



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Ovlivnitelné rizikové faktory a cévní mozková příhoda ischemického typu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Simona Berková

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

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Ovlivnitelné rizikové faktory a cévní mozková příhoda ischemického typu“ jsem vypracoval/a 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 bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2018

.....

Berková

Poděkování

Touto formou bych ráda poděkovala Mgr. Lence Šedové, Ph. D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za ochotnu pomoc a cenné rady, které mi poskytla. Také bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a podporu.

Ovlivnitelné rizikové faktory a cévní mozková příhoda ischemického typu

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá ovlivnitelnými rizikovými faktory a cévní mozkovou příhodou ischemického typu. Cílem práce bylo porovnat znalostní potenciál o ovlivnitelných rizikových faktorech u pacientů s vysokým rizikem ke vzniku cévní mozkové příhody a u pacientů, kteří se léčí po prodělané cévní mozkové příhodě ischemického typu. K naplnění cíle nám pomohla následující výzkumná otázka. Liší se znalosti o ovlivnitelných rizikových faktorech ve vybraných skupinách respondentů?

K realizaci výzkumného šetření jsme zvolili kvalitativní přístup pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Podklad pro vedení rozhovoru (Příloha 1) se skládal z devíti otázek. Ty byly v některých případech obohaceny o otázky doplňující. První čtyři otázky se zabývaly cévní mozkovou příhodou, na které navazovali otázky ohledně životního stylu. Data získaná výzkumným šetřením byla následně zpracována metodou otevřeného kódování s využitím techniky „tužka a papír“. Výzkumný soubor tvořilo 10 dotazovaných, kdy 5 dotazovaných spadalo do skupiny s vysokým rizikem cévní mozkové příhody a zbylých 5 dotazujících bylo po již prodělané cévní mozkové příhodě ischemického typu.

Výsledky práce byly pro větší přehlednost rozčleněny do jednotlivých tematicky zaměřených kategorií a podkategorií. Výpovědi oslovených respondentů kvalitativního výzkumného šetření naznačili, že pacienti s vysokým rizikem CMP se orientují méně, než pacienti léčení po CMP. U všech pacientů probíhá je dispenzarizace lékařem. Je zřejmé, že tyto výsledky mohou poukazovat na nízkou úroveň primární prevence především informovanost o této nemoci a nízkou úroveň zdravotní gramotnosti celkově.

Klíčová slova

Ischemická cévní mozková příhoda; ovlivnitelné rizikové faktory, primární prevence; ateroskleróza; arteriální hypertenze; diabetes mellitus, cholesterol

Influenceable risk factors and ischemic stroke

Abstract

The bachelor thesis describes the influenceable risk factors of ischemic stroke. The main objective of thesis was to compare knowledge about higher mentioned factors between two groups of respondents. First group includes patients with high risk for developing stroke. Second one is composed of those patients, who was already treated after stroke developed. This research question led us to fulfill the objective: Is there any difference in knowledge of two mentioned groups of respondents above?

For the research realization we applied quality approach through a semi-structured interview. The background for the interview (annex 1) consisted of nine questions. The main questions have been developed with supplementary questions. The first four question were clarified by a stroke. There were also questions about lifestyle. The data obtained from the research was subsequently processed by open-coding using pencil and paper. The research team consisted of 10 respondents, with 5 respondents in the high risk group of the stroke and the remaining 5 respondents. after a stroke of the ischemic type.

The results of the work were divided into thematic categories and subcategories for better clarity. Answers from respondents from a qualitative research survey suggested that patients with a high risk of CMP are less well-targeted than CMP patients. All patients are dispensed by a physician. It is clear that these results may indicate a low level of primary prevention, notably awareness of this disease and a low level of health literacy overall

All patients go to the doctor regularly. It is clear that these results may indicate a low level of primary prevention, especially awareness of this disease and a low level of health literacy.

Keywords

Ischemic stroke; influenceable risk factors; primary prevention; atherosclerosis; arterial hypertension; diabetes mellitus; cholesterol

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav dané problematiky	8
1.1. Základy anatomie centrální nervové soustavy	8
1.1.1. Mozek a jeho části	8
1.1.2. Obaly mozku	9
1.1.3. Cévní zásobení mozku.....	9
1.2. Cévní mozková příhoda	10
1.2.1. Rozdělení CMP	10
1.2.2. Etiologie a patofyziologie.....	11
1.2.3. Klinické projevy a jejich hodnocení.....	11
1.2.4. Diagnostika.....	12
1.2.5. Terapie	13
1.2.6. Následná péče	14
1.3. Rizikové faktory.....	15
1.3.1. Ovlivnitelné rizikové faktory	16
1.3.2. Neovlivnitelné rizikové faktory.....	19
2 Cíl práce, výzkumné otázky	20
2.1. Cíl práce	20
2.2. Výzkumné otázky.....	20
2.3. Operacionalizace pojmů.....	20
3 Metodika	21
3.1. Použitá metoda	21
3.2. Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru.....	21
3.3. Charakteristika výzkumného souboru.....	22
4 Výsledky	23
4.1. Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty skupiny	23
5 Diskuze	32
6 Závěr	39
7 Seznam použitých zdrojů	40
8 Seznam příloh	44
9. Seznam zkratk	45

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá ovlivnitelnými rizikovými faktory cévní mozkové příhody ischemického typu. V práci jsme se zaměřili na ovlivnitelné rizikové faktory a na cévní mozkovou příhodu ischemického typu, na porovnání znalostního potenciálu o ovlivnitelných rizikových faktorech u pacientů s vysokým rizikem vzniku cévní mozkové příhody ischemického typu a u pacientů, kteří se léčí po CMP ischemického typu.

Bakalářskou práci na téma Ovlivnitelné rizikové faktory a cévní mozková příhoda ischemického typu, jsem si vybrala, protože mě stále překvapuje neznalost lidské populace o rizikových faktorech CMP a o nemoci samotné. Právě cévní mozková příhoda je nejčastější příčinou invalidity člověka, ale také velmi častou příčinou jeho úmrtí. Z toho důvodu mi práce připadá zajímavá a aktuální.

Z důvodů častého výskytu CMP, je důležité znát její příčiny a jak jim zabránit. Pokud známe ovlivnitelné rizikové faktory, můžeme zamezit jejich rozvoji a následnému vzniku CMP. Nemělo by se proto zapomínat na prevenci. Po celém světě probíhají preventivní programy popřípadě programy, které ukazují důležité příznaky. Pacienti, u kterých se projeví první příznaky rozvoje CMP, potřebují co nejrychlejší léčbu. Velkou roli hraje následná péče a rehabilitace.

Úkolem této bakalářské práce je za pomoci kvalitativního výzkumu porovnat znalostní potenciál o ovlivnitelných rizikových faktorech u pacientů s vysokým rizikem ke vzniku CMP ischemického typu a u pacientů, kteří se léčí po CMP ischemického typu. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou, která je zaměřena na základy anatomie centrální nervové soustavy, dále na rozdělení, etiologii a patofyziologii, klinické projevy a jejich hodnocení, diagnostiku, terapii a následnou péči CMP. V poslední kapitole teoretické jsou rozebrány rizikové faktory. Bakalářská práce dále obsahuje část empirickou, která shrnuje výsledky výzkumného šetření.

1 Současný stav dané problematiky

1.1. Základy anatomie centrální nervové soustavy

Centrální nervový systém (CNS) je nejsložitěji uspořádaný systém v organismu. Zpracovává všechny přijaté a uložené informace jak z vnějšího prostředí, tak i z vlastního organismu (Merkunová a Orel, 2008). CNS je tvořen mozkem (cerebrum) a hřbetní míchou (medulla spinalis). Jeho části jsou uloženy v kostěných oporách (lebka, páteř) a dále je chráněn vazivovými obaly. Mozkomíšní mok mezi obaly mozku nadlehčuje a izoluje proti otřesům (Naňka a Elišková, 2015).

1.1.1. Mozek a jeho části

Mozek zpracovává vstupní signály ze smyslových orgánů a vytváří signály výstupní, které odesílá k výkonným orgánům. Mozek koordinuje a integruje aktivity, které se vztahují ke všem částem těla. Skládá se z prodloužené míchy, Varolova mostu, středního mozku, mozečku, mezimozku a koncového mozku (Kopecký a Cichá, 2005).

Prodloužená mícha, Varolův most a střední mozek tvoří mozkový kmen. V mozkovém kmeni jsou lokalizována centra nezbytně nutná pro vitální funkce (Naňka a Elišková, 2015). V prodloužené míše jsou pod spodinou IV. mozkové komory skupiny nervových buněk tvořících jádra, která jsou rozestata v bílé hmotě mezi nervovými vlákny. Tyto skupiny nervových buněk nazýváme retikulární formace, zde se nachází centrum regulace srdeční akce, cévohybné centrum, dýchací centrum, centrum řízení trávení, centra řízení obranných reflexů a motorická centra (Kopecký a Cichá, 2005).

Mozeček je uložen v zadní jámě lebeční, dorsálně od prodloužené míchy a pontu, jako zaoblený, dorzálně vyklenutý útvar (Čihák, 2016). Je tvořen dvěma hemisférami, které jsou spojeny ve střední čáře mozečkovým červem. Mozeček členíme dle funkce na vestibulární mozeček, spinální mozeček a kortikální mozeček (Kopecký a Cichá, 2005).

Základní funkcí mozečku je udržování rovnováhy a vzpřímené polohy, regulace svalového tonu, řízení pohybů a koordinace pohybů (Naňka a Elišková, 2015).

Mezimozek navazuje na mozkový kmen a z valné části je překryt koncovým mozkem. Má tvar trubice, uvnitř které se nachází III. mozková komora (Kopecký a Cichá, 2005). Diencephalon je složen z epithalamu, metathalamu, thalamu, subthalamu a hypothalamu (Naňka a Elišková, 2015). Do thalamu přicházejí vzruchy ze všech senzitivních a smyslových dostředivých dráhových systémů (s výjimkou čichových). Z kožních receptorů se přivádí informace o teple, chladu a bolesti. Poškození thalamu

vede k poruchám vnímání v oblasti všech smyslových orgánů (Kopecký a Cichá, 2005). Hypothalamus řídí neurosekreční činnost a působí na visceromotorická kmenová a míšní centra autonomního nervového systému. Také ovlivňuje sexuální chování a reprodukci, reguluje příjem potravy a tekutin a působí na regulaci tělesné teploty (Naňka a Elišková, 2015).

Koncový mozek (telencefalon) je největší část mozku. Tvoří ho dvě hemisféry, které spojuje kalózní těleso. Na povrchu mozku se nachází plášť (pallium), který tvoří šedá hmota. Pod mozkovou kůrou se nachází bílá hmota a uvnitř jsou uložena bazální ganglia. Povrch mozku je rozbrázděn klikatými brázdami (sulci), mezi nimiž jsou mozkové závitě (gyri). Gyri jsou protáhlé, oblé, vyvýšené valy povrchu mozku (Kopecký a Cichá, 2005). V této oblasti mozku se nachází korová centra (např. čichové, zrakové, chuťové...), řečová centra a limbický systém, který je sídlem paměti, emocí a motivací (Naňka a Elišková, 2015).

1.1.2. Obaly mozku

Anatomie popisuje tři vrstvy obalů a to tvrdou plenu (dura mater), pavučnici (arachnoidea encephali) a měkkou plenu či jinak omozečnici (pia mater). Dura mater je zásobena meningeálními tepnami a při krvácení se mezi ní a lebkou vytvoří epidurální prostor. Arachnoidea encephali je tenká, bezcévná blána obalující celý mozek. Spolu s durou mater ohraničuje subdurální prostor (Naňka a Elišková, 2015). Těsně k povrchu mozku je přiložena pia mater tenká vazivová blána, která sleduje všechny závitě a rýhy. Dále obaluje cévy na povrchu mozku a vstupuje spolu s nimi do mozkové tkáně (Merkunová a Orel, 2008).

1.1.3. Cévní zásobení mozku

Mozek (lat. cerebrum, řec. encephalon) je velmi citlivý na přísun kyslíku. Z periferní krve je příjem látek omezen hematoencefalickou bariérou. Kyslík, oxid uhličitý a voda procházejí touto bariérou bez omezení, oproti nim např. glukóza a aminokyseliny procházejí pomocí zvláštních transportních mechanismů. Ostatní molekuly prostupují špatně či vůbec ne. Je to důležité zvláště při podávání léků, které mají na CNS působit (Čihák, 2016; Naňka a Elišková, 2015).

Mozek je zásoben mnoha tepnami. Hlavním zdrojem je arteria vertebralis a arteria carotis interna. Tyto ještě spolu dalšími cévami vytváří pod bazí mozku circulus arteriosus cerebri neboli Willisův okruh (Čihák, 2016).

A. vertebralis odstupuje do lebky z a. subclavia. Jako párová tepna se spojuje s druhostrannou a.vertebralis a vytváří tak a. basilaris. Ta se dále větví a její menší větve zásobují mozeček a mozkový kmen (Ňaňka a Elišková, 2015).

A. carotis interna v lebce prochází přes spánkovou kost, dále skrz duru mater a na bazi lební a poté se větví na a. cerebri anterior a a. cerebri media a ty zásobují hemisféry koncového mozku (Ňaňka a Elišková, 2015).

Odkysličená krev z mozku se vlévá do žilních splavů. Odtok z mozkového kmene je zajištěn v. basilaris. Systém povrchových a hlubokých žil, zajišťuje odvod z hemisfér, které se spojují ve v. magna cerebri, která pokračuje z v. basilaris. Vena jugularis interna je hlavním odvodem z hlavy, včetně mozku a také z krku. A právě jedním přítokem je v. magna cerebri, která se do ní přes další cévy vlévá (Ňaňka a Elišková, 2015).

1.2. Cévní mozková příhoda

Cévní mozkové příhody (ikty) jsou náhle vzniklé poruchy mozkové funkce cévního původu, které trvají déle než 24 hodin (Bartůněk, 2016, s. 431). Cévní mozkové příhody (CMP) jsou nejen nejčastější příčinou invalidity člověka, ale také velmi častou příčinou jeho úmrtí. Každý rok jsou v České republice zaznamenáni noví lidé, postiženi tímto onemocněním. Převážně jsou to lidé, kterým je nad 65 let. Můžeme předpokládat, že vzhledem ke stárnutí populace bude trend v prevalenci a incidenci CMP vzrůstající, i přes pokroky v prevenci (Rohan et al., 2013).

1.2.1. Rozdělení CMP

Dle etiologie se cévní mozkové příhody dělí na ischemické a hemoragické. Ischemické cévní mozkové poruchy (iCMP) představují právě 80% všech CMP a zbytek procent náleží krvácivým příhodám (Bartůněk et al., 2016).

Seidl (2015) tvrdí, že iCMP vzniká v důsledku uzávěru nebo zúžení mozkové tepny, kdy dochází ke snížení perfuze v mozkové tkáni. Může se projevit jako TIA (tranzitorní ischemická ataka) nebo mozkový infarkt. TIA často předchází mozkové příhodě. Projevuje se neurologickým deficitem, který vymizí do jedné hodiny (Seidl, 2015). V průběhu přerušení přívodu kyslíku a živin do tkáně mozku, dochází ke vzniku nekrózy, v jejímž okolí se nachází tkáň se sníženou perfuzí (tzv. oblast ischemického polostínu = oblast penumbry). Při snížené perfuzi dochází k neurologickým deficitům.

