisté dobré znát a při objevení některého z příznaků je nutno ihned zavolat rychlou záchrannou službu.

Onemocnění touto chorobou se netýká jen seniorů, ale objevuje se i u osob středního, produktivního věku i u osob mladších a mladých. Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních za hospitalizace. Seniorů s cévní mozkovou příhodou rok od roku přibývá a s tím souvisí i zvýšení poptávky na zdravotní péči. U cévní mozkové příhody je nejdůležitější, aby postižený touto chorobou byl do nemocnice, která se specializuje na léčbu CMP, dopraven co nejdříve. Udává se nejpozději do 4 hodin od vzniku prvních příznaků. Popisuji zde i první pomoc a diagnostiku.

Musím uvést, že původní název této nemoci byla mozková mrtvice. Bohužel se ještě dnes termín používá, ale už není opodstatněný, protože lze CMP velmi úspěšně léčit, což se lze také dočíst v mé bakalářské práci. Lékařská péče je dělena na tři období a v každém období se léčba zaměřuje na něco jiného. I možné stavy po cévní mozkové příhodě jsem zařadila do mé bakalářské práce. Až třetina postižených touto příhodou bohužel umírá na toto onemocnění. V lepším případě dochází k invaliditě. Nemocný je nejčastěji postižen parézou, plegií a hlavně postihuje i řečové schopnosti. Jako nejdůležitější u cévní mozkové příhody se stává aktivní a včasná rehabilitace, která by měla trvat do doby, dokud pozorujeme zlepšování.

V neposlední řadě se také věnuji pečovatelské službě, kterou může využít rodina při propuštění nemocného do domácího léčení. Služba zahrnuje pomoc při zvládnutí běžných činností péče o vlastní osobu a je za úplatu. Je také možné si zažádat o příspěvek na péči. S případným přiznáním příspěvku na péči prostřednictvím sociálního



šetření dostávají dle stupně závislosti osoby starších 18 let od státu příspěvek v hodnotě od 800,- Kč - 12 000,- Kč. To vše je rozebráno dále.

Teoretická část je uzavřena kapitolou týkající se vymezení pojmu kvalita života. Je zde uvedena definice kvality zdravotní péče dle WHO. Pro kvalitní život po prodělané CMP je důležitý faktor kvalitní rehabilitace a pro tu je významná hlavně osobnost jedince. Důležitou roli zde také má jedincův postoj k nemoci, který je na konci rozdělen podle typů reakcí. Podstatná je spolupráce rodiny, přátel, zdravotnického týmu a všech odborníků, kteří se snaží o nejlepší kvalitu života.

V praktické části zjišťuji, jak diagnóza cévní mozková příhoda ovlivňuje kvalitu života nemocného, a jak tuto diagnózu vnímá sám nemocný. Dále zkoumám, jaký má vliv věk na kvalitu života jedince po CMP, na jeho vyrovnání se s případnými následky.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

## 1.1 Charakteristika

Akutní cévní mozková příhoda neboli iktus znamená stejně urgentní stav jako závažné poranění mozku nebo infarkt myokardu. Dle WHO zní definice CMP jako „*rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení*“. (1) CMP má velmi synonym. Nejčastěji se používají pojmy infarkt mozku, mozková hemoragie, krvácení a někdy je ještě slyšet slovo mrtvice, přesněji mozková mrtvice. CMP je akutní postižení určité oblasti mozku na bázi náhlé cévní poruchy, která buď poškodí mozkovou tkáň náhlou poruchou přísunu kyslíku a živin, nebo poruší mozkovou tkáň mechanicky. (1, 2)

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize přesně definuje cévní nemoci mozku pod kódem **I60 – I69**. Tyto nemoci se řadí do souboru nemocí oběhové soustavy. (3)

## 1.2 Historie

Egyptané a Řekové už před 2,5 tisíci lety chápali mozek jako sídlo myšlení. Tenkrát už znali vzájemný vztah mezi hemisférou jedné strany mozku a hybností druhé poloviny těla.

Hippokrates chápал CMP jako selhání rovnováhy mezi tělními tekutinami. Charakterizoval to tak, že se mozek naplnil černou žlučí. Naopak Galén se domníval, že CMP je vyvolána nahromaděním hlenu v mozkových tepnách.

Jako první v Evropě roku 1664 je reálně popsáno a zobrazeno cévní povodí mozku včetně propojení přírodních tepen známé jako Willisův okruh, který se používá dodnes.

V 19. století se začalo rozeznávat znaky mezi lézemi a otokem mozku a o nejvýznamnější diagnostický pokrok se postaral v roce 1891 Heinrich Irenaeus Quinck, který zavedl lumbální punkci a také angiografii.

V průběhu 19. století byl popsán klinický obraz subarachnoidálního krvácení. Stále ale chybí stanovení diagnózy v akutní fázi, nikoli až posmrtně.

Vůbec první intravitální vyobrazení aneurysmatu provedl v roce 1933 Antonio Egasus Moniz, který byl průkopníkem angiografie.

Iktus se po dlouhou dobu musel ošetřovat jen chirurgicky. První operaci uskutečnil Sir Victor Alexander Haden Horsley kolem roku 1886. Postupoval tak, že podvázal společné nebo vnitřní krkavice. Až roku 1931 realizoval Norman Dott první ošetření aneurysmatu, při kterém šlo o obložení aneurysmatu svalem.

Stříbrné svorky poprvé aplikoval Walter Edward Dandy v roce 1937. Tyto svorky ale měly jednu nevýhodu. Při špatném umístění se už nedaly uvolnit. Daleko povedený model pružných svorek přišel na řadu až v 60. letech 20. století.

V dnešní době se vyskytuje spousta dokonalých vyšetřovacích metod, které přispívají k odhalení cévní mozkové příhody. Všechny metody a praktiky se postupem času velice zlepšily. (4)

## 2 DRUHY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní mozková příhoda se rozděluje na dvě velké skupiny:

**Ischemická CMP** patří mezi nejčastější typ CMP.

Vyskytuje se v 80% všech případů.

**Hemoragická CMP** doplňuje zbývajících 20 % CMP.

Je to způsobeno krvácením do mozku nebo jeho okolí. Dělí se na:

- a) intracerebrální hemoragii s výskytem 15 % případů
- b) subarachnoidální hemoragii, která se vykytuje v 5 % případů.

### 2.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemická cévní mozková příhoda se vyskytuje jako nejčastější typ CMP. Vzniká náhlým cévním poškozením, který je zapříčiněn špatným prokrvením v odpovídající oblasti mozku a tedy vznik hypoxie. Hypoxie může propuknout i při normálním cévním oběhu, kdy je snížený obsah kyslíku v krvi (hypoxémie). (5)

### 2.1.1 Subtypy ischemické CMP

Názvy subtypů vznikly podle zjištění hlavní příčiny. Zjistit tyto příčiny znamená velice důležitou skutečnost, nejen pro specifikaci léčby v akutní fázi, ale také pro sekundární prevenci. Rozlišují se 4 subtypy ischemických CMP:

**Aterotrombolický** (30-40% případů), kdy dochází k odumírání buněk v odpovídající části mozku. Tento stav je ireverzibilní.

**Lakunární** (25% případů), malé tepny jsou postiženy diabetem mellitem a hypertenzí. Poškození mozkové tkáně není tak velké jako u prvního typu.

**Kardioembolický** (30% případů), to je způsobeno utvořením trombu v srdci, který putuje až do mozkového cévního řečiště.

#### **Ostatní**

Tyto ischemické CMP se vyskytují v 5 % případů (6)

### 2.1.2 Lokalizace ischemické CMP

Když dojde k uzávěru mozkové tepny, vznikne poškození té oblasti mozku, která byla touto tepnou zásobována (Országh, J., Káš, S., 1995). Závažnost této CMP se často odvíjí i od místa, kde vznikla. Ischemická CMP může postihnout dvě odlišná krevní povodí. Tato povodí se nazývají **vertebrobazilární** (zadní), u kterého je vyšší úmrtnost než při postižení druhého povodí **karotického** (předního). Mozek je zásobován okysličenou krví z přední části těla dvěma karotickými tepnami (krkavicemi). Tyto karotické tepny okysličují zvláště mozkové hemisféry. Ze zadní strany je kyslík do mozku přiváděn vertebrálními tepnami, které se ve spodině mozkové spojí v jednu velkou bazilární tepnu. Tato bazilární tepna vede kyslík do části mozku a do mozkového kmene. Takto je charakterizován oběh krve v mozku a dohromady tvoří tzv. Willisův okruh. (2, 7)

Nejčastější výskyt uzávěrů tepen se vyskytuje v oblastech přívodních velkých tepen, převodní mozkové tepny, střední mozkové tepny, zadní mozkové tepny, některých mozečkových tepen a tepen mozkového kmene, kdy defekt této oblasti označuje jistou smrt, neboť v tomto místě jsou umístěna nejdůležitější mozková centra. (2, 7)

### 2.1.3 Příčiny vzniku ischemické CMP

Příčiny vzniku ischemie se od hemoragie liší, ale někdy je klinický obraz a průběh podobný. Za nejčastější příčinu ischemické CMP se uvádí postižení mozkové tepny nebo hlavní přívodné tepny do mozku tzv. aterosklerotickým procesem. Tímto procesem dochází k **zužování tepen**. (5)

Další pravděpodobnou příčinou je **usedání krevních sraženin (trombus)** na cévní stěny, které tepnu úplně uzavrou. U ischemické CMP je tato příčina nejčastější. Její rozvoj je postupný a pozvolný. Trombóza se nejčastěji objevuje v klidovém režimu mozku a to při zpomalení krevního oběhu. Vyskytuje se nejčastěji ve spánku. (2, 5)

Existuje ale ještě jedna příčina ischemické CMP a tou je **embolie**. Embolie má začátek velmi rychlý a průběh je zcela nepředvídatelný. Embolus se uvolní v jakémsi místě krevního oběhu, je unášen krevním tokem a dále zanesen do některé mozkové tepny, kterou uzavře. Výsledek je stejný jak u trombózy, kdy část mozku trpí nedostatkem kyslíku a jiných živin. Následuje ale další průběh. Embolus se v lepším případě rozpadne nebo se zahájí odlučování malých kousků krevní sraženiny (emboly), které cestují krevním řečištěm a v mozku uzavírají malé mozkové tepny a tepénky. Poslední příčina ischemické CMP se uvádí systémová hypoperfuze, což znamená, že je mozek zásoben menším množstvím krve. Příčinou se mohou stát různé srdeční choroby nebo pokles krevního tlaku. (2, 5)

### 2.1.4 Dělení ischemické CMP podle doby trvání klinických příznaků

**Transientní ischemická ataka** - Příznaky jsou vyvolané nedokrvením mozku a jde o stav pouze přechodný. Tyto příznaky mohou setrvat maximálně 24 hodin. Při postižení atakem jsou nutná celková vyšetření a k tomu odpovídající léčba.

**Reverzibilní neurologický deficit** - Příznaky se urovňají do týdne, ale uvádí se, že k úpravě symptomů může docházet i do 3 týdnů.

Transientní ischemická ataka a reverzibilní neurologický deficit se řadí mezi hlavní varovné příznaky hrozícího iktu.

**Progredující iktus** - Symptomy narůstají vlivem zhoršující se mozkové hypoxie (nedostatek kyslíku), která je způsobena rostoucím trombem nebo embolií, která se opakuje.