Nekróza se rozšíří do oblasti penumbry, pokud nedojde revaskulizaci. Při včasném odstranění uzávěru jsou příznaky reverzibilní (Cífková, 2010; Fiksa, 2015).

Hemoragické cévní mozkové příhody se dělí na intracerebrální krvácení, kdy příčinou je postižení cévní stěny, a na subarachnoidální krvácení, kdy důvodem je aneurysma mozkové cévy, krvácení z arteriovenózní malformace, poruchy hemokoagulace a jiné (Šeblová et al., 2013).

1.2.2. Etiologie a patofyziologie

Základní vyvolávající příčinou je ateroskleróza mozkových cév, ve kterých tak vznikne změna funkce endotelu a trombóza (Dobiáš, 2012). Tento aterosklerotický proces se nejčastěji objevuje v přívodných mozkových tepnách, kdy způsobí stenózu nebo okluzi. Další příčinou mohou být kardioembolizační příhody, kdy zdrojem je srdce. Jedná se o fibrilaci síní, chlopenní vady či jejich náhrady nebo dilatační kardiomyopatie a jiné. Jako další důvod jsou uvedeny lakunární infarkty, které vznikají důsledkem postižení malých mozkových tepének. K jiným příčinám řadíme disekci cévní stěny nebo poruchy srážlivosti, popřípadě může být příčina neznámá (Ševčík 2014; Cífková et al., 2015).

Ke vzniku cévních mozkových příhod obecně přispívají rizikové cévní faktory, mezi které řadíme arteriální hypertenzi, nemoci srdce (zvláště arytmie), diabetes mellitus, obezitu, kouření, imunogenetické faktory i rizikovou medikaci (Fiksa, 2015).

1.2.3. Klinické projevy a jejich hodnocení

Příznaky se projevují dle lokalizace místa postižení. Mezi klinické příznaky patří porucha vědomí, kterou vyhodnotíme dle GCS (Glasgow Coma Scale), která posoudí stav vědomí. Dále si všímáme postavení a hybnosti bulbů, neboť nystagmus, neboli neuvědomělé, rychle se opakující pohyby očí, je častým projevem CMP. Také může nastat porucha zraku a asymetrie zornic, kdy pacient vidí rozostřeně nebo i dvojité či má omezené zorné pole. Při kontrole bulbů si všímáme, zda nespátříme anizokorii zornic. Častým příznakem je dysatrie (motorická porucha řeči) nebo afázie (porucha tvorby mluvené i psané řeči). Nastat může porucha polykání (dysfagie). Velmi známým příznakem je paresa VII. hlavového nervu (n. facialis), což poznáme, že poklesne oční koutek a ústní koutek na jedné půlce obličeje. Jedinec poté nezapíská, nedokáže sešpulit ústa ani vycenit zuby. Naopak paresa XII. hlavového nervu (n. hypoglossus), způsobuje deviaci jazyka. To znamená, že při plazení jazyka, přetlačuje zdravá strana jazyk na

postiženou a v dutině ústní směřuje jazyk ke zdravé straně (Šeblová et al., 2013; Ševčík et al., 2014).

Výrazným příznakem je porucha koordinace (ataxie), hybnosti a cití končetin. Nastat může hemiparéza (částečné ochrnutí jedné poloviny těla) a hemiplegie (úplné ochrnutí jedné poloviny těla, dále hemihyestezie (snížená citlivost kůže na jedné polovině těla včetně obličeje) nebo hemianestezie (úplná ztráta kožního cití na jedné polovině těla). Pacienti také často popisují závratě, prudkou bolest hlavy, bez zjevné příčiny (Šeblová et al., 2013; Ševčík et al., 2014).

U hemoragické cévní mozkové příhody můžeme, mimo jiné výše uvedené, vidět specificky vyskytující se příznaky právě z důvodu nitrolební hypertenze, která nastává kvůli krvácení do mozku. Mezi tyto příznaky patří prudká bolest hlavy, nauzea, často zvracení či náhlá porucha vědomí. Při subarachnoidálním krvácení ještě navíc nastává postupné tuhnutí šíje a pozitivní meningeální příznaky (Ševčík et al., 2014; Fiksa, 2015).

1.2.4. Diagnostika

U diagnostiky CMP hraje časový faktor velkou roli a ztráta každé minuty může znamenat menší šanci na přežití. Je proto důležité se co nejrychleji obrátit na záchranný systém, již při objevení prvních symptomů CMP. V anamnéze je důležité zaměřit se na možné rizikové faktory, přidružená onemocnění (např. jako hypertenze, diabetes mellitus nebo fibrilace síní), popřípadě medikaci člověka. Pro následnou léčbu je důležité vědět, co nepřesněji čas vzniku příznaků CMP. Anamnéza je doplňována neurologickým vyšetřením, kdy lékař (neurolog) hodnotí stav pacienta (Fiksa, 2015). Klinický obraz se liší dle druhu a lokalizace cévní mozkové příhody. Aby se zjistila míra neurologického postižení, lékař provádí nejčastěji standardizované vyšetření National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), které spočívá v přesném hodnocení projevů CMP (Šeblová et al., 2013).

Právě k určení co nejefektivnější léčby je důležité zjistit, jestli je CMP ischemického nebo hemoragického původu. Proto se prvotně provádí počítačová tomografie (CT) mozku. Dnes se ale nedělá pouze nativní snímek. Současně s ním se provádí i CT-angiografie mozkových tepen, která napomáhá k přesnější lokalizaci postižené cévy u iCMP (Ševčík et al., 2014; Peisker et al., 2017;). Podle Ševčíka (2014) má CT také jednu velkou nevýhodu a to, že v prvních hodinách mozkového infarktu se nemůžeme spolehnout na jeho přesné zobrazení, tudíž výsledky mohou být zkreslené.

Magnetická resonance (MR)

MR se začíná používat čím dál častěji v akutní péči. Stejně jako CT je neinvazivní, ale je lepší k přesnějšímu zobrazení a průkazu oblasti penumbry. Avšak kontraindikací pro provedení je např. neklid pacienta, riziko aspirace nebo kardiostimulátor (Ševčík et al., 2014; Peisker et al., 2017).

Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové metody (echokardiografie, sonografie krčních i mozkových tepen) jsou užívány ve všech fázích a často i opakovaně. S tímto vyšetřením můžeme vyhodnotit zda, zvolená léčba je účinná. Tato vyšetření se používají i pro kontrolu u pacientů se zvýšeným sklonem k ateroskleróze (Fiksa, 2015).

EKG (elektrokardiografie)

EKG se točí u každého pacienta akutně a u pacientů s podezřením na arytmiie, kterou je nejčastěji fibrilace síní, a proto se indikuje holterovské monitorování EKG (Ševčík et al., 2014).

1.2.5. Terapie

Pro pacienty, kteří jsou přivezeni rychlou záchrannou službou, slouží speciální iktové jednotky nebo jednotky intenzivní péče. Při léčbě akutní fáze ischemického iktu se využívá nejčastěji trombolytická léčba, která napomáhá velmi včasné revaskularizaci ischemického ložiska (Fiksa, 2015). American Heart Association vydávají pohromadě všechny aktuální poznatky o CMP. Poslední verze guidelines vyšla v březnu 2018. Najdeme zde poznatky o přednemocniční péči, managementu zdravotnického personálu nebo i o sekundární prevenci v prvních 2 týdnech po CMP (Powers et al., 2018)

Intravenózní trombolýza

Intravenózní trombolýza (IVT) je nejpoužívanější metodou v léčbě iCMP. Spočívá v nitrožilní aplikaci rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu (rtPA). Avšak pro svá kritéria a kontraindikace je vhodný pouze pro určitou část pacientů. Pacienti, u kterých se zahajuje léčba trombolýzou, nesmí mít delší dobu než 4,5 hodiny od rozvinutých příznaků. Časový interval je jedním z nejvýznamnějších kritérií (Hutira et al., 2011; Peisker et al., 2017).

Při léčbě je zde také vysoké riziko intracerebrálního krvácení. Proto se během podání trombolytické látky kontinuálně monitoruje krevní tlak, avšak nezahajuje se léčba, pokud není vyšší než 180/110 mm Hg. Dále se udržuje glykemie do 10 mmol/l a tělesná teplota do 37,5°C. Dále se do 48 hodin zahajuje antiagregační léčba jako sekundární prevence iktu (Bartůněk et al., 2016).

V České republice se všechny data pacientů zakládají do registru SITS (Safe Implementation of Treatments on Stroke). Dle Bara (2012) díky této databázi můžeme vidět výsledky trombolytické léčby a ty slouží k lepšímu posouzení budoucí léčby u dalších pacientů a k zlepšení jejich prognózy. Antikoagulancia jsou využívána nejen jako léčba, ale také i jako sekundární prevence iCMP. Léky jako warfarin, heparin představují starší zástupce antikoagulancií (Herzig, 2014; Medical Tribune, 2014). Dnes jsou na trhu i nově schválené léky dabigatran, rivaroxaban nebo apixaban, které dle Herziga (2014) jsou bezpečnější alternativou warfarinu, kvůli menšímu riziku intracerebrální hemoragie.

Další možností léčby iCMP je chirurgické řešení. Jednou možností je přímé odstranění překážky a další možností je její obejití (Bartůněk et al., 2016).

1.2.6. Následná péče

Rehabilitační a logopedická léčba se zahajuje, již akutní fázi léčby iCMP. Je zde riziko aspirace z důvodu dysfagie. Proto se zde aplikuje GUSS test (The Gugging Swallowing Screen), který spočívá ve screeningovém vyšetření polykání pacientů po CMP u lůžka a dle výsledků se dále určuje, jak bude nadále pacient přijímat potravu (Bartůněk et al., 2016; Peisker et al., 2017). Česká republika má v následné péči jisté rezervy. U velkého množství pacientů zůstane nějaké zbytkové poškození, u kterého je nutnost dlouhodobé následné péče. Takový pacient by neměl dlouho přebývat na interním oddělení, ale co nejrychleji by, po kompenzaci zdravotního stavu, měl nastoupit na rehabilitační léčbu. Zde však nastává rezerva, kdy ne pro všechny pacienty je dlouhodobá rehabilitace dostupná v patřičné kvalitě a intenzitě. Nejvíce to můžeme vnímat u starších pacientů, kteří z důvodu CMP a jejích následků zůstanou naprosto nesoběstační (Léčba CMP je už hašení..., 2015).

Do následné péče patří také sekundární prevence CMP. Tu je potřeba zahájit, co nejdříve. V rámci sekundární prevence iCMP a jiných kardiovaskulárních příhod je

upřednostňováno podávání antiagregační léčby před antikoagulační (Cífková et al., 2016).

1.3. Rizikové faktory

Rizikovými faktory se poprvé začala věnovat Framinghamská studie v USA. Byla zahájena v roce 1948 po 2. světové válce, kdy se kardiovaskulární onemocnění (KVO) staly hlavní příčinou úmrtí. Studie pobíhala 50 let a zúčastnilo se jí 5 029 mužů i žen ve věku 30 – 32 let. Tato studie znamenala velký průlom na otázky související s KVO a jejich rizikovými faktory (The Framingham Heart Study, 1999). Data z Framinghamské studie byla použita i v některých společných evropských doporučení pro KVO (Cífková, 2006). V roce 1983 Světová zdravotnická organizace (WHO) připravila studii MONICA (WHO Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease Project), která probíhala ve třech vlnách šetření (1985, 1988 a 1992) v 21 zemích celého světa, včetně tehdejšího Československa (MONICA Report Summary, 1999). Od vyšetřovaných v České republice se získávaly informace o rodinné a osobní anamnéze, které vyhledávaly přítomnost kardiovaskulárních rizikových faktorů. Také se vyšetřovaným měřil krevní tlak nebo se také vyšetřoval celkový cholesterol (Studie MONICA v ČR, 2008). V polovině devadesátých let, byla studie MONICA ukončena, ale v České republice pokračovala dalších 15 let jako Czech post-MONICA. Právě prof. MUDr. Renata Cífková, CSc. se zasloužila o pokračování studie tady u nás. Studie byla stále zaměřena na sledování

kardiovaskulárních rizikových faktorů, ale oproti mateřské studii byla ještě rozšířena a vylepšena (Studie post-MONICA potvrzuje pozitivní trendy, 2015).

Rizikové faktory můžeme rozdělit na ovlivnitelné, které svým chováním či způsobem života, popřípadě farmakologickou léčbou, můžeme regulovat. Běžně se setkáváme s kombinací těchto faktorů. Ostatní faktory nazýváme neovlivnitelnými (Češka a Hradec, 2010).

1.3.1. Ovlivnitelné rizikové faktory

Arteriální hypertenze

WHO a Mezinárodní společnost pro hypertenzi vysvětluje arteriální hypertenzi jako trvalé zvýšení krevního tlaku nad hodnoty 140/90 mm Hg, zjištěné alespoň ve dvou ze tří měření, provedených za standardizovaných podmínek při alespoň dvou návštěvách ordinace (Šafránková a Nejedlá, 2006). Dle Součka a Řiháčka (2013) je vysoký tlak nejzávažnějším rizikovým faktorem ischemické i hemoragické CMP. Widimský (2016) popisuje, že dříve se léčba hypertenze opírala o diastolický tlak, ale v 90. letech se ukázalo, že u starších osob je lepším ukazatelem kardiovaskulárních komplikací systolický tlak. Je to z důvodu, že systolický tlak stoupá s věkem, zatím co diastolický tlak stoupá pouze do 50 let, a pak se zastaví v době, kdy kardiovaskulární riziko začíná stoupat (Widimský, 2016). Podle Václavíka (2013) by měření TK (krevního tlaku) mělo být součástí pravidelných kontrol u praktického lékaře. Krevní tlak je udržován na určitých hodnotách primárně úpravou životního stylu, nebo dále pomocí farmakologické léčby (Václavík, 2013). To se doporučuje i u pacientů s nízkým rizikem (Rohan et al., 2013). Snížení krevního tlaku významně redukuje riziko CMP (Václavík, 2013). Rohan et al. (2013) upozorňují, že u pacientů starších 80 let, je nutno postupovat individuálně v závislosti na fyzickém a psychickém stavu.

Česká kardiologická společnost definuje krevní tlak v sedmi kategoriích a to jako optimální, normální a vysoký normální krevní tlak. Dále hypertenze 1., 2. a třetího stupně a nakonec izolovaná systolická hypertenze, která je definována systolickým krevním tlakem větším nebo rovno 140 mm Hg a menším než 90 mm Hg diastolickým krevním tlakem. Hodnota optimálního krevního tlaku je < 120/80 mm Hg. Jako normální krevní tlak jsou hodnoty od 120-129 mm Hg systolického a 80-84 mm Hg diastolického krevního tlaku. Hypertenze 1. stupně je dána hranicí 140-149 mm Hg systolického krevního tlaku nebo 90-99 mm Hg diastolického krevního tlaku. Z tohoto důvodu tyto a vyšší hodnoty jsou varovnými signály. Ke zjištění krevního tlaku u pacienta je velice důležité jakým způsobem, jak často a kde je TK měřen. I přes tato opatření se diagnostika a léčba hypertenze stále do, a to do značné míry, řídí hodnotami, které se naměří ve zdravotnickém zařízení. Zde je ale důležité vyvarovat se tzv. syndromu bílého pláště, z důvodu možného zkreslení hodnot TK (Cífková et al., 2014).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je další významný rizikový faktor a jeho optimální kompenzace je nezbytná (Ševčík et al., 2014). Dle Srbové (2014) je zásadní nejprve snížení hyperglykemie. Pacienti s diabetem 2. typu mají důsledkem inzulinové rezistence významnou část rizikových faktorů aterosklerózy, a tedy i CMP (Srbová, 2014). Rohan et al. (2013) uvádí, že u těchto pacientů kontrolujeme nejen glykémii, ale pozornost také zaměřujeme na kontrolu krevního tlaku tak, aby byl udržován na hodnotách menších než 140/80 mm Hg. Pokud u těchto pacientů proběhne CMP, tak je dále vysoká frekvence recidiv CMP a to je jednou z hlavních příčin špatné prognózy diabetiků. Bylo zjištěno až dvojnásobné zvýšení mortality (Chlumský, 2014).

Hypercholesterolemie

Tento obecný pojem značí zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Vysoká hodnota cholesterolu v krvi představuje rizikový faktor pro vznik iCMP. Je nutno tedy věnovat pozornost úpravě lipidů v plazmě (Cífková et al., 2012). Hladina celkového cholesterolu vyšší nebo rovna 5,2 mmol/l je připisována právě zvýšenému riziku CMP. Také u jedinců s LDL (low denzit lipoprotein) cholesterolem zvýšeným na 2,6 mmol/l bylo prokázáno vysoké riziko iCMP (Žižka, 2012). Dle Cífkové et al. (2016) léčba statiny příznivě ovlivňuje prognózu a snižuje incidenci CMP. Přínos hypolipidemické léčby závisí na prvotní výši rizika. To znamená, že čím větší je riziko, tím větší je přínos (Cífková et al., 2012).

Onemocnění srdce

Nejčastějšími srdečními onemocněními jsou fibrilace a flutter síní, či trombus v levé síni. Za příčinu 16 % všech iCMP považována právě fibrilace síní. Podle Framinghamské studie je pro pacienty s fibrilací síní a revmatickou srdeční vadou dokonce až 18x vyšší než u nemocných bez těchto onemocnění (Hutira et al., 2011). Podle Václavíka (2013) je u fibrilace síní (FS) důležité rozhodnout o indikaci antikoagulační léčby a také Rohan et al. (2013) potvrzuje, že u pacientů s FS je doporučeno jako prevence CMP nasadit nové perorální antikoagulantia. Dříve tak známý warfarin ustoupil do pozadí, když v roce 2012 byly schváleny nové perorální antikoagulantia jako dabigatran, rivarixaban a apixaban, které ve srovnání s warfarinem jsou bezpečnějším snížením rizika CMP (Rohan et al., 2013; Kulhavý, 2014). Mezi další onemocnění srdce řadíme chlopenní vady, chlopenní náhrady a dále také aterosklerotické změny nebo i jiné další kardiální a aortální zdroje embolizace (Hutira et

al., 2011). Zvýšené riziko iCMP také představují jedinci, co mají v anamnéze prodělaný infarkt myokardu, postižení periferních tepen, či sklerotické postižení aorty (Herzig, 2014).

Kouření

Kouření ke zvýšenému riziku patří už z důvodu, že výrazně podporuje tvorbu aterosklerózy, která způsobuje tuhnutí a hrubnutí cévní stěny (Gavorník et al., 2015). Cífková et al. (2014) popisuje, že riziko kouření souvisí s množstvím vykouřené tabáku za den a tím se ukazuje určitý vztah mezi dávkou a odpovědí organismu. Pro škodlivý účinek nebyla prokázána určitá dolní hranice, protože zde také hraje roli délka kuřáctví. Zde je nutné zmínit, že to platí pro všechny formy kouření tabáku (Cífková et al., 2014). Nejen aktivní, ale samozřejmě i pasivní kouření přispívá k určitému riziku rozvoje KVO (kardiovaskulárních onemocnění). Cífková et al. (2014) zmiňuje, že u nekuřáků, co žijí v jedné domácnosti s kuřákem či kuřáčkou, se riziko zvyšuje o 30 %. Podle elektronického systému HeartScore®, který stanovuje riziko, je kouření definováno odpovědí ano nebo ne samotným pacientem a jako kuřák je pacient určen, pokud vykouří více než 7 cigaret za týden (Průvodce uživatele webového verze programu HeartScore®, 2008).

Zanechání kouření je zde zcela klíčové pro snížení rizika. Kuřáky je třeba podporovat v jejich úsilí zanechat kouření. Kouření je silná návyková látka, a proto zanechání kouření je velmi obtížné (Cífková et al., 2014). Pro zanechání kouření se v běžné praxi používá strategie „5 P“. Znamená to ptát se, poradit, posoudit ochotu přestat kouřit, pomoci a plánovat kontroly (Cífková et al., 2005). Pro zvýšení úspěšnosti zanechání kouření napomáhá farmakologická léčba, proto také k podpoře úsilí je vhodné nabídnout vhodné poradenství, náhradní terapii nikotinem nebo užívání vareniclinu či bupropionu (Cífková et al., 2014).

Užívání alkoholu

Zde se jedná především o nadměrné užívání alkoholu, což dle Václavíka (2013) je pití alkoholu nad 60 g za den. Pro představení je to např. 0,5 l vína s 12 % alkoholu. Taková konzumace zvyšuje riziko nejen ischemické ale i hemoragické CMP. Příčinou CMP v tomto případě je zvýšení krevního tlaku. Naopak konzumace alkoholu mezi 12-24 g/den snižuje riziko CMP o 28%. Jedná se především o červené víno, které je spojeno s nejnižšími riziky CMP (Václavík, 2013).

Další rizikové faktory jako zvýšená tělesná váha, snížená fyzická aktivita a nevhodné stravování se navzájem propojují a ovlivňují. K tělesné váze se váže body mass index, kdy při hodnotách vyšších než 25 se zvyšuje riziko CMP. Pokud je přítomná i hypertenze a diabetes mellitus, riziko se výrazně zvyšuje (Václavík, 2013). Snížená fyzická aktivita a nevhodná strava spolu úzce souvisí a navazují na zvýšenou tělesnou hmotnost. Je proto vhodné provozovat pravidelně fyzickou aktivitu, což znamená 2-5 hodin týdně, a energetický příjem omezit na množství energie potřebné k udržení normální tělesné hmotnosti. Také zařazení zeleniny a ovoce do jídelníčku snižuje riziko vzniku CMP (Cífková et al., 2012, Václavík, 2013).

1.3.2. Neovlivnitelné rizikové faktory

Kalvach et al. (2010) za dobře doložené neovlivnitelné faktory pokládá stoupající věk, pohlaví a genetická dispozice.

2 Cíl práce, výzkumné otázky

2.1. Cíl práce

Porovnat znalostní potenciál o ovlivnitelných rizikových faktorech u pacientů s vysokým rizikem ke vzniku CMP ischemického typu a u pacientů, kteří se léčí po CMP ischemického typu.

2.2. Výzkumné otázky

VO 1 Liší se znalosti o ovlivnitelných rizikových faktorech ve vybraných skupinách respondentů?

2.3. Operacionalizace pojmů

Tato kapitola poslouží k definování pojmů, které jsou použity v cíli a výzkumné otázce naší práce.

Ovlivnitelné rizikové faktory je takový faktor, který zvyšuje pravděpodobnost objevení zdravotnické komplikace, ale který můžeme svým chováním, způsobem života, popřípadě farmakologickou léčbou ovlivňovat (Češka a Hradec, 2010).

Cévní mozková příhoda ischemického typu je náhle vzniklá porucha mozkové funkce cévního původu, která trvá déle než 24 hodin, a která vzniká z důvodu nedokrvení jakékoliv části mozku (Bartůněk et al., 2016).

Vysoké riziko vzniku CMP znamená přítomnost 2 z 5 rizikových faktorů CMP, což je právě systolická hypertenze, léčba pro dyslipidémii, kouření, léčba pro diabetes mellitus nebo BMI/obezita (HeartScore®, 2008).

3 Metodika

3.1. Použitá metoda

K získání dat byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativní výzkum byl proveden za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s připravenými okruhy otázek. Rozhovory byly prováděny s klienty s vysokým rizikem aterosklerózy (vysoké riziko znamená přítomnost alespoň 2 z 5 ti rizikových faktorů BMI/obvod pasu, kouření, léčba pro cukrovku, léčba pro dyslipidémii, hypertenze) a s klienty po prodělané CMP ischemického. Před zahájením výzkumného šetření byli všichni respondenti seznámeni se zachováním anonymity. Rozhovory byly pořizovány během června a července 2018.

3.2. Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo v červnu a červenci 2018. Prováděli jsme ho pomocí polostrukturovaného rozhovoru s předem připravenými 9 otázkami (Příloha 1). Základní otázky byly doplňovány v průběhu rozhovorů rozvíjejícími podotázkami, pro získání hlubších a konkrétnějších odpovědí. Do rozhovorů se zapojilo celkem 10 respondentů, z nichž 4 byli muži a 6 bylo žen. V bakalářské práci jsou respondenti označováni jako dotazovaný č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 a 10. Rozhovory se konaly individuálně, po domluvě s každým respondentem v prostředí, které bylo jemu vyhovující. Nejčastěji rozhovory probíhaly u respondentů doma nebo v kavárně. Před zahájením sběru dat byl od respondentů získán souhlas s uskutečněním rozhovorů. Dále bylo všem účastníkům výzkumného šetření sděleno, že výzkum je anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely dané práce, jejíž název a obsah je jim znám. Rozhovory byly zaznamenávány písemně a poté přepsány do programu Microsoft Word (Příloha 2).

Zpracovány byly metodou tužka a papír. Tato metoda je označována jako kódování v ruce, kdy jsou získané údaje následně rozebrány a sestaveny novým odpovídajícím způsobem. Společné výrazy v odpovědích byly shrnuty do kategorií a podkategorií (Švaříček a Šed'ová, 2014).

3.3. Charakteristika výzkumného souboru

Bylo dotazováno 10 respondentů, z nichž 5 řadíme do skupiny pacientů se vysokým rizikem vzniku CMP a zbylých 5 respondentů řadíme do skupiny pacientů, kteří se léčí po iCMP. Kritériem pro výběr respondentů byla ochota ke spolupráci, věk nad 18 let, splněná kritéria pro určení vysokého rizika a pacienti léčící se po CMP ischemického typu

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných

DOTAZOVANÝ	POHLAVÍ A VĚK	PRODĚLÁNÍ CMP (ROK)
č. 1	žena 72 let	NE
č. 2	žena 47 let	NE
č. 3	muž 71 let	NE
č. 4	žena 68 let	NE
č. 5	žena 54 let	NE
č. 6	žena 80 let	ANO (2014 a 2017)
č. 7	muž 63 let	ANO (2016)
č. 8	muž 59 let	ANO (2018)
č. 9	žena 72 let	ANO (2016)
č. 10	muž 40 let	ANO (2018)

Zdroj: Vlastní zpracování

4 Výsledky

4.1. Kategorizace výsledků rozhovorů s respondenty skupiny

Kategorie

1. Definování CMP
2. Příznaky CMP
 - Podkategorie a) Porucha řeči
 - Podkategorie b) Poruchy pohybu
 - Podkategorie c) Slabost, pád a porucha vědomí
 - Podkategorie d) Spadlý ústní koutek
 - Podkategorie e) Porucha vidění
 - Podkategorie f) Motání hlavy, bledost, nevolnost a zvracení
 - Podkategorie g) Křivé plazení jazyka
3. Následky CMP
 - Podkategorie a) Porucha hybnosti končetin
 - Podkategorie b) Nemožnost se o sebe postarat
 - Podkategorie c) Porucha řeči, špatné dorozumívání se
 - Podkategorie d) Kompenzační pomůcky
 - Podkategorie e) Bez následků
4. Možné příčiny CMP
5. Výskyt CMP (5 z deseti dotazovaných)
 - Podkategorie a) Získávání informací
 - Podkategorie b) Dřívější znalost CMP
 - Podkategorie c) Nemoci před CMP
6. Volnočasové aktivity a odbourávání stresu
 - Podkategorie a) Aktivní trávení volného času
 - Podkategorie b) Pasivní trávení volného času
7. Stravování
8. Špatné návyky (zlovyky a slabosti)
9. Lékařské prohlídky
 - Podkategorie a) Léčené nemoci

1. Definování CMP

První kategorii jsme nazvali Definování CMP a zjišťovali jsme, co si dotazovaní představí pod pojmem cévní mozková příhoda. Ze získaných informací se ukázalo, že všichni dotazovaní měli o pojmu mozková příhoda své představy. Dotazovaní č. 1, č. 2 a č. 7 se shodli na představě, že CMP je spojená s nemožností se hýbat nebo s ochrnutou částí těla. Dotazovaná č. 1 uvedla: *„Když člověku ochrne část těla a když se člověk učí chodit a mluvit.“* Dotazovaná č. 2 také uvedla: *„Když člověk nemůže mluvit, ochrne na jednu stranu, častěji na levou stranu těla a musí se okamžitě do nemocnice, ...“* Nutnost dostat se do nemocnice či volat záchranu si představili dotazovaní č. 2, č. 5 a č. 7, kdy dotazovaný č. 7 uvedl: *„...musí se co nejdříve dostat do nemocnice, aby přežil.“* Přežití zmínila i dotazovaná č. 5. Dotazovaná č. 2 uvedla: *„Musí se okamžitě do nemocnice, protože čím dříve se to podchytí, tím je větší šance na uzdravení. Na tom hodně záleží.“* Riziko úmrtí nebo ohrožení života zmínili dotazovaní č. 3, č. 4, č. 5 a č. 10. Dotazovaný č. 3 přímo uvedl: *„Představím si něco, kvůli čemu člověk umře.“* Dotazovaný č. 10 sdílel svou zkušenost a uvedl: *„Vím, že u mě to bylo ucpaní, hodně velké tepny a skoro jsem na to zemřel.“* Představu ucpané nebo zúžené cévy s ním sdíleli dotazovaní č. 5, č. 8 a č. 9. Dotazovaná č. 5 uvedla: *„Poškození cév v mozku, kdy je ohrožen člověk na životě.“* Dotazované č. 4 a č. 6 se shodly na tom, že člověk se po prodělání nemoci nemůže hýbat a je odkázán na pomoc jiných. Dotazovaná č. 4 uvedla: *„Člověk se pak nemůže hýbat a musí se o něj někdo starat.“* Dotazovaná č. 6 se léčí po CMP a uvedla: *„ Tu jsem měla a řekla bych, že to je nemoc, která člověka hodně omezí, pokud ji přežije. Sama cítím, jak jsem dopadla, že potřebuji, aby se o mě někdo staral.“* Dotazovaní č. 2 a č. 7 se shodli na představě, že člověk nemůže mluvit. Dotazovaný č. 7 uvedl: *„Když člověk najednou nemůže normálně mluvit...“* Dotazovaní č. 2, č. 5 a č. 7 shrnuli, že jezde velká šance na přežití, pokud se dostane včasné pomoci.