**Dokončený iktus** – Vzniká nečekaně s významnou klinickou symptomatologií. Postižení je trvalé. (7, 8)

## **2.2 Hemoragická cévní mozková příhoda**

Hemoragická cévní mozková příhoda má menší výskyt než ischemická CMP. Průběh a prognóza hemoragické CMP je ovšem značně závažná. Velmi často se na toto onemocnění umírá. Jestliže člověk postižený touto nemocí přežije, klinický stav je velmi vážný. (5)

Hemoragická CMP je definována jako typ krvácení. Je to stav, který vypukne v důsledků ruptury cévní stěny v nějakém místě mozku. Většinou dochází o rupturu jedné tepny. Tento proces může vzniknout jednorázově, ale taky může krvácení setrvávat i hodiny až dny. Příznaky mozkových krvácení jsou závislé na velikosti a lokalizaci ruptury. (5)

### **2.2.1 Lokalizace hemoragické CMP**

Vznik hemoragické CMP může vypuknout v kterémkoli úseku mozku. Vyskytují se však jisté oblasti, kde je krvácení běžnější. Jsou to místa např. krvácení do bazálních ganglií, vnitřního pouzdra a do talamu, do některého z mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku. (2)

### **2.2.2 Dělení hemoragické CMP**

Hemoragická CMP má tyto typy:

**Intracerebrální hemoragie**

**Subarachnoidální hemoragie**

Intracerebrální hemoragie se vyskytuje 2x častěji než subarachnoidální. Mají daleko větší úmrtnost než ischemické CMP. Skoro všechny intracerebrální hemoragie jsou zapříčiněny rupturou malých tepen. Nejčastěji se spontánní ICH vyskytuje až v 90 % z

příčiny hypertenze, dále je to nadměrná konzumace alkoholu, hematologické poruchy, cévní abnormality, tumory a v neposlední řadě drogy. (5, 6)

U subarachnoidální hemoragie jde o rupturu vrozené výdutě na mozkové tepně a následné krvácení do prostoru kolem mozku i do prostoru jeho obalů. Tato příhoda je velice závažná, postihuje hlavně mladé lidi a často končí smrtí nebo se závažnými neurologickými poruchami. Subarachnoidální hemoragie nejčastěji vzniká **rupturou aneurysmatu**, tedy prasknutím cévní výdutě. Další příčinou je vysoký krevní tlak (**hypertenze**) i **krvácivé choroby**. U čtené většiny se bohužel příčiny vzniku krvácení nezjistí. (5, 8)

**Aneurysma** je vrozený nebo získaný defekt cévní stěny. Vzniká v místech, kde dochází k výstupu nebo větvení tepen, neboť tato místa jsou ztenčena a důsledkem působení krevního tlaku se v těchto tepnách stěna vyklenuje až praskne. Krev se dostane do prostoru mezi obaly mozku. Tok krve, při kterém se rozpadají červené krvinky, může poškodit další tepny a dochází k dalším přeměnám, tzn. spasmům mozkových tepen. Jestliže se v blízké pokrevní rodinně odhalí výskyt aneurysma, je vhodný akutní screening. (4, 5, 8)

### 3 RIZIKOVÉ FAKTORY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Rizikové faktory, které zvyšují vznik cévní mozkové příhody dvojnásobně až několikanásobně, se rozdělují do tří skupin.

#### **Rizikové faktory neovlivnitelné**

*Věk* je nejvýznamnějším rizikovým faktorem u žen i u mužů. Dvojnásobně se riziko zvyšuje už po 55. roce věku.

*Pohlaví* je další podstatný faktor pro vznik CMP. Výskyt je častější u mužů než u žen.

V neposlední řadě zde mají roli i *genetické dispozice* i *rasové skupiny*. V literatuře se uvádí, že se u Číňanů a Japonců vyskytuje vyšší počet CMP i úmrtnost na toto onemocnění. Vyšší riziko vzniku CMP mají muži, kterým matky na toto onemocnění zemřely. V případě že se vyskytne CMP u obou rodičů, je velmi pravděpodobné, že i jejich děti budou touto příhodou také postihnuti. Významně velké riziko vzniku CMP je více u jednovaječných než u dvojvaječných dvojčat. (5, 7)



### **Rizikové faktory ovlivnitelné**

Hlavní rizikový faktor v této skupině je vysoký krevní tlak (*hypertenze*). Nejdůležitější je tedy správná léčba tohoto onemocnění jak užíváním léků, tak i úpravou životosprávy.

Významný faktor tvoří také *nemoci srdce*. Např. sem patří nepravidelná srdeční akce (fibrilace srdečních síní), které se dají dobře vyléčit a dále pak ischemická choroba srdeční i infarkt myokardu.

*Diabetes mellitus* patří také k rizikovým faktorům, které zvyšují vznik CMP. U této nemoci se rozvíjí předčasně aterosklerotické poškození tepen. (5, 7)

Proto s přibývajícím věkem by se mělo dbát na správnou a včasnou léčbu ovlivnitelných rizikových faktorů, eventuálně i zásadně upravit životní styl. Při výskytu více rizikových faktorů, které dále v kapitole popisují, se mezi sebou nesčítají, ale násobí. (7)

### **Rizikové faktory spojené s nesprávnými návyky a životním stylem**

První místo zde zaujímá *kouření* a to platí i pro pasivní kouření a dále je to i požívání *alkoholu* a *návykových látek*. Pro muže znamenají dvě piva či dva decilitry vína riziko CMP a žena má tuto hodnotu poloviční.

*Obezita* se řadí také do rizikových faktorů a to hlavně obezita „břišní“ (abdominální), dále *snížená fyzická aktivita*, *nepřiměřená dieta* a *stres*.

Ženy, které užívají *orální antikoncepci*, mají větší riziko vzniku CMP v případě že kouří. Také po prodělané CMP je rizikové dále užívat orální antikoncepci. (5, 7)

## **4 PREVENCE VZNIKU CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY**

Některým onemocněním se v průběhu života nejde nevyhnout, ale měl by se je člověk pokusit eliminovat a předcházet jim. Jestliže se onemocnění odhalí, mělo by mít co nejméně komplikovaný vývoj. Proto se prevence dělí na primární a sekundární. (5)

### **Prevence primární**

Cévní mozková příhoda se řadí ve vyspělých zemích i České republice mezi druhou nejčastější chorobu, jenž končí smrtí eventuálně těžkou invaliditou. Tato nemoc postihuje osoby nejen v senilním věku, ale i osoby mladšího věku. Všechno to závisí na

dostatečné informovanosti lidí o prevenci a její dodržování. To může bezmezně přispět k zabránění rozvoji této příhody. (5)

Zásadní vliv na prevenci má vzdělávání populace ve školách, pomocí hromadných sdělovacích prostředků, v ordinacích apod.. Šíření prevence lze dosáhnout také pomocí letáků a informačních materiálů o cévní mozkové příhodě. Součástí by mělo být i co dělat, když nás postihnuła cévní mozková příhoda. (5)

### **Sekundární prevence**

U osoby kterou postihla CMP, je velice očekávané, že se tato příhoda bude opakovat. Proto je velice podstatné, aby ihned po vzniku CMP (nejpozději do 24 hodin), byla u postiženého zahájena tzv. sekundární prevence. (5)

V první řadě je to léčba farmakologická. Jedná se o léky s protidestičkovým, protitrombotickým účinkem, popřípadě antikoagulační léčba. Dále se léčí např. vysoký tlak, diabetes mellitus. Důležitý prvek je jak v primární prevenci tak i v sekundární úprava životosprávy. V případech, kdy se stanoví zúžení přívodní tepny, je farmakologická prevence doplněna o chirurgický výkon k zavedení implantátu (stentu). (5)

## **5 MOŽNÉ NÁSLEDNÉ STAVY PO CMP**

Cévní mozková příhoda se řadí mezi velmi závažné onemocnění a až třetina postižených touto příhodou bohužel umírá. V lepším případě dochází k **invaliditě**. Další třetinu tvoří lidé, kterým musí být poskytnuta dlouhodobá rehabilitační péče. Tato péče postiženým dopomáhá ke zlepšení motorických funkcí i obnově samoobslužných činností. (5)

Na postižené straně těla se po vzniku CMP může objevit **změna svalového tonu**. V případě že dojde ke změně svalového tonu, nemůže postižený realizovat kontrolované pohyby. Tonus může být např. zvýšený, snížený nebo kombinace obou. Zvýšení svalového tonu se nazývá **spasticita** (hypertonie) nebo také centrální paréza. Při snížení se tento stav označuje jako **chabost** (hypotonie), periferní paréza. **Parézy**, tedy porucha hybnosti při které je částečně zachován aktivní pohyb, se dále dělí. Monoparéza znamená postižení jedné končetiny. Hemiparéza je částečná nehybnost jedné poloviny těla. Paraparéza se rovná částečnému ochrnutí dolních končetin a kvadruparéza je

postižení všech čtyř končetin, které je částečné. Další porucha hybnosti nazývaná **plegie** je úplná nehybnost. Není tady možnost aktivního hnutí. Monoplegie znamená postižení jedné končetiny. Hemiplegie je úplná nehybnost jedné poloviny těla. Paraplegie je úplné ochrnutí dolních končetin postiženého. Kvadruplegie je úplné ochrnutí všech končetin.

V některých případech se může stát, že dojde k motorické ztrátě svalů na postižené straně obličeje, která se nazývá **faciální paréza**. Obličejové svaly jsou ochablé, člověk má zamračený výraz ve tváři, má problémy s dovíráním oka nebo úst a také slintá a špatně polyká. V případě, že nedojde okamžitě k léčbě, se mohou objevit další obtíže, jako proleženiny, zánětlivé nemoci a nebo také krevní sraženiny v dolních končetinách. (5)

Při postižení **řečových schopností** je také velice významná i péče logopeda, který spolupracuje i s rodinou. Učí je techniky k obnově postižených funkcí a to i motorických. Aktivní rehabilitace by měla trvat do té doby, dokud pozorujeme zlepšování. (5)

Komplikací není jen invalidita a afázie, ale vyskytují se i **deprese**. Není to zapříčiněno jen nemocí, ale i pobytem v nemocnici, ústavech včetně rehabilitačních. Deprese významně negativně ovlivňuje průběh léčení a zvyšuje pozdější úmrtí. Proto včasná diagnostika deprese je nezbytná. Vznik **demence** je také jako následek prodělané cévní mozkové příhody. Vyšší procento výskytu demence způsobuje hlavně přítomnost přidružených nemocí, zejména diabetes mellitus a hypertenze. Další komplikací může být vznik **epilepsie**. Tato komplikace se dobře léčí antiepileptiky. (5)

## 6 PÉČE O JEDINCE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Poskytnutí zdravotní péče umožňuje zachovat nebo zlepšit zdravotní stav jedince. Zdravotní péče je zajištěna formou ambulantní nebo ústavní péči ve zdravotnických zařízeních ale i mimo zdravotnické zařízení. Je poskytnuta na všech místech zdravotnickými pracovníky v rozsahu své odborné způsobilosti. Jiní zdravotní pracovníci než lékaři jsou povinni plnit jen zdravotní péči dle ordinace lékaře. (9, 10)