2. Příznaky CMP

V druhé kategorii jsme se zabývali Příznaky CMP. Zjišťovali jsme, jaké příznaky CMP dotazovaní znají. Příznaky, které nám vyjmenovali, uvádíme dále v podkategoriích.

Podkategorie a) Porucha řeči

Dotazovaní se shodli na tom, že huhlali či žvatlali nebo nemohli mluvit vůbec. Zaznamenali jsme to u odpovědí dotazovaných č. 1, č. 2, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8 i č. 9, kdy

dotazovaný č. 8 uvedl: „*Mám pocit, že to je spadlý koutek nebo když člověk žvatlá, najednou nemůže pohnout paží nebo ho může jenom brnět.*“ Dotazovaná č. 9 dle své zkušenosti uvedla: „*Já jsem najednou nemohla mluvit a byla jsem slabá na levou končetinu.*“ „*Myslím, že to je spadlý ústní koutek, pak taky když člověk huhlá nebo najednou nemůže pohnout jednou rukou nebo ho v ní brní.*“ (Dotazovaná č. 5)

Podkategorie b) Poruchy pohybu

Jako poruchu pohyblivosti jsme zahrnuli poruchu chůze, ochrnutí končetiny nebo její brnění, nebo pokud se dotazovaní uvedli, že se nemohli vůbec hýbat. Všechny tyto zmíněné poruchy pohyblivosti uvedli dotazovaní č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 8, č. 9 a č. 10. Také dotazovaná č. 6 uvedla: „*Nemohla jsem mluvit, nemohla jsem se hýbat a bylo mi dost slabo a nemohla jsem pořádně otevřít oči.*“ Dále dotazovaní č. 1 a č. 7 uvedli brnění končetin. Dotazovaná č. 1 uvedla: „*Člověk nemůže mluvit, brní mu končetiny, motá se mu hlava a zvrací.*“

Podkategorie c) Slabost, pád a porucha vědomí

Tyto příznaky jsme shrnuli k sobě, protože na sebe často navazovali. Tyto příznaky se objevovali ve výpovědích dotazujících č. 3, č. 4, č. 6, č. 7 a č. 9. Dotazovaný č. 3 uvedl: „*Nevím, asi že člověk upadne a nehýbe se.*“ Také dotazovaná č. 4 uvedla: „*Člověk upadne a nebude se hýbat.*“

Podkategorie d) Spadlý ústní koutek

Spadlý ústní koutek zmínili dotazovaní č. 5, č. 7, č. 8 a č. 10. Dotazovaný č. 7 přímo uvedl: „*Žvatláni, slabost, brnění ruky, spadlý ústní koutek.*“

Podkategorie e) Porucha vidění

Mezi dotazovanými jsme zaznamenali špatné vidění. To zmínili dotazovaní č. 2, č. 6 a č. 10. Dotazovaný č. 10 uvedl: „*..., někdo najednou špatně vidí.*“ Dotazovaná č. 2 uvedla: „*Člověk mžourá, nemůže mluvit a není mu rozumět při mluvení.*“

Podkategorie f) Motání hlavy, bledost, nevolnost a zvracení

Dotazovaná č. 1 uvedla motání hlavy a zvracení. Dotazovaná č. 2 ještě navíc ve své odpovědi uvedla: „*U mojí tchýně se změnila i barva kůže, najednou byla taková do*

žluta až bledá. Také člověku je zle, nemá chuť na jídlo a nezvedne ruku a ani nemůže chodit.“

Podkategorie g) Křivé plazení jazyka

Dotazovaný č. 10 mimo poruchu pohyblivosti a jiné příznaky, které již byli zmíněny, jako jediný uvedl navíc nemožnost rovně vypláznout jazyk. *„Tak to můžou být různý. Hlavně ochrnutí nějaké končetiny, spadlý koutek, nemožnost vypláznout jazyk rovně, někdo třeba najednou špatně vidí. Může se stát, že jste úplně mimo vědomí a nevíte o světě.“* (Dotazovaný č. 10)

3. Následky CMP

V této kategorii jsme zjišťovali, s jakými následky by se mohl nemocný potýkat, pokud se mu dostalo vhodného ošetření a péče. Dotazovaní, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, nejčastěji sdíleli, s jakými následky se potýkají dodnes oni sami. Jako podkategorie zde uvádíme jednotlivé následky.

Podkategorie a) Porucha hybnosti končetin

Dotazovaní č. 1, č. 2, č. 3, č. 5, č. 6, č. 9 a č. 10 se shodli na poruše hybnosti končetin. Dotazovaná č. 5 uvedla: *„Se zhoršenou pohyblivostí, a že se mu zhorší mluvení.“* Dotazovaná č. 6 uvedla: *„Dnes už chodím lépe, občas se mi pletou nohy, levá ruka je pořád taková špatná a oko už otevřu víc, ale už to není jako dřív.“*

Podkategorie b) Nemožnost se o sebe postarat

Potřebu pomoci od jiných a neschopnost se o sebe postarat uvedli dotazovaní č. 3, č. 4 a č. 6. Dotazovaný č. 3 uvedl: *„S tím, že se přestane hýbat, nebude se moct sám o sebe postarat a bude muset do domova důchodců.“* *„S tím, že se o sebe nebude moct postarat, bude muset mít někoho, kdo se o něj bude starat, nebo skončí v domově důchodců.“* (Dotazovaná č. 4)

Podkategorie c) Porucha řeči, špatné dorozumívání se

Půlka dotazovaných se shodla na poruše řeči následkem CMP. Byli to dotazovaní č. 1, č. 5, č. 7, č. 9 a č. 10, který uvedl: *„Já sám jsem byl nějakou dobu upoutaný na vozík, protože jsem byl ochrnutý na levou stranu. Měl jsem ochrnutou nohu i ruku, ale ještě pořád nemůžu dobře vyslovovat, což asi slyšíte. Jinak to chození se zlepšilo, byl*

jsem i v lázních, snažil jsem se o sebe pečovat a hodně jsem rehabilitoval.“ Také dotazovaný č. 7 uvedl: *„Sám ještě cítím, jak občas špatně mluvím nebo když se usmívám, tak mám jeden koutek jinak. Okolí si toho asi jen tak nevšimne, ale já to vidím. Jinak o jiných následcích nevím.“*

Podkategorie d) Kompenzační pomůcky

Také jako následek CMP dotazovaná č. 6 uvedla vysoký krevní tlak a potřebu chodítka a jiných kompenzačních pomůcek. *„Poprvé jsem nechodila, nemohla jsem otevřít pravé oko a nemohla jsem moc hýbat s levou rukou. Musím používat chodítka, ale už jenom to malé, dřív jsem musela to velké, když mě učili znova chodit. Tlak mi začal skákat a měla jsem ho vysoký, takže na to беру prášky. Dnes už chodím lépe, občas se mi pletou nohy, levá ruka je pořád taková špatná a oko už otevřu víc, ale už to není jako dřív. Hodně se mnou chodí, ale to víte, klouby mě hodně bolí, tak to moc nejde.“* Dotazovaný č. 10 ze své zkušenosti uvedl: *„Já sám jsem byl nějakou dobu upoutaný na vozík, protože jsem byl ochrnutý na levou stranu,“* ale také dodal: *„Jinak to chození se zlepšilo, byl jsem i v lázních, snažil jsem se o sebe pečovat a hodně jsem rehabilitoval.“*

Podkategorie e) Bez následků

Dotazovaný č. 8 uvedl: *„Já třeba nemám žádné. Asi jsem měl štěstí.“* Tuto možnost uvedla také dotazovaná č. 2.

4. Možné příčiny CMP

Čtvrtou kategorii jsme pojmenovali Možné příčiny CMP. Chtěli jsme zjistit, jaké možné příčiny dotazovaní klienti vnímají. Ve výpovědích se nejvíce objevovali odpovědi, jako problémy s krevním tlakem, cukrovka obezita, fyzická inaktivita, špatná životospráva. Dotazovaní č. 1, č. 5, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10 se shodli na problémech se srdcem. Dotazovaný č. 8 uvedl: *„Vím, že je to třeba vysoký tlak, cukrovka nebo vysoký cholesterol.“* A dotazovaná č. 1 uvedla: *„Vysoký tlak, cukrovka, nebo když člověk špatně jí a málo se hýbe.“* Na obezitě se shodli dotazovaní č. 2, č. 3, č. 4, č. 7 a č. 10. Dotazovaná č. 2 uvedla: *„Myslím, že to může být dědičné. Dál si nejsem jistá, ale vím, že některé lidi to ohrožuje více a jiné méně. Napadá mě taky obezita nebo kouření.“* Spolu s dotazovanou č. 2 uvedli dědičnost i dotazovaní č. 4 a č. 5. Cukrovku uvedli dotazovaní č. 1, č. 5, č. 8 a č. 10, kdy dotazovaný č. 10 uvedl: *„Vím, že je to cukrovka,*

problémy s krevním tlakem, problémy se srdíčkem a samozřejmě kouření a alkohol. A když je někdo tlustý, myslím obézní.“ Také se v odpovědích objevila špatná životospráva a na té se shodli dotazovaní č. 1, č. 3, č. 4 a č. 7. *„Asi když je člověk obézní a jí špatný věci a při tom sedí u televize.“* (Dotazovaný č. 3) *„Tak když je člověk silný, myslím jako obézní a nehýbe se a jí jako prase.“* (Dotazovaná č.4) Dotazovaná č. 4 uvedla určitou fyzickou inaktivitu a v podobném smyslu odpověděla i dotazovaná č. 1. Také kouření zmínili dotazovaní č 2, č. 7 a č. 10. Dotazovaná č. 2 uvedla: *„Napadá mě taky obezita nebo kouření.“* Alkohol zmínili dotazovaní č. 7 a č. 10. Dotazovaný č. 7 uvedl: *„Vysoký tlak, obezita, špatné stravování, kouření, alkohol.“* Vysoký cholesterol uvedla dotazovaná č. 8, uvedla: *„Vím, že je to třeba vysoký tlak, cukrovka nebo vysoký cholesterol.“* Dotazovaná č. 6 uvedla: *„Já vám ani nevím. Mně řekli, že to mám od srdíčka.“*

5. Výskyt CMP (5 z deseti dotazovaných)

Do této kategorie spadá pouze 5 dotazovaných. Na otázku, prodělal jste toto onemocnění, 5 dotazovaných odpovědělo ne, těch jsme se dále nedoptávali, a 5 dotazovaných odpovědělo ano. Jsou to dotazovaní č. 6, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10. Tato kategorie je rozdělena na 3 podkategorie, které se zabývají získáváním informací po prodělání CMP, jestli CMP znali ještě před jejím proděláním a s čím se před CMP léčili. U všech se CMP vyskytla v minulých 5ti letech. Dotazovaná č. 6 ji prodělala už i podruhé.

Podkategorie a) Získávání informací

V této kapitole jsme se zaměřili na zjištění toho, kdo je obeznámil s onemocněním. Všichni dotazovaní uvedli, že se jim dostalo informací od lékaře či sester v nemocnici. Dále dotazovaní č. 7, č. 8 a č. 10 uvedli, že si poté navíc zjišťovali informace sami. Dotazovaný č. 10 uvedl: *„No.. lékaři v nemocnici a sestřičky. Nejprve jsem ležel na neurologii, na takovém jipkovém pokoji, potom na lůžkách a pak na rehabilitačním oddělení. Spoustu jsem si toho načetl také na internetu.“* Dotazovaná č. 6 uvedla: *„To mi řekli sestřičky a doktoři v nemocnici, že musím rehabilitovat a dodržovat warfarin. A taky, že bych měla zhubnout, už i kvůli těm kloubům. To mi taky řekli v nemocnici. Zbytek pak zjišťovali spíš syn se snachou, když mě chtěli dostat domů z nemocnice.“*

Podkategorie b) Dřívější znalost CMP

Tady jsme zjišťovali, zda dotazovaní znali tuto nemoc před proděláním nebo neznali. Dotazovaní č. 8, č. 9 a č. 10 uvedli, že znali, třeba protože se s ní ve svém okolí setkali. Dotazovaná č. 10 uvádí: „*Ano moje babička, prodělala mozkovou příhodu a za dva roky potom umřela, protože ji prodělala znovu.*“ Dotazovaní č. 6 a č. 7, že ji neznali. Pro znázornění uvedu odpověď dotazovaného č. 7. „*Takhle zpětně můžu říct, že jsem něco v podvědomí měl, ale nevěděl jsem, o co přesně jde.*“ (Dotazovaný č. 7)

Podkategorie c) Nemoci před CMP

V této podkategorii zjišťujeme, zda se někdo léčil s něčím před proděláním této nemoci. Dotazovaní č. 6, č. 7 a č. 10 uvádějí, že se s ničím neléčili. Dotazovaný č. 1é uvedl: „*Ne. Nikdy jsem se s ničím neléčil.*“ Dotazovaní č. 8 a č. 9 odpověděli, že se léčili s vysokým krevním tlakem a ještě s vysokým cholesterolem dotazovaný č. 8, ten uvedl: „*Ano. Měl jsem dlouho zvýšený cholesterol, a pak po čase se přidal i vysoký krevní tlak.*“

6. Volnočasové aktivity a odbourávání stresu

V této kategorii už se zase zpátky vracíme ke všem deseti dotazovaným a otázkou bylo, jaké volnočasové aktivity vykonávají. Odpovědi dotazovaných jsme rozdělili do 2 podkategorií, podle aktivního či pasivního trávení času. V obou podkategoriích se nám bude prolínat otázka, jakým způsobem odbouráváte stres, protože dotazovaní se shodli, že jim tyto aktivity pomáhají cítit se dobře ale dotazovaní č. 6, č. 9 a č. 10 říkají, že se snaží vůbec si stresové situace nepřipouštět. Dotazovaná č. 9 uvádí: „*Stres mi přijde, že je spíš pro mladý. Já už si jen tak s něčím hlavu nedělám.*“

Podkategorie a) Aktivní trávení volného času

Nejčastější odpovědí byla chůze. Dotazovaní č. 1, č. 4, č. 7, č. 9 a č. 10 se shodli na procházkách. Dotazovaná č. 1 uvedla: „*Chodím na procházky, obstarávám zahrádku a taky se scházím s přáteli.*“ Právě mimo dotazovanou č. 1, procházku a jiný pohyb pro zvládání stresu zmínili i dotazovaní č. 4 a č. 10. Dotazovaná č. 2 uvedla: „*Ráda trávím čas s manželem, když si vyjedeme do města a jsme spolu. Jak bydlíme na vesnici, tak jsou to moc příjemné výlety. Pak taky povídání s rodinou.*“

Na zahradničení se shodli dotazované č. 1, č. 4 a č. 5. Dotazovaný č. 3 uvedl: „*Rád chodím na ryby a na střelnici.*“

Podkategorie b) Pasivní trávení volného času

Právě výše zmíněné scházení s přáteli u dotazované č. 1 bylo druhou nejčastější odpovědí, jak tráví dotazovaní čas a co dělají. S dotazovanou č. 1 se shodli dotazovaní č. 2, č. 7 a č. 8. na scházení se s přáteli, popřípadě s rodinou. Na tyto aktivity nám volně navazovali odpovědi ohledně stresu. Ptali jsme se, jakým způsobem zvládají stresové situace a nejvíce se zde objevovali právě odpovědi jako být s přáteli a rodinou nebo jít se projít, či jiný pohyb. Dotazovaní č. 1, č. 2, č. 5 a č. 7 odpověděli, že jim pomáhá sejít se s přáteli, či být s rodinou. „*Pomáhá mi společnost přátel nebo se projdu do přírody.*“ (Dotazovaná č. 1) Dotazovaní č. 2, č. 4 a č. 7 navíc ještě více specifikovali, že jim pomáhá někomu se vypovídat. V odpovědích se také objevilo sledování televize, což uvedli dotazovaní č. 6 a č. 8. Dotazovaná č. 4 jediná navíc zmínila kouření na úlevu od stresu.