U CMP je nejdůležitější první pomoc poskytnuta rodinným příslušníkem nebo okolím. Každý člověk by měl mít všeobecný přehled o známkách nemocí, které ho mohou běžně postihnout a to se týká i cévní mozkové příhody. Informovanost o těchto příznacích může zachránit život. Příznaky CMP se mohou objevit všechny najednou

nebo jen některé a jsou shodné u ischemické, tak i hemoragické CMP. Jedná se např. o náhlou slabost, necitlivost a poruchu hybnosti tváře i horní a dolní končetiny na jedné polovině těla. Také se dále vyskytují náhle vzniklé potíže s mluvením nebo srozuměním řeči, náhlá porucha zraku, zpravidla na jednom oku, náhlá silná bolest hlavy vzniklá bez zjevné příčiny a v neposlední řadě náhlý problém s chůzí nebo náhlá závrať. Příznaky u TIA odezní do 24 hodin, při malé CMP dojde k naprosté nápravě, nebo se projeví nepatrný neurologický deficit a nebo se zjistí kompletní, velká cévní mozková příhoda. (5, 6)

## 6.1 První pomoc

Jedinec, který byl postižen cévní mozkovou příhodou, by měl zachovat klid a nepropadat panice. Musíme zde však brát v úvahu, že postižený není v bezvědomí a tudíž může zavolat o pomoc. Jedinec postižený CMP toho sám moc neudělá. Zavolá si rychlou záchranou službu, nebo se snaží požádat o pomoc lidi kolem. (2)

Je-li je u jedince podezření na cévní mozkovou příhodu, musí se ihned zavolat rychlá záchranná služba. U postiženého v bezvědomí je zapotřebí následná kontrola dýchání a tepu. Při vědomí se provádí protišoková opatření. Dále uvolnění těsného oděvu, který by mohl překážet v dýchání. Je zapotřebí také ujistit se, že dýchací cesty jsou volné a otevřít okno k proniknutí čerstvého vzduchu, ale ne průvan. Pokud je jedinec při vědomí, uložíme postiženého do polohy na zádech s hlavou mírně zvednutou. Je-li postižený v bezvědomí, použijeme protišokovou polohu. Pokud dojde k zástavě srdce, realizuje se dýchání z úst do úst a masáž srdce. Po příjezdu rychlé záchranné služby seznamujeme lékaře o příznacích a celém průběhu. (11, 12)

Při vědomí postiženého se poskytovatel může ujistit pomocí několika úkonů, že se jedná skutečně o CMP. Při rozvoji nemoci, když se postižený usměje nebo vycení zuby, je vidět nesymetrie koutků úst. Při natažení rukou před sebe a otočení dlaní k zemi, postižená ruka klesá. V neposlední řadě člověk s CMP není schopný mluvit nebo slova komolí. (5)

## 6.2 Diagnostika CMP

Aby lékaři byli schopni od sebe rozpoznat jednotlivé druhy cévních mozkových příhod z hlediska vzniku, určit jejich příčiny, místo a rozsah poškození mozku, je zapotřebí, aby jedinec podstoupil celou řadu vyšetření. Základem diagnostiky CMP je **klinické neurologické vyšetření**. Patří do něho anamnéza (rodinná, osobní i pracovní). Pokud je postižený při vědomí a dostatečně se orientuje, pak to znamená, že je anamnéza **objektivní**. Posuzuje se stav bdělosti, poruchy řeči. Další vyšetření se plánují od hlavy dolů. Postupuje se tak, že se provede vyšetření hlavy a mozkových nervů, dále vyš. krku, horních končetin, trupu a dolních končetin. Lékař zhodnotí, jestli je schopen postizený stoje a chůze a následné vyzkoušení. Pokud je ale jedinec v bezvědomí, lékař anamnézu stanovuje pomocí **subjektivních metod**. Při vyšetřování se využívá řada schémat, např. Glasgowská škála, která má úlohu k určení rozsahu poruchy, na druhé straně nevede k lokalizování postiženého místa, ani příčiny. Existuje ještě kladenské schéma, které umožňuje stanovit výšku poruchy a někdy i příčinu vzniku. Je založeno na sledování samovolných pohybů různého druhu. Další vyšetření při bezvědomí je sledování dechové frekvence, mrkání, postavení očních bulbů, vyšetření končetin a jejich tonus, reflexe a úchop. Je ale i řada testů, které se v tomto stavu nelze uskutečnit. ( 13, 14)

Dalším klinickým vyšetřením je **interní vyšetření** (EKG, vyš. srdce a oběhového systému, měření TK) a zobrazení mozku pomocí **počítačové tomografie** (dále jen CT). CT je bezbolestné vyš., které pracuje na principu rentgenového snímání spolu s počítačovým systémem. Jednotlivé snímky, které jsou vytvořeny, zobrazují řezy vrstev mozku a odkrývá všechny anomálie, které se zde nalézají. Dále jsou vyhodnocené výsledky, které byly získány pomocí **laboratorního vyšetření krve a moči** a dalších **vyšetření** prostřednictvím zobrazovacích metod. Všechny tyto postupy by měly být uskutečněny co nejrychleji od přivezení jedince do nemocnice, aby se včas zahájila správná léčba. (2, 6, 14)

## 6.3 Lékařská péče

Způsoby léčby u cévních mozkových příhod jsou náročné a stále akutní téma současné doby. Léčba se dělí do tří období. Období preiktální znamená ještě před vznikem CMP. Iktální stadium se zaměřuje na terapii vzniklé CMP a poslední období postiktální je stav, který se vyskytuje následně po prodělané cévní mozkové příhodě. (14)

### 6.3.1 Preiktální období

V tomto období je hlavním úkolem primární prevence, která je zaměřena proti vzniku CMP. Primární prevence podstatným způsobem snižuje incidenci, nemocnost i úmrtnost na cévní mozkové příhody a to je především přínosnější než samotná léčba onemocnění. (14)

### 6.3.2 Iktální období

Období se dále rozděluje na **stádium akutní**, trvající několik dní až týden od počátku příhody a na **období stabilizace**. (14)

Léčba CMP v **akutním stádiu** se dá pokládat za úspěšnou pouze tehdy, je-li provedena co nejdříve po jejím vzniku. Rychlý zásah ze strany jedince, který prodělává CMP, ale i osob, které jsou právě přítomny, je nejdůležitější. Přivolaná rychlá záchranná služba pracuje již na záchraně postiženého jedince a na léčbě CMP hned při příjezdu. Následuje rychlý převoz do nemocnice a hospitalizování v nemocnici přizpůsobeno pro léčbu CMP s odpovídajícími technickými i personálními předpoklady. Po stanovení konečné diagnózy pomocí různých vyšetření se může přistoupit ke *kompletní léčbě* a to k tzv. sekundární prevenci. (14)

Kompletní léčbu můžeme dále dělit na léčbu celkovou, medikamentózní a chirurgickou. *Celková léčba* je společná pro oba dva druhy CMP a znamená to zahájení všeobecné intenzivní péče zachraňující život např. uvolnění dýchacích cest, sledování plicní ventilace a tělesné teploty, dostatečný příjem tekutin, péče o močení, uklidnění pacienta i jeho příbuzných a co nejdříve by se mělo začít s rehabilitací. (13)

*Medikamentózní léčba* je léčba u ischemické CMP. Volba léků podléhá jejím subtypům, dále závisí na čase, který uběhl mezi vznikem příznaků až po zahájení léčby, a na léčbě dalších onemocnění, kterými jedinec trpí. Léčba hemoragické CMP je v jeho akutním stádiu orientována na zmírnění bolesti hlavy a prevenci proti vzniku vazospasmů a zaměřením na progresi krvácení. (6, 13, 14)

*Chirurgická léčba* může být u ischemické CMP provedena dvěma způsoby. Jde o odstranění překážky (zasvorkování a odstranění) nebo její obejití (naplněn platinovými spirálkami, které postupně tvrdnou a zabrání prasknutí). Při prasknutí výdutě se odstraní celá poškozená část mozku. Hemoragická CMP se chirurgicky řeší jen při povrchovém krvácení. Spíše se používají endovaskulární techniky (angioplastika, embolizace). (15)

**V období stabilizace** dochází ke zklidnění pooperačního stavu, navrhování další léčby a určování prognóz. Jedinci jsou hospitalizováni dle závažnosti onemocnění po potřebnou dobu. Z neurochirurgického oddělení, kde jsou pooperačně léčeni, se překládají na oddělení rehabilitační. (11, 14)

### **6.3.3 Postiktální období**

Toto období se vyznačuje propuštěním jedince po CMP z nemocnic. Většina lidí musí být umístěna v sociálních ústavech, ale celá řada jedinců se navrácí zpět do domácí péče, kde se na další léčbě podílí praktický lékař, psycholog, logoped, rehabilitační pracovník a řada sociálních institucí a hlavně rodina. (6, 14)

## **6.4 Ošetrovatelská péče**

Ošetrovatelská péče závisí na stádiu nemoci. Důležitý je individuální přístup k jedinci. V počátku nemoci CMP potřebuje jedinec komplexní ošetrovatelskou péči na specializovaném pracovišti. Péče se ale liší případ od případu. Ošetrovatelská péče vyžaduje úplné zaměření na všechny bio-psycho-sociálně-spirituální oblasti od rodiny i zdravotníků. Postupná progresse nemoci vyžaduje, pokud je to možné, aktivní a pozitivní přístup od jedince s CMP k znovu navrácení soběstačnosti a sebestarání. Pacient by měl vědět, že onemocnění CMP je vyléčitelná choroba, avšak někdy přetrvávají následky, které se vlivem léčby a trpělivé rehabilitace můžou vyléčit. (16)

Pokud pacientův stav dovolí propustit jedince do domácího prostředí, má možnost rodina přemýšlet např. o pomoci od pečovatelské služby. Rodina musí být informovaná o této možnosti od ošetřujícího lékaře. Pečovatelská služba je dostupná a komplexní. Dokáže se přizpůsobit individuálním potřebám nemocného a pomoci mu při každodenních činnostech. (16, 17)

#### **6.4.1 Hygiena**

Uspokojit potřebu hygieny je důležité pro pocit spokojenosti, navození pozitivních emocí a vytváření příjemného prostředí. Před onemocněním CMP mohl být jedinec zcela soběstačný a schopný se o sebe postarat. Při příjmu na oddělení sestra zhodnotí stav soběstačnosti jedince. K posouzení jí pomůže škála na hodnocení sebepéče a soběstačnosti, např. klasifikace funkční úrovně sebepéče v modelu M. Gordonové, Barthelův test základních všedních činností nebo test ošetrovatelské zátěže podle Svanborga modifikovaný Staňkovou. Hygienickou péči zajišťuje ze začátku zcela ošetrovatelský personál a to buď na lůžku nebo v lepším případě za použití pojízdné vany. Zaměřují se na umytí celého těla a poté šetrné vysušení pokožky jedince, aby se tak předcházelo vzniku dekubitů a opruzenin. Péče se ale liší případ od případu, ale v co nejkratší době se snaží personál zapojovat jedince do všech všedních denních činností. (16, 17)

#### **6.4.2 Dekubity**

Jedná se o místní ischemické poškození až nekrózu kůže, podkoží, svalstva až kosti. Vyskytují se hlavně na místech, kde je kůže vystavena vysokému tlaku tělesné váhy na kosterní výstupky. Dekubitus nevzniká jen na kůži, ale může zasáhnout i sliznice např. při zavedení močového katétru nebo tracheostomického katétru. Vznik a vývoj dekubitů záleží na mnoha faktorech. Mezi nejvýznamnější faktory se uvádí dlouhodobý tlak, tření kůže, nepohyblivost, porucha výživy, tělesná hmotnost a inkontinence. U některých pacientů se dekubity vytváří již po několika hodinách, proto je důležité při příjmu používat škálu na prevenci vzniku dekubitů. Mezi nejčastěji používanou patří modifikovaná rozšířená škála podle Nortonové. (16)



Sestra pravidelně kontroluje kůži a sliznice hlavně na rizikových místech. Lůžkoviny a osobní prádlo je třeba, aby bylo suché a čisté. Nejdůležitější je pravidelné polohování jedince každé dvě hodiny ve dne i v noci, při kterém sestra používá různé pomůcky např. antidekubitní matrace, molitanové kolečka, klíny, bedničky, polštářky, botičky a další. (16)

### **6.4.3 Výživa**

Při příjmu pacienta s CMP sestra, pokud je to možné, zapíše BMI (body mass index) a podle tabulek posoudí nutriční skóre (viz. příloha č. 5), které se po celou dobu hospitalizace stále monitoruje. Výživa u jedince s CMP v akutní fázi, nejčastěji v prvních dnech, se zajišťuje parenterální cestou do centrálního nebo periferního žilního řečiště. Po odeznění akutní fáze se pacient převádí na výživu enterální. Stolek se umístí na stranu, kde je jedinec postižen ochrnutím. Při podávání stravy je potřeba stravu vhodně upravit, nakrájet. Někteří jedinci jsou odkázáni na pomoc druhé osoby při stravování a je potřeba nakrmit pacienta s CMP. Enterální výživa může být doplněna o nutridrinky, což znamená nejjednodušší metoda podání tekuté výživy v podobě koktejlu, který se popíjí brčkem. Vede ke zvýšení příjmu kalorií a bílkovin. Důležitá je hlavně kontrola příjmu tekutin a potravy během celého dne. (16)

### **6.4.4 Vyprazdňování**

Ošetrovatelská péče o močový systém si zakládá na prevenci přeplnování močového měchýře a předcházení vzniku infekce. Lékař většinou zvolí zavedení permanentního močového katétru. Usnadní to péči o nemocného a předcházení komplikací. Tato metoda ale také zvyšuje riziko vzniku uroinfekce při zavedení katétru. Proto se tato metoda doporučuje pouze v prvních dnech po vzniku CMP. Možné je i použít při malém mimovolném úniku moče plenkové kalhotky, ale znamená to větší riziko opruzenin. Důležitá je tedy i každodenní hygiena genitálu. (16)

Vyprazdňování stolice je u každého jedince jiné. Musí se ke všem přistupovat individuálně, zabezpečit soukromí a respektovat intimitu. U pacienta s CMP je důležité zajistit pravidelné vyprazdňování, při kterém se v akutní fázi používá podložní mísa.

Pozdějším řešením, při úspěšné rehabilitaci, může být i pokojový klozet a poté i přesun na toaletu s doprovodem. Personál monitoruje vyprazdňování a zaznamenává vše do dokumentace. Hygiena po defekaci je také významná a obstarává ji ošetřovatelský personál. Později, je-li schopen, ji zajišťuje sám nemocný. (16)

#### **6.4.5 Prevence tromboembolické nemoci**

Pacienti po vzniku CMP jsou velice rizikovou skupinou pro další vznik tromboembolické nemoci. Preventivní kroky, které náleží do kompetencí sestry, znamenají péči o dostatečnou hydrataci, správné provedení bandáží na dolní končetiny, a uložení dolních končetin do zvýšené polohy, je-li to možné. Lékař naordinuje farmakologickou léčbu na krevní srážlivost. Mezi nejčastěji užívané léky patří nízkomolekulární heparin nebo Warfarin, což u CMP znamená i léčbu onemocnění. (16)

#### **6.4.6 Prevence pádů**

Cílem je zejména maximálně omezit riziko pádu, ale zároveň nesnižovat mobilitu a soběstačnost pacienta s CMP. Opatření jsou podřízené zdravotnímu stavu jedince a na míře rizika pádu. Záleží dále na ovlivnění faktorů, které přispívají ke vzniku pádu a to hlavně doma. Musí být tedy vhodná podlaha v budově, zábradlí, madla na WC a v koupelně, správné osvětlení především noční a jedinec musí mít vhodnou obuv. Nesmí se zapomenout na umístění židle na vhodná místa k odpočinku např. při cestě na WC nebo do koupelny. Dále je vhodné odstranit prahy ve dveřích a nábytek v místnosti uspořádat tak, aby co nejméně zabraňoval v pohybu. (16)

### **6.5 Rehabilitace**

Po prodělané cévní mozkové příhodě je různá prognóza u jednotlivých jedinců. Jedinec po CMP je postižen jak po fyzické, tak i duševní stránce. Rehabilitační péče má za cíl dosažení co nejvyšší možné kvality života jedince. Postižení se neřeší jen pomocí zdravotnických metod a prostředků, ale je potřeba začlenit i rodinu do role asistenta při

poskytování péče, protože se jedná o stav trvalý nebo dlouhodobý, který není možno jakoukoliv terapií plně vyléčit. (6, 18)

### **6.5.1 Postup při rehabilitaci – akutní stádium**

V této fázi se klade velký důraz hlavně na **polohování, provádění pasivních cvičení** a posléze i **cvičení aktivních**. Než se začíná se cvičením, je dobré, zahřát postiženou i zdravou část těla masáží, protože zároveň brání k rozvoji svalových atrofií. (2)

**Správné polohování** má dobrý vliv na svalový tonus a dopomáhá navrácení funkcí rovnováhy, zabraňuje syndromu bolestivého ramene. Při polohování se mohou používat tzv. facilitační metody. Jsou to např. metoda Kabatova, metoda manželů Bobathových nebo Vojtova metoda. Polohování se uskutečňuje každé 2-3 hodiny ve dne i v noci z jednoho boku na druhý a polohují se i horní i dolní končetiny. (6, 15)

**Pasivní cvičení** nejdříve provádí rehabilitační zaměstnanec. Pokud je jedinec schopen cvičit sám, rehabilitační pracovník provede názornou ukázkou a následně jen kontroluje správné cvičení. (18)

**Aktivní cvičení** se provádí, jakmile je schopen jedinec provést jen minimální samostatný pohyb v ochrnuté končetině. Zprvu jedinec procvičuje zdravé končetiny, pomocí kterých se pak realizují i pasivní cviky s postiženou stranou těla. Napřed se procvičují velké klouby. Je vhodné, aby jedinec prováděl stejné cviky i s nemocnou končetinou a to 3-5x za sebou. Jedinec se ještě učí nadzvedávat se na lůžku, přetáčet se a sedat si. Pokud se u jedince odhalí porucha řeči, je potřeba hned od začátku spolupráce s logopedem. (2, 15)

### **6.5.2 Postup při rehabilitaci – subakutní stádium**

Za hlavní cíl tohoto období (2 týdny až 2 měsíce) se pokládá obnova vnímání, harmonizace svalového tonu, posílení pohybových dovedností a odstranění abnormálních pohybů. V tomto stádiu se procvičuje sedání a vstávání ze stoličky a opětovné sedání. Při nácviků postoje a chůze se využívají různé prostředky jako je např. vozík pro oporu. Nacvičují se i činnosti denních aktivit. (6, 15)

### **6.5.3 Postup při rehabilitaci – chronické stádium**

V tomto stádiu se již stav dále zlepšuje pozvolna. Pacient odchází do domácího léčení nebo do jiného zařízení. V tuto chvíli je nejdůležitější funkce rodiny. Hlavním cílem rehabilitace je ještě podpora pro zlepšení činností, které dosud jedinec udělal. Důležitost hraje i vysvětlení jedinci po CMP i jeho rodině, že postižení, která se dosud nevyléčila, mohou být již trvalé. Domácí péče, kterou většinou poskytují nejbližší členové rodiny, a nejen ti, je velice vyčerpávající jak po stránce psychické, tak i fyzické a finanční. K procesu se připojuje nejen rodina, ale i pečovatelé a přátelé. Tito všichni členové potřebují při péči o jedince po CMP podporu. Za prvotní úspěch rehabilitace se dá považovat, že se jedinec nedá odradit svými neúspěchy a zkouší to znovu a znovu. (11, 15)

## **7 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA**

Pečovatelská služba pomáhá dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž okolnosti vyžadují pomoc jiné osoby, což se týká i jedince po CMP. Pečovatelská služba vše provádí v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba zahrnuje pomoc při zvládání běžných činností péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. S těmito všemi činnostmi potřebuje většina jedinců po CMP pomoc nebo postačuje jen dohled nad činnostmi a pečovatelská služba je toho schopná. Služba je poskytována za úplatu. (19)

### **7.1 Příspěvek na péči**

Příspěvek na péči přísluší těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti obvyklé denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti, které popisuje Barthelův test. (viz. příloha č. 1) Péči o vlastní osobu se chápe především takové denní úkony, které se vztahují k zajištění či

přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se považují úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikovat, zacházet s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. (20, 21)

Příspěvek patří osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči obstarává. Příspěvek na péči se nepobírá, pokud je osoba hospitalizována. Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka rozdílná, proto zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. Stupňům následně odpovídá také výše příspěvku v korunách. Od 1. 1. 2011 došlo v souvislosti se schválením vládních úsporných opatření ke snížení výše příspěvku na péči. (viz. příloha č. 2) (20)

O příspěvek se podává žádost na obecní úřad obce s rozšířenou působností. Obecní úřad obce s rozšířenou působností vydává rozhodnutí na podkladě vypracovaného zdravotního posudku Lékařskou posudkovou službou. Podkladem pro vypracování zdravotního posudku jsou současné lékařské zprávy a písemný záznam ze sociálního šetření. Sociální pracovník zjišťuje, do jaké míry je žadatel o příspěvek na péči soběstačný a schopný samostatného života. Úkony, které se posuzují při péči o vlastní osobu, jsou důležité pro stanovení stupně závislosti. I. stupeň představuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech o vlastní osobu a soběstačnosti oproti IV. stupni, který se vyznačuje každodenní pomocí nebo dohledem při více než 30 úkonech. (viz. příloha č. 3, 4) (20)

## **8 KVALITA ŽIVOTA PO CMP**

Jak rychle se léčí člověk postižený CMP závisí na mnoha faktorech, např. závažnost postižení, kvalita rehabilitační péče, motivace jedince i jeho rodiny a věk jedince. WHO vnímá kvalitu života jako individuální percipování své pozice v životě v němž žije, v souvislosti s kulturou a dále vztah k jeho vlastním cílům a zájmům. (22, 23)

Důležitým faktorem pro kvalitní rehabilitaci je hlavně osobnost jedince, který prodělal CMP a v jaké životní situaci se nachází. Aktivní člověk, který hýří energií bude mít lepší prognózu než člověk, který se schovává před světem a je zatrpklý vůči všemu a všem kolem sebe. Také následná kvalita života bude určitě odlišná. (22, 23)