7. Stravování

V sedmé kategorii jsme zjišťovali, kolikrát za den se dotazovaní stravují. Nejčastější odpovědí bylo 5 krát za den. Odpověděli tak dotazovaní č. 1, č. 3, č. 7 a č. 8. „*Klidně 5x denně. Člověk jak pracuje, tak potřebuje něco jíst.*“ (Dotazovaný č. 8) Dotazovaní č. 2, č. 5 a č. 9 odpověděli, že jedí třikrát denně. Dotazovaná č. 9 uvedla: „*Já moc jíst nemusím. Stačí 3krát za den.*“ Čtyřikrát denně odpověděli dotazované č. 4 a č. 6. Dotazovaný č. 10 uvedl: „*Pětkrát až šestkrát za den klidně. Vstávám brzy, jím menší porce a každé jídlo si užívám.*“

8. Špatné návyky (zlozvyky a slabosti)

V kategorii Špatné návyky jsme zjišťovali, zdali dotazovaní vědí o něčem, co dělají špatně. Dotazovaní č. 1, č. 3 a č. 6 uvedli, že si dopřejí v jídle. Dotazovaný č. 3 uvedl: „*No to nevím. Myslím, že mám spíš dobré návyky. I když občas nedodržuji úplně přesně tu cukrovkovou dietu.*“ Alkohol uvedli dotazovaní č. 7 a č. 10. Dotazovaná č. 2 zmínila, že chodí dlouho spát. Dotazovaná č. 4 uvedla: „*Kouřím. Je to taková moje slast.*“ Zbylí dotazovaní č. 5 a č. 9 nevědělo o špatných návycích.

9. Lékařské prohlídky

V této poslední kategorii Lékařské prohlídky, jsme zjišťovali jak často a jestli chodí dotazovaní na pravidelné kontroly k lékaři. V podkategorii jsme se ptali, jestli se s něčím léčí. Dotazovaní č. 2., č. 6, č. 7, č. 8 a č. 9 uvedli, že chodí pravidelně jednou za

půl roku na kontroly. Jednou za 3 měsíce chodí na kontroly dotazovaní č. 1, č. 3 a č. 4. Dotazovaná č. 5 uvádí: „*Jednou za rok*“ oproti ní dotazovaný č. 10 uvádí: „*Ted' po té příhodě, jsem tam docela často třeba i jednou za měsíc.*“

Podkategorie a) Léčené nemoci

Tato podkategorie zjišťovala s jakými nemocemi se dotazovaní momentálně léčí. Vysoký tlak uvedli dotazovaní č. 1, č. 3, č. 5, č. 6, č. 8 a č. 9. Dotazovaná č. 6 uvádí: „*Po mrtvici mi ještě začal skákat tlak, takže беру prášky na snížení tlaku a warfarin.*“ S vysokým tlakem a vysokým cholesterolem se léčí dotazovaní č. 1, č. 4, č. 5 a č. 8. „*Ano s vysokým cholesterolem a hlídá mě i kvůli zvýšenému krevnímu tlaku.*“ (Dotazovaná č. 5) S diabetem 2. typu se léčí dotazovaní č. 1, č. 3 a č. 4. Dotazovaná č. 1 uvádí: „*S hypertenzí se léčím už od svého prvního těhotenství ve 20 letech. Pořád mi ten tlak skákal a od té doby ho sleduji. Už asi 10 let se léčím s vysokým cholesterolem a taky se 5 let léčím s diabetem 2. typu. Na všechny tyhle nemoce беру léky.*“ Dotazovaná č. 2 uvádí: „*To je štítná žláza a to už tak přes 10 let. Po posledním porodu to už je 11 let, jsem cítila často silné bušení srdce a paní doktorka mi, řekla, že mám s tachykardií.*“ Dotazovaní č. 7 a č. 10 se shodli, že se kromě CMP se jim nic nestalo a s ničím jiným se neléčí.

5 Diskuze

Cílem této kapitoly bude porovnávání výsledků empirické části s teoretickou. Před zahájením samotného výzkumného šetření bylo nezbytné získat dostatek validních a kvalitních informací z odborné literatury.

Výzkumné šetření bakalářské práce bylo zaměřeno na ovlivnitelné rizikové faktory cévní mozkové příhody ischemického typu. Zvolený cíl pro práci zněl porovnat znalostní potenciál o ovlivnitelných rizikových faktorech u pacientů s vysokým rizikem ke vzniku CMP ischemického typu a u pacientů, kteří se léčí po CMP ischemického typu.

Kvalitativní výzkum byl proveden za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s připravenými okruhy otázek. Prvních 5 dotazovaných (č. 1, č. 2, č. 3, č. 4 a č. 5) tvořilo skupinu s vysokým rizikem ke vzniku CMP, a následujících 5 dotazovaných (č. 6, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10) zastupovalo skupinu pacientů, kteří se léčí po CMP ischemického typu. Pro přehlednost budeme první skupinu v textu označovat jako skupinu A a druhou jako skupinu B. Zajímalo nás, jestli se liší znalosti o ovlivnitelných rizikových faktorech ve vybraných skupinách respondentů. Pro účely této práce jsme stanovili rizika CMP podle HeartScore® (2018).

Nyní se budeme věnovat výzkumné otázce, která zní: **Liší se znalosti o ovlivnitelných rizikových faktorech ve vybraných skupinách respondentů?** Odpověď se prolíná v následujícím textu.

Rozhovory jsme začínali otázkou, co si dotazovaní představí pod pojmem cévní mozková příhoda, jaké jsou její příznaky, či jak nemoc poznají. Ve skupině A pouze dotazovaná č. 5 sdělila informace o poškození cév mozku, ale ve skupině B dotazovaní č. 8, č. 9 a č. 10 mluvili o ucpané nebo zúžené cévě v mozku. „*Vím, že u mě to bylo ucpaní, hodně velké tepny a skoro jsem na to zemřel.*“ (Dotazovaný č. 10) Seidl (2015) popisuje ischemickou cévní mozkovou příhodu jako důsledek uzávěru nebo zúžení mozkové tepny, čímž nám potvrzuje odpovědi respondentů. Zbylí dotazovaní si často pod pojmem cévní mozková příhoda představili už příznaky této nemoci, které budeme rozebírat na základě následující otázky, ve které jsme zjišťovali, jaké příznaky CMP dotazovaní znají.

Nejvíce zmiňované byly mezi dotazovanými různé poruchy řeči, ať už huhlání či žvatlání nebo úplná ztráta řeči. Tyto příznaky uvedli dotazovaní č. 1, č. 2, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8 i č. 9, kdy například dotazovaný č. 8 uvedl: „*Mám pocit, že to je spadlý koutek nebo když člověk žvatlá, najednou nemůže pohnout paží nebo ho může jenom brnět.*“ Šeblová

et al. (2013) a Ševčík et al., (2014) popisují jako častý příznak dysatrii (motorická porucha řeči) nebo afázií (poruchu tvorby řeči). Dalším uvedeným příznakem byla porucha chůze, ochrnutí končetiny nebo její brnění, či úplná ztráta pohyblivosti. Alespoň jeden příznaků ve svých odpovědích uvedli Dotazovaní č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10 uvedli ve svých odpovědích, právě alespoň jeden ze zmíněných příznaků. Dotazovaná č. 6 uvedla: „*Nemohla jsem mluvit, nemohla jsem se hýbat a bylo mi dost slabo a nemohla jsem pořádně otevřít oči.*“ Příznaky, slabost, pád a porucha vědomí, se objevovaly ve výpovědích dotazujících č. 3, č. 4, č. 6, č. 7 a č. 9. Dotazovaný č. 3 uvedl: „*Nevím, asi že člověk upadne a nehýbe se.*“ Dalším zmíněným příznakem je spadlý ústní koutek. Ve svých odpovědích ho uvedli dotazovaní č. 5, č. 7, č. 8 a č. 10. Dotazovaný č. 7 přímo uvedl: „*Žvatláni, slabost, brnění ruky, spadlý ústní koutek.*“ Porucha vidění, popřípadě mžourání, už se v odpovědích vyskytovala méně. Uvedli ji dotazovaní č. 2, č. 6 a č. 10. Dotazovaná č. 2 ještě navíc ve své odpovědi uvedla: „*U mojí tchýně se změnila i barva kůže, najednou byla taková do žluta až bledá.*“ Dotazovaná č. 1 navíc uvedla motání hlavy a zvracení. Pouze dotazovaný č. 10, mimo poruchu pohyblivosti a jiné příznaky, které již byli zmíněny, jako jediný uvedl neschopnost rovně vypláznout jazyk. „*Tak to můžou být různý. Hlavně ochrnutí nějaké končetiny, spadlý koutek, nemožnost vypláznout jazyk rovně, někdo třeba najednou špatně vidí. Může se stát, že jste úplně mimo vědomí a nevíte o světě.*“ (Dotazovaný č. 10) Všechny tyto příznaky popisují i Šeblová et al. (2013) a Ševčík et al. (2014) v odborné literatuře. Příznaky mozkové příhody probíhají u každého člověka individuálně a specificky. Jak jsme si mohli všimnout v odpovědích skupiny B (dotazovaní č. 6, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10), přestože všichni prodělali CMP, u každého byl jiný průběh a každý měl různé spektrum příznaků.

Další otázkou jsme zjišťovali, jaké možné následky může mít pacient po CMP. Dotazovaní nejčastěji uváděli poruchu hybnosti končetin, ochrnutí končetin, poruchu řeči či poruchu vidění. Tyto poruchy či ochrnutí jsou také, jak víme z předešlé otázky, rozvíjejícími se příznaky CMP. Bez včasné a vyhovující léčby, mohou přetrvat jako těžký následek, s kterým se nemocný bude potýkat v postakutní péči. Pro znázornění dotazovaný č. 10 uvedl: „*Já sám jsem byl nějakou dobu upoutaný na vozík, protože jsem byl ochrnutý na levou stranu. Měl jsem ochrnutou nohu i ruku, ale ještě pořád nemůžu dobře vyslovovat, což asi slyšíte. Jinak to chození se zlepšilo, byl jsem i v lázních, snažil jsem se o sebe pečovat a hodně jsem rehabilitoval.*“ Následná péče a především rehabilitace, dokáže následky zmírnit na minimum a tím výrazně zlepšit

budoucí kvalitu života. Ayala et al. (2018) ve své studii zmiňuje, že rehabilitace po CMP je nedostatečně využívána, navzdory doporučujícím směrnicím. Dotazovaní č. 3, č. 4 a č. 6. uváděli za následek, že po prodělání této nemoci se o sebe nebudou moci postarat a budou potřebovat pomoc druhých. Toto se potvrdilo odpovědí dotazované č. 6, která uvedla: „*Sama cítím, jak jsem dopadla, že potřebuji, aby se o mě někdo staral.*“ V odpovědích dotazovaných č. 3 a č. 4 také zaznělo, že důsledkem porušené sebezpečí a závislosti na druhých, bude pobyt v domově seniorů. V tomto ohledu mě překvapilo, že dotazovaní zmínili domov seniorů, jako by nebyla jiná možnost. Některé pacienty, si totiž bere domů rodina, což je pro některé pacienty lepší, protože můžou být ve svém domácím prostředí. Samozřejmě mohou být rodiny, kde vztahy nejsou ideální a pacient, ať už z vlastní vůle nebo z donucení, vyžaduje změnu a to např. pobyt v domově pro seniory Dnes už také fungují agentury domácí péče, popřípadě si člověk může zaplatit ošetřovatelku, i když připouštím, že to asi nebude pro každého cenově dostupné. A teď už zpátky k dalším následkům. Půlka dotazovaných se shodla na porušení řeči. Byli to dotazovaní č. 1, č. 5, č. 7, č. 9 a č. 10. Dotazovaný č. 7 uvedl: „*Sám ještě cítím, jak občas špatně mluvím nebo když se usmívám, tak mám jeden koutek jinak. Okolí si toho asi jen tak nevšimne, ale já to vidím.*“ Logopedická léčba se zahajuje, již v akutní fázi léčby iCMP, kvůli možné poruše polykání (Bartůněk et al., 2016). Potřebu kompenzačních pomůcek uvedla dotazovaná č. 6, zatímco dotazovaný č. 10 ze své zkušenosti uvedl: „*Já sám jsem byl nějakou dobu upoutaný na vozík, protože jsem byl ochrnutý na levou stranu.*“ Dále také uvedl: „*Jinak to chození se zlepšilo, byl jsem i v lázních, snažil jsem se o sebe pečovat a hodně jsem rehabilitoval.*“ Dotazovaná č. 2 zmínila možnost, že člověk nemusí mít následky po CMP. S tímto se ztotožnil dotazovaný č. 8 a uvedl: „*Já třeba nemám žádné. Asi jsem měl štěstí.*“ Při léčbě akutní fáze ischemického iktu se využívá nejčastěji trombolytická léčba, která napomáhá velmi včasné revaskularizaci ischemického ložiska a má velký podíl na úspěšnější následné péči a na životě bez následků (Fiksa, 2015).

Na ovlivnitelné rizikové faktory jsme se nepřímo ptali v kategorii 4, kdy jsme zjišťovali od dotazovaných, jaké jsou příčiny vzniku CMP a jestli se jim lze vyhnout nebo jejich výskyt ovlivnit. Nejčastější odpovědi dotazovaných v otázce příčin vzniku CMP byl vysoký tlak, který uvedli dotazovaní č. 1, č. 5, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10. Dotazovaná č. 1 uvedla: „*Vysoký tlak, cukrovka, nebo když člověk špatně jí a málo se hýbe.*“ Aronow (2013) potvrzuje, že hypertenze je hlavním rizikovým faktorem pro rozvoj kardiovaskulárních chorob, včetně ischemické cévní mozkové příhody.