Na kvalitu života se jde podívat ze dvou hledisek. Objektivní kvalitu života lze určit jako soubor ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které působí na kvalitu života. Subjektivní kvalitou se definuje vnímání jedince ve smyslu postavení ve společnosti. Pokud hovoříme o vlivech na jedince po prodělané nějaké závažné nemoci, tedy i po CMP, je třeba zaměřit se i na jeho osobnost. Každá osobnost se projevuje odlišně v reakcích na různé podněty a situace. Jedinec po CMP, který trpí následky a nestačil se ještě s tímto stavem zcela smířit, bude reagovat mnohdy jinak, než ho znají lidé okolo. Osobnost se formuje celý život. (22, 23)

Faktory, které působí na osobnost nemocného jedince, jsou např. míra, v jaké pacient prožívá závažnost své situace, průběh i následky nemoci a samotná délka nemoci. Také závisí na tom, kdy k postižení dojde. Zda se jedinec s postižením již narodil nebo k postižení došlo během života jedince. (24)

Jelikož CMP postihuje převážně jedince v produktivním věku, je dobré si uvědomit, co všechno ztrácí v závislosti na této nemoci. Při přežití jedinec dostane vlastně druhou šanci a má možnost udělat něco lépe ve svém životě. Je zajisté, že začíná totálně od začátku. Dříve uměl chodit, mluvit, psát, číst, postarat se sám bez pomoci o sebe, ale ve většině případů se tohle všechno musí učit nanovo. V tuto chvíli se právě ukáže, jaký člověk opravdu je, jak se sám dovede vyrovnat s následky této příhody a jestli si dokáže říci o pomoc. Tento čin je u této nemoci důležitý. (24)

K měření se používají dotazníky a testy, jako např. dotazník Světové zdravotnické organizace orientovaný na měření kvality života jedince WHOQOL (World health organization quality of life) nebo dotazníky subjektivní kvality života SQUALA (Subjective quality of life analysis). Hlavní příčinou měření kvality života nemocných je např. pozorování vlivu nemoci a zhodnocení výsledků léčby. (25, 26)

## 8.1 Postoj k nemoci

Při narušení zdraví jedince dochází nejen k biologickým změnám, ale též ke změně sociální role, která je pro nemocného velmi nepříjemná. Každý jedinec se projevuje zcela individuálně. Přes plno rozdílů mezi reakcemi existuje několik typů reakcí, které jsou podobné reakcím při zdolání náročných situacích v životě. Postoj k nemoci má tyto nástupy:

**1. Počáteční šok:** dělí se na dva druhy šoků - agresivní reakce nebo pasivita

2. **Deprese:** smutek. Deprese brzdí rehabilitační proces
3. **Popření reality:** jedinec odmítá nově vzniklý stav, může dojít k úplné izolaci
4. **Regrese:** jedinec se někdy sám staví do role malého dítěte
5. **„Smlouvání“:** jedinec se sblíží se vzniklým stavem, ale ne s veškerými následky
6. **Přijetí reality:** jedinec se smířil se stavem a pokouší se navrátit zpět do běžného života (18,24)

U jedince s CMP je kvalita života rozdílná a záleží na osobnosti. Chápání kvality života jedince je velmi individuální a závisí na přístupu k nemoci i k vlastnímu životu. Záleží na stádiu nemoci, v které se jedinec nachází a dále je kvalita života ovlivněna rehabilitací, pokroky v ní a úspěchy v samotné léčbě. Podstatná je spolupráce rodiny, přátel, zdravotnického týmu a všech odborníků, kteří se starají o jedince a usilují o co nejlepší kvalitu života jedince. (25)

# PRAKTICKÁ ČÁST



## **1 FORMULACE PROBLÉMU**

V mé bakalářské práci se zabývám kvalitou života nemocného po cévní mozkové příhodě. Kvalita života je subjektivní pocit, který každý člověk vnímá jinak. Při měření kvality života je důležité brát v potaz všechny aspekty zdraví, jako je stav fyzického, sociálního, emočního a duševního stavu. Kvalita se porovnává pomocí dotazníků nebo rozhovoru s nemocným. Je důležité opětovné měření, jenž poslouží k následné úpravě, eventuálně ke zlepšení dosavadní kvality života.

Cévní mozková příhoda se řadí mezi velmi závažné onemocnění a až třetina postižených touto příhodou bohužel umírá. V lepším případě dochází k invaliditě. Další třetinu tvoří lidé, kterým musí být poskytnuta dlouhodobá rehabilitační péče. Tato péče postiženým dopomáhá ke zlepšení motorických funkcí i obnově samoobslužných činností.

## **2 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU**

Cílem praktické části mé bakalářské práce je zjistit, jak diagnóza cévní mozková příhoda ovlivňuje kvalitu života nemocného, a jak tuto diagnózu vnímá sám nemocný nebo rodina. Ráda bych zjistila, jestli a poté jaký má vliv věk na kvalitu života jedince po CMP a na jeho vyrovnání se s případnými následky.

### **3 VZOREK RESPONDENTŮ**

Pro výzkum jsem si vybrala pacientku, která je v domácím léčení, kde se o ni pět hodin denně stará pečovatelka a po zbytek dne rodina. CMP byla diagnostikovaná v říjnu roku 2004. Pacientce tehdy bylo 80 let. Praktický výzkum probíhal se souhlasem pacientky a rodina s rozhovorem souhlasila a byla velice ochotná odpovídat na mé dotazy. Otázky byly kladeny rodině, vzhledem k obtížné komunikaci s pacientkou.

Druhým pacientem, kterého jsem si zvolila do mého šetření, je muž. CMP byla diagnostikovaná v prosinci roku 2011. Pacientovi je nyní 52 let. Pacient s rozhovorem souhlasil a snaživě odpovídal sám na mé dotazy.

### **4 METODY VÝZKUMU**

Pro zjišťování potřebných informací na výzkumnou část mé bakalářské práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Informace jsem získala při navštívení nemocných v domácím prostředí pomocí strukturovaného rozhovoru a pozorováním. Otázky jsem si sestavila sama, ale čerpala jsem z celosvětově uznávaných dotazníků na kvalitu života v souvislosti se zdravím SQUALA (Subjective quality of life analysis) a WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life ). Otázky byly položeny tak, aby byly snadno pochopitelné a jednoduché. Snažila jsem se získat informace ze všech oblastí týkající se potřeb nemocného. Rozhovor je rozdělen do 4 skupin, orientované na rodinu a přátele, práci a záliby, zdravotní stav a na psychicko-emocionální oblast.

## 5 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Prvním respondentem je žena RB ve věku 88 let. Má 3 děti, 2 dcery a 1 syna. Manžel jí zemřel už před 25 lety, tak žije sama v rodinném domě na Strakonicku, ale dcery jezdí na návštěvu každý víkend a syn bydlí v sousedním domě. Každý den ji přivázejí obědy z domova pro seniory, avšak o domácnost se před příhodou pečlivě starala sama. V říjnu v 80ti letech, tj. před 8 lety, ji rodina našla ležící v posteli zamčenou v domě, ve kterém bydlela sama. Byla převezena rychlou záchrannou službou do nemocnic, kde lékaři diagnostikovali CMP. Žena byla ochrnutá na pravou stranu a vůbec nemluvila. Po 2 měsících byla pacientka propuštěna do domácího léčení. Vzhledem k obtížné komunikaci s pacientkou (afázie) se rozhovor provádí s rodinou za přítomnosti klientky.

### 1) oblast – rodina a přátelé

#### 1. Jak dlouho již uplynulo od diagnostikované CMP? Kolik let je klientce?

„Je tomu už 8 let, kdy jsme se nemohli dostat do domu. Mamce tehdy bylo 80 let, nyní oslaví 88 let. Oběd byl postaven na schodech a to nás hned zarazilo. Dům byl zamčený a zevnitř se nic neozývalo. Mamka mobil nemá, tak jsme nemohli nic jiného dělat, než ve dveřích rozbít sklo a otevřít. První, kdo ji viděl, jsem byla já (dcera) s manželem. Mamka ležela v posteli a nereagovala na nic. V tu chvíli jsem myslela, že je konec. Ani nevíme, jak dlouho v posteli ležela. Oblečení měla ale jako obvykle složené, což znamená, že se jí to stalo v noci. Rychle jsme volali rychlou záchrannou službu, která přijela do 15 minut. Mezitím nám dávala instrukce operátorka na lince 155, která nám říkala, že máme mamku otočit na záda, pokusit se zjistit, zda dýchá a má puls. Mamka zhluboka dýchala. Měli jsme sledovat dech, a při zástavě začít s masáží srdce. Poté přijela záchranná služba, která mamku odvezla.“

#### 2. Kolik má klientka děti?

„Mamka má 3 děti, z toho jsme 2 dcery a 1 syn. Syn bydlí ve vedlejším domě, ale než postihlo mamku CMP, navštěvoval ji spíše málo na to, že bydlel vedle. My (dcery) jsme ji navštěvovaly jen o víkendu a to ne vždy pravidelně. Tak mamka byla samostatná a my chodili do práce.“

3. Jak se mění vztahy ve Vaší rodině po sdělení diagnózy CMP, jaké jsou reakce ostatní rodiny, dětí a přátel?

„Sdělení diagnózy stálo také za to. Nejprve nám řekli lékaři, že při vyšetření CT zjistili nádor mozku, a že máme čekat to nejhorší. Lékaři se nás ptali, jestli si mamka nestěžovala na bolesti hlavy a zhoršené vidění, ale když jsme jim pověděli, že ještě o víkendu byla v divadle, lékaře to zarazilo a nechtěli uvěřit. Po 2 dnech ji znovu provedli vyšetření CT a sdělili nám konečnou diagnózu CMP a za předešlou diagnózu se omlouvali. My jsme byli hlavně rádi, že mamka nemá nádor. Vztahy v rodině se po vzniku nemoci nijak nezměnily. Zdá se mi, že jsme se všichni z rodiny daleko víc sjednotili. Naopak obyvatelky z vesnice se ale úplně přestaly stýkat s mamkou, což mamku mrzelo. Oni říkaly, že neví, co si s ní mají povídat.“

4. Navštěvujete klientku a jak často?

„Syn ji navštěvuje každý den, protože než jde do práce, tak ji rozdělává do kotle a mamka si potom přikládá lopatkou sama. Navečer ji vždy přijde zkontrolovat a zamyká ji z venku, abychom se tam mohli všichni, kdo znají úschovu klíče, dostat. My (dcery) ji navštěvujeme o víkendu a to na střídání, jedna v sobotu a druhá v neděli, ale někdy i přes týden se zajedeme na mamku podívat. Přivezeme jí o víkendu oběd, protože o víkendu kuchyně z domova pro seniory, odkud odebírá obědy, nevaří. Mamka je vždy ráda, že nás vidí a my jsme rádi, že ji máme.“

5. Kdo a jak se nyní stará o klientku?

„Každé ráno přijede pracovník z oblastní charity ze Strakonice, kterým říkáme sestřičky. Připraví mamce snídani, pomůžou jí s mytím a hlavně podají ranní léky a nachystají polední léky. Kolem 10. hodiny mamce přivezou oběd a ona si vezme polévku. Ve 12:30 přijede pečovatelka, která ji ohřeje polovinu oběda a druhá ji zůstane na večeři. Pečovatelka je zde do 15-ti hodin. Chodí s mamkou na procházky, na zahradu a hlavně je někdo s ní. My ji nechceme nechat o samotě.“