Druhou nejčastější odpovědí je vliv obezity, kterou uvedli dotazovaní č. 2, č. 3, č. 4, č. 7 a č. 10. „*Vím, že je to cukrovka, problémy s krevním tlakem, problémy se srdíčkem a samozřejmě kouření a alkohol. A když je někdo tlustý, myslím obézní.*“ (Dotazovaný č. 10) Wohlfahrt et al. (2015) ve své studii uvádí, že obezita je prokázaným rizikovým faktorem, ale paradoxem je, že lidé s normální hmotností po iCMP, jsou nezávisle spojováni se zvýšenou úmrtností, kvůli riziku spojeným se ztrátou hmotností po proděláním. Jako další možnou příčinu zmínili dotazovaní č. 1, č. 5, č. 8 a č. 10 diabetes mellitus, který jako ovlivnitelný rizikový faktor uvádí Kalvach et al. (2010). Nemoci srdce zmínili dotazovaní č. 6 a č. 10. Dobiáš (2010) a Cífková et al. (2015) se shodují, že obecně cévní rizikové faktory přispívají ke vzniku CMP. Cévními rizikovými faktory jsou arteriální hypertenze, nemoci srdce (zvláště arytmie), diabetes mellitus, obezita a kouření (Fiksa, 2015). Špatné životní návyky, jako nesprávnou životosprávu, fyzickou inaktivitu, kouření a pití alkoholu, uváděli v rozhovorech dotazovaní č. 1, č. 2, č. 3, č. 4 a dotazovaní č. 7 a č. 10. „*Tak když je člověk silný, myslím jako obézní a nehýbe se a jí jako prase.*“ (Dotazovaná č. 4) Z tohoto podvědomí poté vycházely odpovědi, jak tyto faktory ovlivnit. Dotazovaní uváděli dostatek pohybu, jíst více zeleniny a ovoce, nepít a alkohol a nekouřit. Tyto myšlenky potvrzuje ve své studii Larsson et al. (2015), ve které zjistili, že zdravý životní styl napomáhá lidem s vyšším rizikem vzniku CMP, snížit určité jejich riziko. Dotazovaní č. 1, č. 5 a č. 7 odpověděli, že výskyt příčin můžeme podchytit, pokud chodíme na pravidelné lékařské prohlídky. V jiné oblasti jsme zjistili, že všichni dotazovaní chodí na kontroly, ať už právě z důvodu prodělané CMP nebo kvůli léčbě s jiným onemocněním. „*Ted' po té příhodě, jsem tam docela často třeba i jednou za měsíc.*“ (Dotazovaný č. 10) Niewada a Członkowska (2014) uvádí prevenci a kontrolu kardiovaskulárního rizika jako rozhodující pro zlepšení prognózy a snížení celosvětové zátěže. Ze všech dotazovaných pouze dotazovaná č. 6 neodpověděla. Příčiny nevěděla a odpověděla, že výskyt pravděpodobně ovlivnit nelze. Je zajímavým zjištěním, že právě tato dotazovaná takhle odpověděla, přestože se sama po CMP léčí.

Po otázkách o cévní mozkové příhodě jsme se v kategorii 6 zaměřili na volnočasové aktivity a zvládání stresu. Aktivity a stres se navzájem v odpovědích prolínají. Pouze dotazovaní č. 6, č. 9 a č. 10 uvedli, že se snaží vůbec si stresové situace nepřipouštět. Dotazovaná č. 9 uvádí: „*Stres mi přijde, že je spíš pro mladý. Já už si jen tak s něčím hlavu nedělám.*“ Tato odpověď mi nedala a zamyslela jsem se nad možnostmi, co tím dotazovaná chtěla říct. Podléhají mladší lidé více stresu než starší?

Rozlišovali jsme, zda lidé tráví čas aktivně nebo pasivně. Chůze byla nejčastější odpovědí, jak dotazovaní aktivně tráví čas. Uvedli to dotazovaní č. 1, č. 4, č. 7, č. 9 a č. 10. Nejčastější pasivní aktivitou, kterou uvedli dotazovaní č. 1, č. 2, č. 7 a č. 8, bylo scházení se s přáteli či s rodinou. Obě tyto aktivity dotazovaní uváděli pro zvládnání stresových situací. *„Pomáhá mi společnost přátel nebo se projdu do přírody.“* (Dotazovaná č. 1) Dotazovaní č. 2, č. 4 a č. 7 navíc ještě více specifikovali, že jim pomáhá někomu se vyprávět. Dotazovaní č. 6 a č. 8 v odpovědích uvedli, že ve volném čase sledují televizi. Cífková et al. (2015) popisuje, že pravidelná fyzická aktivita, zvládnání psychosociálního stresu snižuje riziko výskytu kardiovaskulárních chorob. Dotazovaná č. 4 jediná navíc zmínila kouření jako úlevu od stresu. Kouření ke zvýšenému riziku patří už z důvodu, že výrazně podporuje tvorbu aterosklerózy, která způsobuje tuhnutí a hrubnutí cévní stěny (Gavorník et al., 2015) Zanechání kouření je zde zcela klíčové pro snížení rizika (Cífková et al. 2014).

V kategorii 7 jsme zjišťovali stravovací návyky dotazovaných. U všech dotazovaných, že jsou navyklý jíst pravidelně. Což mě samotnou příjemně překvapilo, protože dnes hodně lidí pro spěch na jídlo zapomíná. Jenže naše tělo tohle chování, pak může vrátit v podobě nějakého onemocnění. Nejčastější odpovědí bylo 5 krát za den. Odpověděli tak dotazovaní č. 1, č. 3, č. 7 a č. 8. *„Klidně 5x denně. Člověk jak pracuje, tak potřebuje něco jíst.“* (Dotazovaný č. 8) Dotazovaní č. 2, č. 5 a č. 9 odpověděli, že jedí třikrát denně. Čtyřikrát denně odpověděli dotazované č. 4 a č. 6. Dotazovaný č. 10 uvedl: *„Pětkrát až šestkrát za den klidně. Vstávám brzy, jím menší porce a každé jídlo si užívám.“* Tato odpověď se mi líbila, když se člověk dokáže zastavit a vnímat, co jí. Cífková et al. (2012) obecně platí, že dodržování zásad zdravé stravy podporuje tělesné zdraví a doporučuje se dodržovat energetický příjem k udržení (nebo získání) normální tělesné hmotnosti tzv. body mass indexu $< 25 \text{ kg/m}^2$.

Nakonec jsme si nechali kategorii 5, do které řadíme pouze dotazované č. 6, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10. Otázky směřovali na osobní zkušenosti dotazovaných po CMP. Všichni tito dotazovaní odpověděli ANO na otázku: Prodělal/ jste cévní mozkovou příhodu? Dotazovaná č. 6 ji prodělala už dokonce dvakrát. Zjišťovali jsme, kdo dotazované obeznámil s tímto onemocněním. Všichni dotazovaní uvedli, že se jim dostalo informací od lékařů či sester v nemocnici. Sami si potom zjišťovali informace dotazovaní č. 7, č. 8 a č. 10. Dotazovaný č. 10 uvedl: *„No.. lékaři v nemocnici a sestřičky. Nejprve jsem ležel na neurologii, na takovém jipkovém pokoji, potom na lůžkách a pak na rehabilitačním oddělení. Spoustu jsem si toho načel také*

na internetu.“ Dotazovaná č. 6 uvedla: „*To mi řekli sestřičky a doktoři v nemocnici, že musím rehabilitovat a dodržovat warfarin. A taky, že bych měla zhubnout, už i kvůli těm kloubům. To mi taky řekli v nemocnici. Zbytek pak zjišťovali spíš syn se snachou, když mě chtěli dostat domů z nemocnice.*“ Z dané odpovědi mě napadá, jestli dotazovaná chtěla jít domů. Zajímalo by mě, jestli si rodina znala náročnost péče o člověka po CMP v domácím prostředí. Přesvědčení pacienta hraje velkou roli, pokud pacient nechce a rezignuje, následná péče se může výrazně ztížit a následky pak trvalé. Následná rehabilitační péče je dlouhá a náročná. Kde tedy leží hranice mezi aktivní spoluúčastí na péči a kde končí? Přesvědčení pacientů navrátit se do běžného života, zde také hraje velkou roli. Zdroje uvádějí, že Česká republika má v následné péči jisté rezervy. U velkého množství pacientů zůstane nějaké zbytkové poškození, u kterého je nutnost dlouhodobé následné péče. Takový pacient by neměl dlouho přebývat na interním oddělení, ale co nejrychleji by, po kompenzaci zdravotního stavu, měl nastoupit na rehabilitační léčbu. Zde však nastává rezerva, kdy ne pro všechny pacienty je dlouhodobá rehabilitace dostupná v patřičné kvalitě a intenzitě. Nejvíce to můžeme vnímat u starších pacientů, kteří z důvodu CMP a jejích následků zůstanou naprosto nesoběstační (Léčba CMP je už hašení..., 2015). Dále jsme zjišťovali, zda dotazovaní znali tuto nemoc ještě před tím, než ji prodělali. Dotazovaní č. 8, č. 9 a č. 10 uvedli, že znali, protože se s ní setkali ve svém okolí. Dotazovaná č. 10 uvádí: „*Ano moje babička, prodělala mozkovou příhodu a za dva roky potom umřela, protože ji prodělala znovu.*“ Dotazovaní č. 6 a č. 7 sdělili, že ji neznali. Pro znázornění uvedu odpověď dotazovaného č. 7. „*Takhle zpětně můžu říct, že jsem něco v podvědomí měl, ale nevěděl jsem, o co přesně jde.*“ (Dotazovaný č. 7) Zde potom záleží na prevenci a informovanosti o CMP. Cífková et al. (2012) uvádí důležitost opatření zaměřených na prevenci kardiovaskulárních onemocnění a měli by se stát součástí života všech osob od raného dětství přes dospělost až po stáří. Primární péči kardiovaskulárních onemocnění mají svou úlohu jak zdravotní sestry, které mohou vést preventivní programy, tak ale i praktičtí lékaři, kteří jsou hlavní osobou, která zajišťuje sledování pacientů v prevenci kardiovaskulárních chorob (Cífková et al., 2012). Mě konkrétně napadá Centrum prevence civilizačních chorob v Českých Budějovicích, kde jsem absolvovala část své praxe. Centrum poskytuje služby, které se týkají podpory zdravého životního stylu, zdravé populace i prevence nemocí moderní doby. Také jsme zjišťovali, jestli se nemocní s něčím léčili před proděláním CMP. Dotazovaní č. 6, č. 7 a č. 10 se shodli, že se s ničím neléčili. S vysokým krevním tlakem a vysokým cholesterolem se

léčili dotazovaní č. 8 a č. 9. Dotazovaný č. 8 uvedl: „*Ano. Měl jsem dlouho zvýšený cholesterol, a pak po čase se přidal i vysoký krevní tlak.*“ Dle Součka a Řiháčka (2013) je vysoký krevní tlak nejzávažnějším rizikovým faktorem CMP.

Po dokončení našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že odpovědi dotazovaných se zdáli celkově pravdivé. Po dokončení našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že odpovědi dotazovaných se zdáli celkově pravdivé. Respondenti, kteří CMP prodělali i neprodělali, se v odpovědích příliš nelišili. Pravdou je, že ve skupině respondentů, kteří prodělali CMP, se ukázala větší informovanost o nemoci, příčinách i následcích, což je logické. Výsledky naznačují, že určité povědomí o nemoci ve skupině s vysokým rizikem vzniku je, ale osobně se domnívám, že přesto, že jde o jedince, kteří jsou ohrožení, měla by být informovanost a znalosti na vyšší úrovni, než respondenti prokázali.

Shledávám, že stále chybí dostatečná primární prevence a všeobecná informovanost. Přestože je CMP jedna z nejčastějších příčin smrti, lidé o ní nejsou dostatečně informováni, dokud nepostihne někoho v blízkém okolí.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá ovlivnitelnými rizikovými faktory cévní mozkové příhody ischemického typu a o informovanosti lidí o jejich rizikových faktorech, které ji způsobují. Teoretická část byla zaměřena na základy anatomie centrální nervové soustavy, dále na rozdělení, etiologii a patofyziologii, klinické projevy a jejich hodnocení, diagnostiku, terapii a následnou péči CMP. V poslední kapitole teoretické části byly rozebrány rizikové faktory. V empirické části jsme stanovili jeden cíl: Porovnat znalostní potenciál o ovlivnitelných rizikových faktorech u pacientů s vysokým rizikem ke vzniku CMP ischemického typu a u pacientů, kteří se léčí po CMP ischemického typu. Po zvolení cíle jsme stanovili výzkumnou otázku: Liší se znalosti o ovlivnitelných rizikových faktorech ve vybraných skupinách respondentů? Využili jsme kvalitativního šetření a podle této otázky jsme připravili polostrukturované rozhovory s připravenými okruhy otázek, u kterých jsme se hlouběji doptávali podotázkami.

Na základě výsledků kvalitativního šetření jsme při porovnání zjistili, že dotazovaní po prodělané CMP mají větší množství informací o nemoci než dotazovaní s vysokým rizikem vzniku CMP. Důvodem je informovanost, která se jim dostala právě až po prodělané CMP. Přestože dotazovaní s vysokým rizikem se orientovali méně než druhá skupina, tak znají určitá opatření a chodí na pravidelné lékařské kontroly a nechovají se rizikově. Právě naopak se to snaží regulovat. Lékařské kontroly jsme zaznamenali u všech dotazujících, což napomáhá k lepší dispenzarizaci dotazovaných.

Věřím, že naše práce poskytne nové podněty pro zkoumání znalostí o ovlivnitelných rizikových faktorech a CMP. Vzhledem ke svému výskytu je důležité, aby se vědělo o rizikových faktorech, které se dají ovlivnit ať už změnou životního stylu nebo léčbou farmakologickou, aby klesl celkový výskyt CMP.

7 Seznam použitých zdrojů

1. Apixaban v prevenci CMP očima neurologa, 2014. *Medical tribune*. 10(19), B6. ISSN 1214-8911.
2. ARONOW, E. S., 2013. Hypertension-related stroke prevention in the elderly. *Current Hypertension Reports*. 15(6), s.582-589. <https://doi.org/10.1007/s11906-013-0384-x>
3. AYALA, C, FANG, J, LUNCHEON, C, et al., 2018. Use of Outpatient Rehabilitation Among Adult Stroke Survivors — 20 States and the District of Columbia, 2013, and Four States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 67(20), 575–578. doi:10.15585/mmwr.mm6720a2
4. BAR, M., KADLECOVÁ, P. et al., 2012. Stanovení prognostických faktorů trombolytické léčby u pacientů s akutním mozkovým infarktem, analýza registru SITS. *Neurologie pro praxi*. 40. český a slovenský cerebrovaskulární kongres. 13(Suppl. D). ISSN 1213-1814.
5. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
6. CÍFKOVÁ, R., et al., 2005. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. *Hypertenze (Praha)*. 8(2). s. 13-17. ISSN 1211-9679.
7. CÍFKOVÁ, R., 2006. Epidemiologie kardiovaskulárních onemocnění. *Postgraduální medicína*. 8(mimoř. příl. 1), s. 6-12. ISSN 1212-4184.
8. CÍFKOVÁ, R., 2010. Varovné příznaky cévních mozkových příhod. *Kapitoly s kardiologie pro praktické lékaře*. 2(4), s. 160. ISSN 1803-7542.
9. CÍFKOVÁ R. et al., 2014. Summary of the European Guidelines on cardiovascular disease prevention on clinical practise (version 2012): Prepared by the Czech Society od Cardiology. *Cor et Vasa (Brno)*. 56(2). s. 208-227. ISSN: 0010-8650
10. CÍFKOVÁ, R. et al., 2015. Sekundární prevence u nemocných po ischemické CMP. *Medicína pro praxi*. 12(1), s. 8-12. ISSN 1214-8687.
11. CÍFKOVÁ, R. et al., 2016. Sekundární prevence po ischemických cévních mozkových příhodách. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 8(1), s. 2-6. ISSN 1803-7542.
12. ČEŠKA, R., HRADEC, J., 2010. Prevence cévních mozkových příhod. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 2(4), s. 150-155. ISSN 1803-7542.
13. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie*. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 832 s. ISBN 978-80-247-5636-3. 4788-0.

14. DOBIÁŠ, V. et al., 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Osveta. 740 s. ISBN 978-80-8063-387-5.
15. FIKSA, J., 2015. Cévní mozková příhoda, patogeneze a současné aspekty léčby. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 7(2), s. 42-45. ISSN 1803-7542.
16. GAVORNÍK, P. et al., 2015. Diagnóza, klasifikácia a princípy manažmentu cerebrovaskulárnej aterosklerotickej choroby z hľadiska angiológie. *Kardiologická revue*. 17(4). s. 354-361. ISSN: 2336-288X.
17. HeartScore®, 2008. *Průvodce uživatele webové verze programu HeartScore®* [online]. HeartScore Czech Republic [© 2018]. Dostupné z: http://www.heartscore.org/cs_CZ/users-guide
18. HERZIG, R., 2014. Mozkové hemoragie a antikoagulační léčba. *Neurologie pro praxi*. 15(2), s. 83-88. ISSN 1213-1814.
19. HUTIRA, M., ŠAŇÁK, D. et al., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-3816-1.
20. CHLUMSKÝ, J., 2014. Cévní mozkové příhody u diabetiků. *Postgraduální medicína*. 16(4). s. 372-375. ISSN 1212-4184.
21. KALVACH, P. et al., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
22. KOPECKÝ, M., CICHÁ, M., 2005. *Somatologie pro učitele*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 263 s. ISBN 80-244-1072-9.
23. KULHAVÝ, J., 2014. Prevence CMP u pacientů s FS. *Kardiologická revue*. 16(2). s. 159-161. ISSN 2336-288X.
24. LARSSON, S. C., et al., 2015. Primary preventiv of stroke by healthy lifestyle in high-risk group. *Neurology*. 84(22). 2224-8. doi: 10.1212/WNL.0000000000001637.
25. Léčba CMP je už hašení požáru, důležitá je prevence, 2015. *Medical tribune*. 11(13), F1, F5. ISSN 1214-8911.
26. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie pro humanitní obory*. Praha: Grada. 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
27. MONICA Report Summary, 1999. The WHO MONICA Project: Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease. [online]. *European Commission: CORDIS*. [cit. 2018-08-15]. Dostupné z: https://cordis.europa.eu/result/rcn/23509_en.html

28. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ M., 2015. *Přehled anatomie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.
29. NIEWADA, M., CŁONKOWSKA, A., 2014. Prevention of ischemic stroke in clinical practice: a role of internists and general practitioners. *Pol Arch Med Wewn.* 124(10), 540-548. doi: <http://dx.doi.org/10.20452/pamw.2464>
30. PEISKER, T., KOZNAR, B. et al., 2017. Acute stroke therapy: A review. *Trends in cardiovascular medicine*. 27(1), s. 59-66. doi: 10.1016/j.tcm.2016.06.009.
31. POWERS, W. J. et al., 2018. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 49(3). e46-e110. doi: 10.1161/str.0000000000000158
32. ROHAN, V., POLÍVKA, J. et al., 2013. Aktuální pohled na možnosti primární a sekundární prevence ischemických cévních mozkových příhod. *Kardiologická revue*. 15(4), s. 218-223. ISSN 1212-4540.
33. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
34. SOUČEK, M., ŘIHÁČEK, I., 2013. Kontrola krevního tlaku v primární a sekundární prevenci cévní mozkové příhody. *Kardiologická revue*. 15(1), s. 54-58. ISSN 1212-4540.
35. SRBOVÁ, E., 2014. Hypertenze, diabetes mellitus a riziko CMP. *Kardiologická revue*. 16(2). s. 158-159. ISSN 2336-288X.
36. Studie MONICA v České republice – 25 let, 2008. *Medical tribune*. 4(36), A10. ISSN 1214-8911.
37. Studie post-MONICA potvrzuje pozitivní trendy, 2015. *Medical tribune*. 11(26), C1, C3.. ISSN 1214-8911.
38. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
39. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., et al., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
40. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
41. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

42. The Framingham Heart Study, 1999. [online]. *National Heart, Lung, and Blood Institute* [©1995-2015] Dostupné z: <http://www.framingham.com/heart/index.htm>
43. VÁCLAVÍK, D., 2013. Primární a sekundární prevence ischemických cévních mozkových příhod. *Kardiologická revue*. 15(1), s. 37-40. ISSN 1212-4540.
44. WIDIMSKÝ, J., 2016. The role of arterial hypertension in the primary prevention of stroke. *Cor et Vasa*. 58(2). e279-e286. doi: 10.1016/j.crvasa.2015.11.005, jak vyšel v online verzi Cor et Vasa na <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010865015001216>
45. WOHLFAHRT, P., et al. 2015. The obesity paradox and survivors of ischemic stroke. *Journal of Stroke Cerebrovascular Diseases*. 24(6). 1443-1450. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.03.008
46. ŽIŽKA, J., 2012. Ateroskleróza intrakraniálních tepen – současný pohled, 2. část. *Kardiologická revue*. 14(1). s. 40-45. ISSN 1212-4540.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Osnova otázek k rozhovorům

Příloha 2 – Přepis rozhovorů

9. Seznam zkratk

CMP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervová soustava

CT – počítačová tomografie

FS – fibrilace síní

GCS – Glasgow Coma Scale

GUSS - The Gugging Swallowing Screen

EKG – elektrokardiografie

iCMP – ischemická cévní mozková příhoda

IVT – intravenózní trombolýza

KVO – kardiovaskulární onemocnění

LDL –low denzit lipoprotein

MR – magnetická resonance

NIHSS – National Institute od Health Stroke Scale

rtPA rekombinovaný tkáňový aktivátor plazminogenu

SITS – Safe Implementation od Treatment on Stroke

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TK –krevní tlak

WHO – Světová zdravotnická organizace

Příloha 1

Osnova otázek pro rozhovor

Pohlaví:

Věk:

Zaměstnání:

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?
 - Prodělal/a jste toto onemocnění?
 - Pokud ano, kdy to bylo?
2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)
3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?
4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)

Teď odstupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?
6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?
7. Jaké máte podle vás špatné návyky?
8. Jaká onemocnění se vyskytují ve vaší rodině?
9. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?
10. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři?

Příloha 2 – Přepis rozhovorů

Dotazovaná 1

Pohlaví: žena

Věk: 72

Zaměstnání: v důchodu

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?
 - Když člověku ochrne část těla a když se člověk učí chodit a mluvit.
 - a. Prodělal jste toto onemocnění? NE
2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)
 - Člověk nemůže mluvit, brní mu končetiny, motá se mu hlava a zvrací.
3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?
 - Může špatně mluvit nebo přestane ovládat pohyb a nemůže chodit.
 - a. Může se na CMP umřít? ANO
4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)
 - Vysoký tlak, cukrovka, nebo když člověk špatně jí a málo se hýbe.
 - a. Můžeme se tedy nějak vyhnout CMP? Určitě ano.
 - b. Čím třeba? Chodit s tlakem i s cukrovkou na kontroly, a třeba začít více chodit a jíst více ovoce a zeleniny.

Ted' odstoupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?
 - Chodím na procházky, obstarávám zahrádku a taky se scházím s přáteli.
6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?
 - Jím 3 krát denně a mezi jídly si nejčastěji dám ovoce, někdy zeleninu.
7. Jaké máte podle vás špatné návyky?
 - Mám ráda sladké, tak to je pro mě takové neřest a jde to těžko omezovat.
8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?
 - Pomáhá mi společnost přátel nebo se projdu do přírody.
9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři?
 - Jednou do roka a kvůli cukrovce chodím jednou za 3 měsíce.
 - a. Léčíte se s něčím? Ano.
 - b. S čím a jak dlouho se s tím léčíte?

- i. S hypertenzí se léčím už od svého prvního těhotenství ve 20 letech. Pořád mi ten tlak skákal a od té doby ho sledují. Už asi 10 let se léčím s vysokým cholesterolem a taky se 5 let léčím s diabetem 2. typu. Na všechny tyhle nemoce беру léky.

Dotazovaná 2

Pohlaví: žena

Věk: 47

Zaměstnání: opatrování manželových rodičů

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?
 - Když člověk nemůže mluvit, ochrne na jednu stranu, častěji na levou stranu těla a musí se okamžitě do nemocnice, protože čím dříve se to podchytí, tím je větší šance na uzdravení. Na tom hodně záleží. Zjišťovala jsem si informace poté, co to měla moje tchýně, o kterou se teď starám.
 - Prodělal/a jste toto onemocnění? Ne.
2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)
 - Člověk mžourá, nemůže mluvit a není mu rozumět při mluvení. U mojí tchýně se změnila i barva kůže, najednou byla taková do žluta až bledá. Také člověku je zle, nemá chuť na jídlo a nezvedne ruku a ani nemůže chodit
3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?
 - Nemusí mít žádné následky, ale myslím, že často zůstane ta ochrnutá končetina slabší a třeba se i zhorší chůze. Tchýně třeba už moc neotevře pravé oko.
 - Může se na CMP umřít? Ano.
4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)
 - Myslím, že to může být dědičné. Dál si nejsem jistá, ale vím, že některé lidi to ohrožuje více a jiné méně. Napadá mě taky obezita nebo kouření.
 - Můžeme se tedy nějak vyhnout vzniku CMP? Ano, to určitě.
 - Čím třeba? Tím, že lidi přestanou kouřit a trošku zhubnout a budou se trochu hýbat.

Teď odstupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?
 - Žádné asi nemám, mimo starost o domácnost jako je úklid, vaření, praní a tak podobně. Ráda trávím čas s manželem, když si vyjedeme do města a jsme spolu. Jak bydlíme na vesnici, tak jsou to moc příjemné výlety. Pak taky povídání s rodinou.
6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?
 - No asi 2x-3x denně, ale často začínám až jídlem před polednem, potom něco malinko odpoledne, a pak spíš večer, protože se starám o důchodce, tak často zapomínám sama na sebe nebo nemám chuť.
7. Jaké máte podle vás špatné návyky?
 - Chodím spát až třeba po půlnoci.
8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?
 - Vyjedu si na nákupy do města nebo třeba hrou v telefonu. Už si to snažím moc nebrat a myslet na to hezké. Často se taky přecpu nebo se potřebuji někomu vypovídat. Hodně mi pomáhá rovnováha v mojí rodině. Když jsme všichni v pohodě a nedohadujeme se o něčem, tak se všechno zvládá mnohem lépe.
9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři?
 - Jednou za půl roku.
 - Léčíte se s něčím? Ano.
 - S čím a jak dlouho se s tím léčíte? To je štítná žláza a to už tak přes 10 let. Po posledním porodu to už je 11 let, jsem cítila často silné bušení srdce a paní doktorka mi, řekla, že mám s tachykardií.

Dotazovaný 3

Pohlaví: muž

Věk: 71

Zaměstnání: v důchodu

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?
 - Představím si něco, kvůli čemu člověk umře.
Prodělal/a jste toto onemocnění? Ne.
2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)
 - Nevím, asi že člověk upadne a nehýbe se.
3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?
 - S tím, že se přestane hýbat, nebude se moct sám o sebe postarat a bude muset do domova důchodců.
 - Může se na CMP umřít? Ano, to určitě může.
4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)
 - Asi když je člověk obézní a jí špatný věci a při tom sedí u televize.
 - Můžeme se tedy nějak vyhnout vzniku CMP? Asi jo.
 - Čím třeba? Když budeme jíst normální věci a nebudeme tloustnout.

Ted' odstoupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?
 - Rád chodím na ryby a na střelnici.
6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?
 - Musím hodně dodržovat pravidelnost kvůli cukrovce. Jím 5 krát denně i se svačinama, jinak je mi slabo a na omdlení. Vaří a stará se o mě manželka, která má taky cukrovku, takže se snažíme. Pěstujeme spoustu zeleniny na zahrádce, tak té máme dost a jíme ji rádi. Já chodím na ryby, takže máme rybu určitě jednou za týden. Moc nesladíme a ani moc nesolíme.
7. Jaké máte podle vás špatné návyky?
 - No to nevím. Myslím, že mám spíš dobré návyky. I když občas nedodržuji úplně přesně tu cukrovkovou dietu.
8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?
 - Jdu na ryby nebo to moc nezvládám a jsem zlý na okolí.

9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři?

- Kvůli cukrovce chodím 1 za 3 měsíce.
 - Léčíte se s něčím? Ano.
 - S čím a jak dlouho se s tím léčíte? Léčím se vysokým tlakem už 20 možná 25 let. Cukrovku mám 2. typu na aplikaci inzulinu a léčím se s ní 3 roky. Taky mám zúžené cévy. Tak před 10 lety mi dělali angioplastiku.

Dotazovaná 4

Pohlaví: žena

Věk: 68

Zaměstnání: v důchodu

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?
 - Nemoc, na kterou se může umřít. Člověk se pak nemůže hýbat a musí se o něj někdo starat.
 - Prodělal/a jste toto onemocnění? Ne.
2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)
 - Člověk upadne a nebude se hýbat.
3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?
 - S tím, že se o sebe nebude moct postarat, bude muset mít někoho, kdo se o něj bude starat, a nebo skončí v domově důchodců.
 - Může se na CMP umřít? Ano.
4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)
 - Tak když je člověk silný, myslím jako obézní a nehýbe se a jí jako prase. Mám pocit, že to může být i dědičné.
 - Můžeme se tedy nějak vyhnout vzniku CMP? Ano, když se o sebe budeme dobře starat.

Teď odstoupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?
 - Chodím do lesa, třeba na borůvky. To mě baví. Potom mám slepice a králíky. A mám krásnou zahrádku se zeleninou.

6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?

Kvůli cukrovce jím v pravidelných časech 3 krát až 4 krát za den. Jak mám chuť.

7. Jaké máte podle vás špatné návyky?

Kouřím. Je to taková moje slast.

8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?

- Procházkou do lesa, pečováním o zahrádku a zvěř. Také telefonátem s dcerou, ale nejvíc mi pomůže cigareta. To se pak hned uklidním.

9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři? Chodím jednou za 3 měsíce, kvůli cukrovce.

- Léčíte se s něčím? Ano. S cukrovkou 2. typu asi už 4 roky, ale beru zatím jenom prášky. A asi před 15 lety mi pan doktor zjistil vysoký cholesterol.