## 2) oblast – zdravotní stav

6. Před vznikem CMP měla klientka nějaké zdravotní potíže nebo pohybová omezení?  
„Zdravotní potíže před cévní mozkovou příhodou neměla žádné. Nebrala ani jeden lék, což je v 80-ti letech podle nás výjimečné. Na žádné pohybové omezení si nestěžovala, akorát tak bolesti v rameni při zvedání ruky. Mamka sama říká, proč se jí to stalo. “
7. Pociťuje nyní jiné přidružené zdravotní komplikace, které obtěžují klientku nejvíce?  
„Nyní má mamka problémy se žlučníkem. Kameny se dávají do pohybu. Zrovna před 14-ti dny byla kvůli tomu hospitalizovaná v nemocnici. Dále dostává léky na vysoký tlak a na ředění krve. Ještě má zhoršené vidění, a proto nosí brýle. “
8. Zůstaly nějaké následky, které klientku trápí?  
„Následky zůstaly jen s komunikací a s obsluhou při obtížnějších denních činnostech, jako je např. umytí se ve vaně, uvařit si. S komunikací je to složité. My ji tedy už trochu rozumíme, některá slova souhlasí, ale když přijde cizí člověk, nerozumí jí nic. My si něco umíme dávat do souvislosti, ale někdy nevíme ani my, co mamka myslí a chce nám říct. Mamku to ze začátku hodně trápilo. I nyní je někdy vidět, že se s tím pořád nevyrovнала. Na druhou stranu se tomu, co řekne, někdy společně zasmějeme. “
9. Jestli ANO, jak je řešíte?  
„Problém s komunikací nyní už neřešíme vůbec. Bereme to tak, jak to je. Ze začátku se pokoušely pečovatelky, které jezdily za mamkou ještě na 7 hodin, s mamkou mluvit a psát. Přivezly jsme i slabikář, ale vždy, když jsme přijeli na návštěvu, mamka byla psychicky vyčerpaná. Ono jí to nešlo a jenom se trápila. Domluvili jsme se všichni i s mamkou, že ji nebudeme trápit a necháme to tak, jak to vyplyne. Problém s mytím jsme vyřešili tak, že se mamka ráno umyje žínkou se sestřičkou a o víkendu ji umyjí (dcera) ve vaně. Jídlo jsme zajistili z domova pro seniory. “
10. Jak jste nyní spokojeni s ošetřovatelskou péčí, která je klientce poskytována?  
„Ošetřovatelka chodí za mamkou na 3 hodiny, ohřeje jí oběd a připraví druhou polovinu na večeři. Dále vytře, přinese jí uhlí, umyje nádobí a podá léky. Mamka si

ráda s pečovatelkou čte a povídá. Důležité je také pro nás, že není doma celý den sama. Aspoň máme jistotu, že je v pořádku. “

11. Jak jste byli spokojeni s lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péčí, která se dostávala klientce v nemocničním zařízení?

„Na neurologickém oddělení, kde byla hospitalizovaná, se o mamku sestřičky i lékaři starali dobře. Vždy měla pít před sebou, byla v čistotě, upravená, ale vystrašená z nemocničního prostředí a z nedorozumívání. Hlavně ji později povzbuzovala rehabilitační sestra, s kterou začaly postupně rehabilitovat a mamka se postupem času sama najedla, ale jen levou rukou, a zanedlouho chodila i pomocí chodítka. První slovo, které se jí podařilo 7. den vyslovit, bylo při obědě dost. Po měsíci ji přeložili na LDN a zde už se jí tak rehabilitační sestry nevěnovaly. Musela jsem (dcera) pokračovat v rehabilitaci sama, neboť jsem také rehabilitační sestra. Mamka se v chůzi hodně zlepšovala, ale stále vážla ta řeč, která už se nevrátila do normálního stavu. “

12. Na které straně měla klientka svůj stůl v nemocnici?

„Stůl, si myslím, že měla mamka v nemocnici na pravé straně. “

13. Dostávali jste informace průběžně o zdravotním stavu a dalších možnostech léčby i o rehabilitaci?

„Informace o zdravotním stavu a následné léčbě jsme dostali, když jsme chtěli. Nepamatuji si na nic, co by mě zarazilo na chování sester i lékařů. “

14. Potřebuje klientka ošetrovatelskou péči ke svému životu?

„Ošetrovatelskou péči mamka potřebuje při ranní hygieně, s kterou jí pomáhá sestřička. Ráno jí musí ještě uvařit bílou kávu, čaj do termosky na celý den, připravit snídani i léky Na WC si dojde a nají se také sama. Pečovatelka jí jen odpoledne jídlo musí ohřát, neboť mamka mikrovlnnou troubu neumí nebo nechce používat. “

15. Zvládne klientka nějakou běžnou denní aktivitu sama?

„Mamka nepotřebuje pomoc při oblékání, při vyprazdňování. Nají se také sama a pohybuje se po domě také bez pomoci. “

### 3) oblast – záliby, práce

16. Jaké měla klientka záliby před příhodou?

„Mamka chodila ráda do přírody, na zahrádku, kde měla ty svoje kytičky, chovala dobytek, ráda pletla ponožky, zpívala a někdy si četla. Ráda si chodila popovídat na náves s kamarádkami a navštěvovala se se svými sourozenci každé pondělí. “

17. Kterým zálibám se v současné době věnuje a čím vyplňuje volný čas?

„Dnes stále pěstuje oblíbené květiny. Také králíky a slepice má pořád. Dobytek je pro ní každodenní způsob radosti. Jen při špatném počasí to obstará syn. “

18. Máte nyní možnost pracovat?

„Ano. Všichni stále pracujeme a mamka je v důchodu. “

### 4) oblast – psychicko-emocionální oblast

19. Jak se nyní cítíte?

**Zeptala jsem se přímo klientky.**

„No, dobrý. Jako blbec “ a ukazuje na sebe a směje se. Poté mi bylo rodinou vysvětleno, že je to její klasická odpověď na tuhle otázku a myslí to v dobrém smyslu. Jak už bylo řečeno, klientka při mé přítomnosti, jako cizí osoba, nechce moc mluvit, ale poslouchá a přikyvuje.

20. Necítí se někdy klientka osaměle?

„Mamka to nedává znát, ale pokaždé se jí zlepší nálada, když přijedeme na návštěvu a určitě by bylo lepší, když by tam někdo byl celý den, ale ona nechce z domova a není nikdo, kdo by se tam nastěhoval. “

21. Jak se projevují negativní pocity (úzkost, deprese nebo zlost)?

„Projevují se hlavně tím, že nekomunikuje tou svou řečí, je zamračená, kouká ven a nebo někdy i pláče. Umí také zakřičet. Tohle vše ale vidíme u mamky málokdy. “

22. Jak se projevují kladné pocity (radost a štěstí)?

„Mamka se ráda směje. Hlavně vnoučata ji vždy rozveselí a nerada se s nimi loučí. My jsme šťastní, když ona je šťastná. “

23. Jste spokojeni s kvalitou života klientky?

„No určitě je kvalita života u mamky jiná, než když byla zdravá, ale při všech těch potížích s komunikací si myslím, že to nakonec dobře dopadlo. “

24. Jste nyní spokojená?

**Zeptala jsem se přímo klientky.**

„Ano, ano “ a přitom se usmívá.

25. Jaké plány máte do budoucna?

„No my jsme rádi, že je zdravotní stav mamky stále takhle dobrý a věříme a doufáme, že ještě dlouho bude. Na tu mamky řeč už jsme zvyklí a vždy se těšíme, co nám řekne za nové slovo a čemu se budeme všichni společně smát. Již zanedlouho bude mamka slavit narozeniny a všichni se těšíme na další společné chvíle s ní. “



Druhým respondentem je muž MV narozen roku 1959 (52 let), žije s manželkou v bytě ve Strakonících. Pacient pracoval ve stavebnictví jako dělník. 2 dny před Vánocemi měl dovolenou a manželka, pracující ve zdravotnictví, měla také volno. Při snídani najednou pacient začal pociťovat necitlivost v pravé horní končetině, silnou bolest hlavy a posléze problém s chůzí. Manželka ihned zavolala rychlou záchrannou službu a pacient byl převezen do nemocnice na iktovou jednotku, kde byl hospitalizován měsíc. Poté byl propuštěn domů.

### 1) oblast – rodina a přátelé

#### 1. Jak dlouho již uplynulo od diagnostikované CMP? Kolik let Vám je?

„Je mi 52 let a stalo se mi to před dvěma měsíci. Bylo to 2 dny před Vánocemi při snídani. “

#### 2. Máte děti?

„Děti nemáme. S manželkou jsme se brali o prázdninách v červenci a s bývalou manželkou jsme děti také neměli. “

#### 3. Jak se mění vztahy ve Vaší rodině po sdělení diagnózy CMP, jaké jsou reakce rodiny, přátel?

„Moje manželka pracuje ve zdravotnictví, takže hned znala všechny následky, které bych mohl mít, ale nakonec jsme to zvládli, myslím si, dobře. S bývalou manželkou se již nestýkám a nikoho jiného z rodiny už nemám. Byl jsem jediný syn. Co se týče přátel, celou dobu mě podporovali jako moje manželka. Myslím si, že se tedy mezi námi všemi nic nezměnilo a hlavně všichni byli rádi, jak to nakonec dopadlo. Jsem v podstatě celkem soběstačný. “

#### 4. Kdo z rodiny a přátel Vás navštěvují a jak často?

„Manželka se se mnou snaží být co nejvíce, jen když musí do práce, tak má starosti, jak to sám zvládnou. Já ji stále říkám, že se cítím dobře, že nemá mít strach. S přáteli se scházíme každé úterý. Musel jsem 4 sezení, kdy jsem byl hospitalizován v nemocnici, vynechat, ale nyní už nechybím. Jen co se týče pití, musím pít nealko, ale kouřím stále, nicméně méně než před příhodou. “

5. Kdo a jak se o Vás nyní stará?

„Nikdo jiný než manželka se o mě nestará. Jsem rád, že ji mám, ale žádnou péči již nepotřebuji a ani jí od manželky nevyžaduji. Chci být co nejdříve zcela soběstačný, ale už nyní zvládnou postupně všechno. Pouze musím vždy pomalu, jak říká manželka. “

## 2) oblast – zdravotní stav

6. Před vznikem CMP jste měl nějaké zdravotní potíže nebo pohybová omezení?

„Před příhodou jsem žádné potíže ani omezení neměl. Chodil jsem do práce jako dělník až do 18. prosince. Před Vánoci jsme dostali dovolenou. Manželka zrovna měla mezi službami také volný den, tak jsme měli naplánovaný vánoční nákup, na který se již nedostalo, protože jsem při snídani najednou začal pociťovat necitlivost v pravé horní končetině, náhlou silnou bolest hlavy a posléze problém s chůzí. To už manželka tušila, že to bude CMP a ihned volala záchrannou službu. Měl jsem tedy štěstí, že byla doma, jinak nevím, jak by to dopadlo. “

7. Máte jiné přidružené zdravotní komplikace, které Vás obtěžují nejvíce?

„Nyní se léčím s vysokým tlakem, na který mám naordinovaný lék již z nemocnice a ještě beru lék na ředění krve. “

8. Zůstaly Vám nějaké následky, které Vás trápí?

„No ani ne, jen mám trošku problémy s chůzí a mám menší cit v pravé ruce, ale vše se pomalu zlepšuje. “

9. Jestli ANO, jak je řešíte?

„Řeším to tak, že chodím pomaleji, používám hůlku a jídlo sním zatím levou rukou, ale snažím se trénovat i pravou. “

10. Jak jste nyní spokojeni s ošetrovatelskou péčí, která je Vám poskytována?

„Já nepotřebuji žádnou ošetrovatelskou péči od nikoho, jen manželka mi pomáhá. “

11. Jak jste byl spokojen s lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péčí, která se Vám dostávala v nemocničním zařízení?