Dotazovaná 5

Pohlaví: žena

Věk: 54

Zaměstnání: Kuchařka v JZD

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?

- Poškození cév v mozku, kdy je ohrožen člověk na životě. Je nutné rychle volat záchranku, aby mohl člověk přežít. Slyšela jsem, že to i hodně lidí přežije.
- Prodělal/a jste toto onemocnění? Naštěstí ne.

2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)

- Myslím, že to je spadlý ústní koutek, pak taky když člověk huhlá nebo najednou nemůže pohnout jednou rukou nebo ho v ní brní.

3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?

- Se zhoršenou pohyblivostí, a že se mu zhorší mluvení.
- Může se na CMP umřít? To určitě ano.

4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)

- Vysoký tlak, cukrovka a pokud ji měl rodič.

- Můžeme se tedy nějak vyhnout vzniku CMP? Když podchytíme třeba vysoký tlak a budeme se o sebe více starat, tak určitě.
- Jak se o sebe může člověk dobře starat? No, že bude pravidelně jíst, bude chodit brzy spát, bude sportovat a tak. Prostě to znamená, aby se dobře cítil.

Ted' odstoupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?
 - Zahradničím a hlídám vnoučata. Jinak se starám o domácnost, takže moc volného času není.
6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?
 - Jím pěkně od rána, pak v poledne oběd, občas malá sváča pak večere. Žádné hlavní jídlo nevynechávám. Takže 3x denně určitě.
7. Jaké máte podle vás špatné návyky?
 - Nevím.
8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?
 - Chodím na zahrádku a ponořím se do hlíny. Taky mi pomáhá přítomnost vnoučat. Vidět ty bezstarostné děti je nabíjející.
9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři? Jedou za rok.
 - Léčíte se s něčím? Ano s vysokým cholesterolem a hlídá mě i kvůli zvýšenému krevnímu tlaku.

Dotazovaná 6

Pohlaví: žena

Věk: 80

Zaměstnání: v důchodu

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?
 - Tu jsem měla a řekla bych, že to je nemoc, která člověka hodně omezí, pokud ji přežije. Sama cítím, jak jsem dopadla, že potřebuji, aby se o mě někdo staral.

Prodělal/a jste toto onemocnění?

- Ano. Dokonce 2x. Jednou v roce 2014 a potom v roce 2017.

S jakou následnou péčí jste se setkal/a? Kdo vás s tím v nemocnici obeznámil?

- To mi řekli sestřičky a doktoři v nemocnici, že musím rehabilitovat a dodržovat warfarin. A taky, že bych měla zhubnout, už i kvůli těm kloubům. To mi taky řekli v nemocnici. Zbytek pak zjišťovali spíš syn se snachou, když mě chtěli dostat domů z nemocnice.

Znal/a jste tu to nemoc ještě před tím, než vás postihla?

- Ne to jsem neznala.

Léčil/a jste se s něčím před proděláním CMP?

- Ne to neléčila, ale vím, že jsem měla nedomykavost chlopní.

2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)

- Nemohla jsem mluvit, nemohla jsem se hýbat a bylo mi dost slabo a nemohla jsem pořádně otevřít oči.

3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?

- Poprvé jsem nechodila, nemohla jsem otevřít pravé oko a nemohla jsem moc hýbat s levou rukou. Musím používat chodítka, ale už jenom to malé, dřív jsem musela to velké, když mě učili znova chodit. Byla jsem pak taky hrozně oteklá a špatně se mi dýchalo, tak jsem byla zase v nemocnici. Tam mi dali nějaký prášek, teď ho беру i doma, Furon se myslím jmenuje, a potom to bylo lepší a mohla jsem dýchat. Tlak mi začal skákat a měla jsem ho vysoký, takže na to беру prášky, myslím, že Concor se to m jmenuje. Potom taky začala chodit sestra na warfarin, až k nám domů, tak ten беру taky. Potom mě vezli ještě jednou, ale to už to snacha viděla a volala rychle sanitku. Dnes už chodím lépe, občas se mi pletou nohy, levá ruka je pořád taková špatná a oko už otevřu víc, ale už to není jako dřív. Hodně se mnou chodí, ale to víte, klouby mě hodně bolí, tak to moc nejde. Může se na CMP umřít? Ano. vím, že já sama jsem měla na mále.

4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)

- Já vám ani nevím. Mně řekli, že to mám od srdíčka.
 - Můžeme se tedy nějak vyhnout vzniku CMP? Nevím, asi moc ne.

Teď odstoupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?

- Teď už nic. Jsem ráda, když udělám pár kroků s chodítkem, ale ráda koukám na televizi nebo sedím venku na dvoře.

6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?
 - 4x krát denně. Snídaně, oběd, svačina a večeře. Na jídlo se vždycky těším
7. Jaké máte podle vás špatné návyky?
 - Ráda mlsám.
8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?
 - Já už jsem v klidu, ani nevím, co si pod tím představit. Jsem ráda, že i po dvou mrtvičkách jsem doma.
9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři? Jednou za půl roku.
 - Léčíte se s něčím? Po mrtvici mi ještě začal skákat tlak, takže беру prášky na snížení tlaku a warfarin.

Dotazovaný 7

Pohlaví: muž

Věk: 63

Zaměstnání: v důchodu

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?
 - Když člověk najednou nemůže normálně mluvit nebo cítí brnění ruky, s kterou nemůže moc dobře pohnout a musí se, co nejdříve dostat do nemocnice, aby přežil.
 - Prodělal/a jste toto onemocnění? Ano.
 - Pokud ano, kdy to bylo? Leden 2016

S jakou následnou péčí jste se setkal/a? Kdo vás s tím v nemocnici obeznámil?

- Asi doktor mi řekl, co jsem prodělal a i když jsem odcházel jako by se mi nic nestalo, zdůraznil mi, že to bylo vážné, co se mi stalo. Při odchodu jsem dostal snad i nějaké letáčky. Doma jsem si o tom hledal informace na internetu, abych taky věděl něco víc

Znal/a jste tu to nemoc ještě před tím, než vás postihla?

- Takhle zpětně můžu říct, že jsem něco v podvědomí měl, ale nevěděl jsem, o co přesně jde.

Léčil/a jste se s něčím před proděláním CMP?

- Ne. To mi nic nebylo.

2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)
 - Žvatlání, slabost, brnění ruky, spadlý ústní koutek.
3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?
 - Sám ještě cítím, jak občas špatně mluvím nebo když se usmívám, tak mám jeden koutek jinak. Okolí si toho asi jen tak nevšimne, ale já to vidím. Jinak o jiných následcích nevím.

Může se na CMP umřít? To určitě ano.

4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)
 - Vysoký tlak, obezita, špatné stravování, kouření, alkohol.
 - Můžeme se tedy nějak vyhnout vzniku CMP? Pokud se o sebe budeme starat a hlídat si výše zmíněné příčiny.

Teď odstoupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?
 - Zařadil jsem hodně procházky a trávím čas s rodinou.
6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?
 - 4 x-5x denně. Já bych mohl jíst pořád, ale hlídám se.
7. Jaké máte podle vás špatné návyky?
 - Rád si dám pívko. Pře tou příhodou jsem chodil rád s kamarády do hospody, ale teď už moc nechodím a pivo se snažím moc nepít.
8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?
 - Já všechno řeším s klidem. Stačí mi mluvit s manželkou a to pomáhá.
9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři? Jednou za půl roku.
 - Léčíte se s něčím? Mimo stavu po CMP ne.

Dotazovaný 8

Pohlaví: muž

Věk: 59

Zaměstnání: zemědělec

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?
 - Ucpanou nebo zúženou tepnu někde v mozku.
 - Prodělal/a jste toto onemocnění? Ano, teď na jaře 2018.

S jakou následnou péčí jste se setkal/a? Kdo vás s tím v nemocnici obeznámil?

- Doktor, když jsem odcházel z nemocnice, a poté nejvíce můj praktický lékař, kterému jsem nesl zprávu z nemocnice. Dal mi spousty letáčků a brožurek domů. Nakonec i já sám jsem si vyhledával informace na internetu. Zajímalo mě jak se o sebe lépe starat.

Znal/a jste tu to nemoc ještě před tím, než vás postihla?

- Ano znal.

Léčil/a jste se s něčím před proděláním CMP?

- Ano. Měl jsem dlouho zvýšený cholesterol, a pak po čase se přidal i vysoký krevní tlak.
2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)
 - Mám pocit, že to je spadlý koutek nebo když člověk žvatlá, najednou nemůže pohnout paží nebo ho může jenom brnět.
 3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?
 - Já třeba nemám žádné. Asi jsem měl štěstí.

Může se na CMP umřít? Ano to jsem slyšel.

4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)
 - Víím, že je to třeba vysoký tlak, cukrovka nebo vysoký cholesterol.
 - Můžeme se tedy nějak vyhnout vzniku CMP? Asi kdyby člověk na sebe víc dbal, tak by to možná šlo.

Teď odstoupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?
 - Já jsem pořád někde na poli. Takže jsem pak rád, když si doma sednu k televizi nebo když jdu s přáteli ven.
6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?
 - Klidně 5x denně. Člověk jak pracuje, tak potřebuje něco jíst.
7. Jaké máte podle vás špatné návyky?
 - Asi to ležení u televize.
8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?
 - Třeba ježděním po poli.
9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři? Jednou za půl roku.

- Léčíte se s něčím? ano s vysokým tlakem a vysokým cholesterolem.

Dotazovaná 9

Pohlaví: žena

Věk: 72

Zaměstnání: v důchodu

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?

- No... To je když se vám ucpe nějaká céva v mozku.
 - Prodělal/a jste toto onemocnění? Ano. jsou to asi dva roky (2016)

S jakou následnou péčí jste se setkal/a? Kdo vás s tím v nemocnici obeznámil?

- Všechno sestřičky v nemocnici mi pověděli. Taky za mnou chodili sestřičky jenom na cvičení.

Znal/a jste tu to nemoc ještě před tím, než vás postihla?

- Jo, jo díky svému okolí.

Léčil/a jste se s něčím před proděláním CMP?

- No já jsem se léčila s vysokým tlakem, tak pan doktor říkal, že to mám z toho.

2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)

- Já jsem najednou nemohla mluvit a byla jsem slabá na levou končetinu. Spadla mi z ruky hůl a padla jsem na zem.

3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?

- Nemohla jsem mluvit a hejbat se, takovou mě syn našel a zavolal mi záchranku. No ležela jsem tam asi 45 minut, protože jsem byla zrovna po obědě a já jím vždycky v půl dvanáctý a syn přichází kolem čtvrt na jednu domů. Tak mě odvezli do Českých Budějovic. Do teď mám trošku slabší ruku, mluvím už skoro stejně, ale musela jsem hodně cvičit a rehabilitovat.

Může se na CMP umřít? Ano.

4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)

- No já jsem se léčila s vysokým tlakem, tak pan doktor říkal, že to mám z toho.

- Můžeme se tedy nějak vyhnout vzniku CMP? To nevím, asi ano. Třeba chozením a zdravým jídlem.

Ted' odstoupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?
 - Syn mi pořídil psa, tak s ním musím chodit na procházky, takže ted' i více chodím.
6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?
 - Já už moc jíst nemusím. Stačí 3x za den.
7. Jaké máte podle vás špatné návyky?
 - Dřív jsem kouřila. ted' už mě jiná věc nenapadá.
8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?
 - Stres mi přijde, že je spíš pro mladý. Já už si jen tak s něčím hlavu nedělám.
9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři? Jednou za půl roku.
 - Léčíte se s něčím? Ano s vysokým tlakem a to už je tak 10 let.

Dotazovaný 10

Pohlaví: muž

Věk: 40

Zaměstnání: soukromý podnikatel

1. Co si představíte pod pojmem cévní mozková příhoda (hovorově mrtvice)?
 - Dřív jsem to moc nevěděl, ale jsem půl roku po CMP a už jsem si toho spoustu načel a vím, že u mě to bylo ucpání, hodně velké tepny a skoro jsem na to zemřel.
 - Prodělal/a jste toto onemocnění? Ano.
 - Kdo bylo? Ted' 2018.

S jakou následnou péčí jste se setkal/a? Kdo vás s tím v nemocnici obeznámil?

- No.. lékaři v nemocnici a sestřičky. Nejprve jsem ležel na neurologii, na takovém jipkovém pokoji, potom na lůžkách a pak na rehabilitačním oddělení. Spoustu jsem si toho načel také na internetu

Znal/a jste tu to nemoc ještě před tím, než vás postihla?

- Ano moje babička, prodělala mozkovou příhodu a za dva roky potom umřela, protože ji prodělala znovu.

Léčil/a jste se s něčím před proděláním CMP?

- Ne. Nikdy jsem se s ničím neléčil.

2. Jaké znáte příznaky cévní mozkové příhody? (popř. jak nemoc poznáte?)

- Tak to můžou být různé. Hlavně ochrnutí nějaké končetiny, spadlý koutek, nemožnost vypláznout jazyk rovně, někdo třeba najednou špatně vidí. Může se stát, že jste úplně mimo vědomí a nevíte o světě.

3. Když se člověku dostane vhodného ošetření a péče, s jakými následky by se mohl potýkat?

- Já sám jsem byl nějakou dobu upoutaný na vozík, protože jsem byl ochrnutý na levou stranu. Měl jsem ochrnutou nohu i ruku, ale ještě pořád nemůžu dobře vyslovovat, což asi slyšíte. Jinak to chození se zlepšilo, byl jsem i v lázních, snažil jsem se o sebe pečovat a hodně jsem rehabilitoval.

- Může se na CMP umřít? Ano.

4. Jaké jsou příčiny vzniku CMP? (Co napomáhá vzniku CMP?)

- Víím, že je to cukrovka, problémy s krevním tlakem, problémy se srdíčkem a samozřejmě kouření a alkohol. A když je někdo tlustý, myslím obézní.

- Můžeme se tedy nějak vyhnout vzniku CMP? Můžeme se začít o sebe více zajímat. Když vnímám své tělo, tak se potom cítím dobře. A jinak teda asi nepít, nekouřit a tak.

Teď odstoupíme od CMP a zaměříme se na váš každodenní život.

5. Jaké volnočasové aktivity vykonáváte?

- Sportuji, tím myslím, že mě začala bavit pěší turistika a za 14 dní mám v plánu projít Chorvatsko

6. Jak často a v jaké pravidelnosti jíte?

- 5x-6 x klidně. Vstávám brzy, jím menší porce a každé jídlo si užívám.

7. Jaké máte podle vás špatné návyky?

- Ještě jsem úplně nezavrhl alkohol. Rád si jednou za čas dám nějaký to dobrý pití. Ale tvrdý alkohol nepiju, spíš jako pivo a víno.

8. Jakým způsobem zvládáte stresové situace?

- Teď zvládám všechno mnohem lépe. Nevím, asi je to tím pohybem.

9. Jak často chodíte ke svému praktickému lékaři? Teď po té příhodě, jsem tam docela často třeba i jednou za měsíc.

- Léčíte se s něčím? Ne. Mimo CMP se mi nic jiného nestalo.