„Já jsem byl velice spokojený. Všichni se o mě starali od začátku až do konce velmi dobře. Měl jsem všechno, co jsem chtěl. Na sestry ani lékaře si nemůžu stěžovat. I manželka byla s péčí o mě spokojená. Ze začátku jsem měl celkovou péči od sestřiček, ale po pár dnech jsem se musel snažit sám. Rehabilitace probíhala již také při hospitalizace na iktové jednotce. Nejdříve jsem cvičil na posteli, poté jsem si sedal. Báł jsem se, ale pak jsem se postavil a bylo to skvělé. Chodit jsem začal s chodítkem a poté s hůlkou. Hodně mě povzbuzovaly výsledky, kterých jsme spolu s rehabilitační sestrou po troškách dosahovali. Do domácího léčení jsem byl propuštěn z iktové jednotky. “

12. Na které straně jste měl svůj stolec v nemocnici?

„No, stolec jsem měl na pravé straně, což ocenila hned moje manželka při první návštěvě. Já jsem o tom nevěděl, ani neslyšel, ale poté jsem to také uznal. “

13. Dostával jste informace o Vašem zdravotním stavu a dalších možnostech léčby a rehabilitaci?

„Ano, všechny informace jsem dostával při každém setkání s lékařem a manželka se informovala o mém zdravotním stavu také vždy, když ke mně přišla na návštěvu. To byla první cesta. Šla se zeptat, jak to se mnou vypadá. S rehabilitační sestrou se také manželka domluvila na pokračování v domácím léčení. “

14. Potřebujete ošetrovatelskou péči ke svému životu?

„Nyní už ji nepotřebuji, vše zvládnou již levou rukou, i když začátky byly těžké. Musel jsem vždy požádat manželku. Časem stále ale doufám, že se všechno vrátí do stádia před vznikem onemocnění a bude to jako dřív. “

15. Zvládnete nějakou běžnou denní aktivitu sám?

„Myslím si, že zvládnou všechno. Při oblékání mám sice ještě problémy, ale jde to zvládnout levou rukou. Myji se také levou rukou a jídlo se pomalu snažím jíst i pravou. Musím hlavně pomalu. “

### 3) oblast – záliby, práce

16. Jaké jste měl záliby před příhodou?

„Rád jsem chodil v létě na houby a četl jsem si knihy. Také jsem se rád díval na TV na fotbal. Pracoval jsem jako zedník, což už asi určitě nikdy dělat nebudu, protože levou rukou to nepůjde a pravou už vůbec ne. “

17. Které záliby máte v současné době a čím vyplňujete volný čas?

„Přivezli jsme si psa z útulku, abych se měl o co starat a nebyl doma sám. Ten mi vyplňuje všechnen volný čas a každé úterý se scházíme s kamarády. Ještě si rád něco přečtu. “

18. Máte nyní možnost pracovat?

„Ne, nepracuji a jestli ještě někdy budu, tak to se uvidí časem, ale zedníkem už asi nebudu. “

### 4) oblast – psychicko – emocionální oblast

19. Jak se nyní cítíte?

„Nyní se cítím skvěle. Chodím pomalu na procházky se psem, což byl záměr manželky, a hlavně jsem rád, že si všechny činnosti přes den provedu sám. Z toho jsem měl největší strach. “

20. Necítíte se někdy osamělý?

„Tak to se necítím. Mám tady našeho psa nebo je tu většinou manželka, a když je v práci, tak volá každou hodinu. Jsem pořád pod dozorem a podle manželky ještě dlouho budu. “

21. Jak často prožíváte negativní pocity (úzkost, deprese nebo zlost)?

„Negativní pocity jsem prožíval v prvních dnech v nemocnici, když jsem nevěděl, jak to vše se mnou dopadne. Nyní po propuštění mě napadají negativní myšlenky hlavně večer, když ležím v posteli, to je čas na dlouhé přemýšlení. Stává se to ale jenom někdy. “

22. Jak často prožíváte kladné pocity (radost a štěstí)?

„Každé úterý s kamarády zapomínám na všechny starosti a potíže. Mít takové kamarády je nesmírně důležité. I manželka se také snaží, abych měl dobrou náladu po celý den. “

23. Jste vyrovnaný s kvalitou svého života?

„Ano jsem vyrovnaný s kvalitou svého života, kterou nyní mám, ale ještě stále doufám, že správnou rehabilitací se můj stav zlepší do té míry, abych mohl chodit a jíst pravou rukou jako dříve. Naděje přeci umírá poslední. “

24. Jste nyní spokojen?

„Nyní už jsem se sebou spokojen, ale ještě o kousek bych chtěl, abych chodil lépe. “

25. Jaké plány máte do budoucna?

„Na otázku budoucnost je nyní ještě těžké odpovídat. Je to přeci jenom krátká doba od vzniku onemocnění. “

## 6 DISKUZE

Cílem praktické části mé bakalářské práce bylo vyzkoumat, jak diagnóza cévní mozková příhoda změní kvalitu života nemocného. Dále jsem se ještě zaměřila na věk nemocných, jaký ten má vliv na vyrovnávání se s následky CMP a jak vnímá diagnózu sám nemocný. Práce také měla poukázat na ošetrovatelskou a rehabilitační péči, kterou poskytoval a jakou by měl poskytovat zdravotnický personál v nemocničním prostředí.

Onemocnění CMP je akutní postižení určité oblasti mozku na bázi náhlé cévní poruchy, která buď poškodí mozkovou tkáň náhlou poruchou přísunu kyslíku a živin, nebo poruší mozkovou tkáň mechanicky. Dvojnásobně se riziko CMP zvyšuje už po 55. roce věku a výskyt je častější u mužů než u žen. Cévní mozková příhoda se řadí ve vyspělých zemích i v České republice mezi druhou nejčastější chorobu, jenž končí smrtí, eventuálně těžkou invaliditou. Pro dobrou kvalitu života je velmi důležitá úroveň poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče. Správná péče může život prodloužit a hlavně zkvalitnit život jedince. Stejně je to s péčí i u rodiny, která se stará o nemocného.

Pro svůj rozhovor jsem získala dva pacienty s CMP v domácí péči. První pacientce zůstala za následek afázie, proto odpovídala při rozhovoru rodina, ale pacientka byla u jeho probíhání. Druhý pacient odpovídal sám na položené otázky. Pacienti se liší věkem, časem trvání od poskytnutí první pomoci, ale i dobou, kdy se jim příhoda přihodila.

V rozhovoru jsem se prostřednictvím vytvořených otázek s inspirací v mezinárodně uznávaných dotaznících pro zjišťování kvality života snažila nejprve vyzkoumat a poté posoudit kvalitu života těchto dvou respondentů po CMP. Vzniklo tedy 25 otázek rozdělených do čtyř okruhů.

V prvním okruhu otázek jsem se zaměřila na věk a vztahy jedince s rodinou a přáteli. První respondentka RB je starší o 36 let a má více rozvětvenou rodinu než druhý. Následek, který zůstal respondentce, se nazývá afázie. Zda zde hraje roli věk, je těžké říci, ale podle mě je těžké se v těchto letech naučit znovu mluvit. Mohla by to zapříčinit i dlouho poskytnutá lékařská péče. Smíření s následkem již zvládla respondentka i rodina po krátké době, ale kvalita života se tímto změnila. Vztahy s rodinou se ale nijak nezměnily, ba naopak se ještě zlepšily a navštěvují se více. Přátelství mezi respondentem a obyvatelkami z vesnice se ale překazilo kvůli afázii nemocné. Naopak u druhého respondenta MV, kterému je 52 let, se následky daří rehabilitační péčí dobře

odstraňovat a po dvou měsících je respondent vcelku soběstačný. Dobří přátelé mu zůstali, jsou mu oporou a záleží mu na nich jako na manželce. Přátelství s respondentem se tedy nezměnilo.

Jako druhou oblast jsem zvolila zdravotní stav respondentů, který se liší případ od případu. První respondentka RB neměla žádné zdravotní potíže před příhodou, ale nyní trpí vysokým tlakem, zhoršeným viděním a užívá léky na ředění krve. Problémy má i se žlučníkem. Hlavní následek, který zůstal paní RB, je afázie. S respondentkou je těžké se domluvit a přiznává to i sama rodina. Já jsem měla tu možnost, pokusit si popovídat s paní RB, ale přiznávám, že jsem ji moc nerozuměla. Slova byla správně formulovaná, ale věta nedávala vůbec smysl. Je to těžké jak pro respondentku, tak i pro celou rodinu a okolí. Podle slov rodiny se s obtížnou komunikací již vyrovnali. S denními činnostmi pomáhají pečovatelky a vaření obstarává kuchyně z domova pro seniory, která umožňuje rozvoz. Druhý respondent MV byl také plně zdravý před příhodou a nyní trpí vysokým tlakem a pobírá léky na ředění krve. Následek CMP u pana MV je zhoršená pohyblivost s pravou polovinou těla, která se ale den ode dne zlepšuje a proto nepotřebuje již pomoc od jiné osoby. Na otázku, která byla zaměřena na péči v nemocničním zařízení, všichni odpověděli kladně a shodně. Byly spokojeni s poskytovanou péčí, což mě potěšilo. Jsem ráda, že nemusím psát o nechvalně poskytované péči i stolek byl na správném místě. To mě potvrdilo tvrzení o dobře poskytované péči.

Třetí část otázek jsem zaměřila na záliby a práci. Paní RB je důchodkyně, která se ráda stará o zahradu a domácí zvířectvo. To vše byla záliba respondentky i před onemocněním. Ráda si také povídala s přáteli, což nyní už nemůže, i když by ráda chtěla a trápí ji to. Všechno se snaží napravit rodina svými návštěvami každý týden alespoň jednou týdně. Druhý respondent pan MV byl před nemocí zedníkem, což po CMP už asi nebude moci vykonávat. Ještě nyní má problémy s chůzí a s citem v pravé ruce. Dva měsíce od vzniku CMP je otázka práce, na kterou respondent zatím vůbec nemyslí. Bude se ještě dlouho léčit. Jako záliby měl sbírání hub, knihy a televizi. Nyní si koupili s manželkou psa, který je pro pana MV celodenní zálibou. Podle mě je zvíře nejlepší lék na tuto nemoc. Nemocný není sám, má se o koho starat, vyplňuje mu celý den a cítí se potřebný, což je pro nemocné velmi důležité.

V poslední skupině otázek jsem se zabývala psychicko-emocionální oblastí, kde jsem se dotazovala na nynější pocity, spokojenost s kvalitou života a závěrečná otázka se týkala budoucnosti. Respondentka RB se podle kývání a slova dobrý cítí dobře. Při

návštěvách, kdy jsem pokládala rodině otázky, jsem se také ujistila, že se paní RB má výtečně. Na chování rodiny ani nemocné jsem nepozorovala nic, co by nasvědčovalo opaku. Pocity osamění u paní jsou, vždyť je celý den vyjma tří hodin s pečovatelkou doma sama, ale jinak se to nedá vyřešit, neboť všichni z rodiny totiž pracují. Ráda se směje, ale mívá někdy i negativní pocity, ale jen málokdy. Ve věku 88 let, které má respondentka, je kvalita života velmi dobrá, až na obtížnou komunikaci a dopomoc při celkové hygieně od dcery. Mohla by být vynikající, vždyť paní RB je samostatná, nepotřebuje každodenní péči, ale řeč je tak potřebná k životu, že kvalita života je tím snižena. Nikdo si neumí představit, co to musí být pro paní RB, když se nedomluví a ani si nemůže nic zařídit. Do budoucna si rodina přeje, aby respondentka byla ještě dlouho zdravá a vždy veselá jako nyní. Druhý respondent se cítí po 2 měsících po CMP dobře. Pomalu si všechno udělá sám a věří, že se ještě bude lepší. Manželka, pes a přátelé respondenta drží nad vodou. Negativní pocity pociťuje jen před spaním, ale jinak prožívá příjemné pocity. Na otázku budoucnost reagoval pan MV, že je to krátká doba od vzniku CMP a je těžké odpovídat. Nakonec je spokojený, jak to dopadlo a věří, že se to vylepší až do úplného zdraví.

Z mého výzkumu tedy vyšlo, že na kvalitu života nemocného po CMP má vliv mnoho faktorů. Nejpodstatnějším z nich je dle mého názoru délka, která uplyne od vzniku nemoci až po poskytnutí léčby. Čím je kratší doba od poskytnutí péče, tím jsou následky menší. Do faktorů patří i místo postižení, druh CMP a v neposlední řadě záleží i na věku nemocného. Na vyléčení má důležitou roli také lékařská a ošetrovatelská péče. Mladší nemocný se vyrovná s nemocí dříve a lépe se uzdravuje, ale není to samozřejmě pravidlo. Kvalita života mých respondentů je podle mého názoru na dobré úrovni, protože jsou obklopeni optimistickými rodinami a přáteli. Paní RB má děti a mladší pán MV manželku a přátele, to o mnoho zvyšuje jejich kvalitu života.



## ZÁVĚR

CMP patří do skupiny závažných onemocnění, které končí většinou smrtí nebo invaliditou. Podstatné u tohoto onemocnění CMP je poskytnout co nejdříve nejlepší ošetrovatelskou, lékařskou a rehabilitační péči, která ovlivní možné následky nemocných. I věk hraje velkou roli při vyléčení a vyrovnávání se s následky CMP. Každý nemocný se s touto diagnózou vyrovnává individuálně.

Důležité je znát příznaky choroby a co nejdříve pomoci nemocnému jako se stalo u mého druhého respondenta. První pomoc poskytla manželka, která pracuje mnoho let ve zdravotnictví. Naopak u druhé respondentky, která žila a žije sama, byla první pomoc poskytnuta až déle. Nemocní jsou většinou v prvních dnech zcela závislí na poskytnutí péče od personálu. Po uplynutí akutní doby rehabilitační péče zastupuje hlavní složku léčebného programu u nemocných s CMP. Má za úkol přivodit co nejdříve soběstačnost nemocného. Zlepšení způsobuje psychoterapie.

Od personálu se vyžaduje celková péče o jedince v týmu, ve kterém každý musí znát, jaká je jejich úloha a na co se mají maximálně orientovat. Vznik onemocnění CMP je velká zátěž pro nemocného i jeho rodinu. V životě mých respondentů hrála velkou roli jejich rodina, která se hodně přizpůsobila, sjednotila se a dokáže se postarat o svého člena rodiny vždy, když je zapotřebí. Respondenti jsou veselí a mají chuť do života. U paní RB je to o něco těžší, protože nemůže komunikovat. Proto je zde velice důležitá podpora od rodiny. Kvalita života u nemocného s CMP je ovlivněna i tím, že mohou žít v domácím prostředí a mít dostatek informací.

Motto:

**„Plný a hodnotný život ve stáří – to je umělecké dílo.“ Karel Čapek**

## POUŽITÁ LITERATURA

- 1 - HERZIG, ROMAN. *Ischemické cévní mozkové příhody : průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2008. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6
- 2 - ORSZÁGH, JAN a KÁŠ, SVATOPLUK. *Cévní příhody mozkové*. 3. přeprac. vyd. Praha : Brána, 1995. 142 s. ISBN 80-901783-8-3
- 3 - ÚZIS ČR, *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize*. 2. aktual. vyd. Praha : Bomton, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3
- 4 - KALINA, MIROSLAV. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9
- 5 - KALITA, ZBYNĚK. *Akutní cévní mozkové příhody: Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé*. 1.vyd. Praha : Mladá fronta a. s., 2010. 39 s. ISBN 978-80-204-2093-0
- 6 - KALITA, ZBYNĚK a kol. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vy. Praha : Maxdorf, 2006.s. 623 ISBN 80-85912-26-0
- 7 - SEIDEL, ZDENĚK a OBENBERGER, JIŘÍ. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 363 s. ISBN 80-247-0623-7
- 8 - AMBLER, ZDENĚK. *Základy neurologie*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4
- 9 - GLADKIJ, IVAN, HEGER, LEOŠ a STRNAD, LADISLAV. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 183 s. ISBN 80-7013-272-8
- 10 - GLADKIJ, IVAN a kol. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2003, 393 s. ISBN 80-7226-996-8
- 11 - FEIGIN, VALERY. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha : Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7
- 12 - MÄURER, HORST-CHRISTIAN a MÄURER, RENÉ. *Náhlá mozková příhoda*. Praha : Victoria Publishing, 1989. 142 s. ISBN 80-85605-65-1
- 13 - KÁŠ, SVATOPLUK. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 1997. 338 s. ISBN 80-7169-339-1

- 14 - TICHÝ, JIŘÍ a kol. *Neurologie*. 2. dopl. vyd. Praha : Karolinum, 1998. 340 s. ISBN 80-7184-750-X
- 15 - KALVACH, PAVEL a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997. 440 s. ISBN 80-7169-109-7
- 16 - TRACHTOVÁ, EVA et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
- 17 - KOZIEROVÁ, BARBARA, ERBOVÁ, GLENORA a OLIVIEROVÁ, RITA. *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474s. ISBN 80-217-0528-0
- 18 - VOTAVA, JIŘÍ. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 19 - MPSV ČR. *Sociální služby - způsoby pomoci* [on line]. [cit. 2012-03-05]. dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
- 20 - MPSV ČR. *Příspěvek na péči* [on line]. [cit. 2012-03-05]. Poslední revize 23.2.2011, dostupné na: <http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/148>
- 21 - ZAHRADNICKÁ, ILONA. *Hodnocení soběstačnosti* [on line]. In. *Sestra*. [cit. 2012-03-02]. Dostupné na: [http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2\\_04\\_Zahradnicka.pdf](http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf)
- 22 - PIPEKOVÁ, JARMILA a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přepra. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0
- 23 - VÁGNEROVÁ, MARIE. *Psychologie osobnosti*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2010. 467 s. ISBN 978-80-246-1832-6
- 24 - ZACHAROVÁ, EVA a kol. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5
- 25 - SLOVÁČEK, LADISLAV a kol. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. In *Vojenské zdravotnické listy* [on line]. 2004, [cit. 2012-03-02]. Dostupný na: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vzl1\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf)
- 26 - DRAGOMIRECKÁ, EVA et al. *SQUALA: Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 68 s. ISBN 80-85121-47-6
- 27 - KEYWORDS. *BMI (Body Mass Index) - Index tělesné hmotnosti* [on line]. [cit. 2012-03-13]. poslední revize 13.2.2005, dostupné na: <http://info.hubnout.kvalitne.sweb.cz/tabulky.htm>

## **SEZNAM ZKRATEK**

apod. - a podobně

BMI - Body mass index

CMP – cévní mozková příhoda

CT – počítačová tomografie

EKG - elektrokardiogram

např. - například

s. - strana

SQUALA - Subjective quality of life analysis

tj. – to je

TK – krevní tlak

tzv. – takzvaně

vyš. - vyšetření

WHO - World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

WHOQOL - World health organization quality of life

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Test základních všedních činností podle Barthelové

Příloha č. 2 – Stupně závislosti u osob starších 18 let věku

Příloha č. 3 – Úkony posuzující se při péči o vlastní osobu pro stanovení stupně závislosti

Příloha č. 4 – Úkony posuzující se pro soběstačnost člověka pro účely stanovení stupně závislosti

Příloha č. 5 – Body Mass Index - Index tělesné hmotnosti

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 – Test základních všedních činností podle Barthelové

### 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	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	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**

ZAHRADNICKÁ, ILONA. *Hodnocení soběstačnosti*. [on line] In. *Sestra*. [cit. 2012-03-02]. Dostupné na: [http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2\\_04\\_Zahradnicka.pdf](http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf)

## **Příloha č. 2 – Stupně závislosti u osob starších 18 let věku**

- **I. stupeň** – lehká závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 12 úkonech** o vlastní osobu a soběstačnosti)
- **II. stupeň** – středně těžká závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 18 úkonech**)
- **III. stupeň** – těžká závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 24 úkonech**)
- **IV. stupeň** – úplná závislost (každodenní pomoci nebo dohled při **více než 30 úkonech**)

MPSV ČR. *Příspěvek na péči* [on line] [cit. 2012-03-05]. Poslední revize 23.2.2011, dostupné na: <http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/148>

### **Příloha č. 3 – Úkony posuzující se při péči o vlastní osobu pro stanovení stupně závislosti**

- příprava, podávání a porcování stravy
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu
- mytí těla, koupání nebo sprchování
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
- sezení, schopnost vydržet stát
- přemísťování předmětů denní potřeby
- chůze po rovině
- chůze po schodech nahoru a dolů
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
- oblékání, svlékání, obouvání a zouvání
- orientace v přirozeném prostředí
- dodržení léčebného režimu a provedení si jednoduchého ošetření

MPSV ČR. *Příspěvek na péči* [on line] [cit. 2012-03-05]. Poslední revize 23.2.2011, dostupné na: <http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/148>



#### **Příloha č. 4 – Úkony posuzující se pro soběstačnost člověka pro účely stanovení stupně závislosti**

- komunikace slovní, písemná, neverbální
- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
- obstarávání osobních záležitostí
- uspořádání času, plánování života
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla
- mytí nádobí a běžný úklid domácnosti
- péče o prádlo a přepírání drobného prádla
- péče o lůžko
- obsluha běžných domácích spotřebičů
- manipulace s kohouty a vypínači
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti

MPSV ČR. *Příspěvek na péči* [on line] [cit. 2012-03-05]. Poslední revize 23.2.2011, dostupné na: <http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/148>

## **Příloha č. 5 – Body Mass Index - Index tělesné hmotnosti**

<b>BMI</b>	<b>Váhová kategorie</b>	<b>Zdravotní rizika</b>
pod 18,5	podváha	nebezpečí anorexie
18,5 - 24,9	normální rozmezí	minimální
25 - 29,9	nadváha	středně vysoká
30 - 39,9	obezita	vysoká
40 a více	těžká obezita	velmi vysoká

KEYWORDS. *BMI (Body Mass Index) - Index tělesné hmotnosti* [on line] [cit. 2012-03-13]. poslední revize 13.2.2005, dostupné na: <http://info.hubnout.kvalitne.sweb.cz/tabulky.htm>