

DOPAD CEVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY NA SOBĚSTAČNOST A KVALITU ŽIVOTA PACIENTŮ (studentský příspěvek)

THE IMPACT OF STROKE ON SELF-SUFFICIENCY AND QUALITY OF LIFE (student contribution)

Marcela Dąbrowská^{1,2} (student), Dalibor Pastucha^{1,2}, Iva Fiedorová^{1,2}

¹ Ústav Rehabilitace, LF Ostravská Univerzita, Ostrava, Česká republika

² Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, FN Ostrava, Česká republika

ABSTRAKT

Východiska: Celosvětově patří cévní mozková příhoda (CMP) k nejčastějším akutním stavům v neurologii a Česká republika zaujímá přední příčky v tabulce mezi zeměmi s největší morbiditou a mortalitou na prodělaný iktus. Dlouhodobé dopady CMP na zdraví, společenské uplatnění a kvalitu života pacientů přinášejí výraznou ekonomickou zátěž pro zdravotní i sociální systém.

Cíl: Cílem tohoto článku je vymezení dopadu CMP na změny v soběstačnosti a možnosti hodnocení kvality života s provázaností dlouhodobé koordinované rehabilitace z pohledu ergoterapeuta.

Metodika: Data byla čerpána z aktuálních českých a zahraničních publikací. K vyhledávání literárních zdrojů byl využit Multivyhledávač EDS. Dokumenty byly vyhledávány v období 2003-2021 v českém nebo anglickém jazyce. Při vyhledávání byla zadána klíčová slova: cévní mozková příhoda, kvalita života, soběstačnost, rehabilitace, ergoterapie

Výsledky: Pacienti po CMP mají různý stupeň zdravotních následků, a tedy i různý stupeň disability a úroveň soběstačnosti. Náklady na rehabilitaci pacientů po cévní mozkové příhodě rostou s rostoucím zdravotním postižením, kdy u nesoběstačných a imobilních pacientů jsou náklady na péči mnohonásobně vyšší. Dosažení soběstačnosti v základních denních aktivitách zlepšuje kvalitu života, usnadňuje pacientovi návrat do domácího prostředí a zároveň nezatěžuje zdravotní a sociální systém.

Závěry: Vzhledem k incidenci CMP je potřeba zajistit kvalitní kontinuitu léčby a dlouhodobé rehabilitace.

ABSTRACT

Background: Globally, stroke is one of the most common acute conditions in neurology, and the Czech Republic is at the forefront of the table with the highest morbidity and mortality due to stroke. The long-term effects of stroke on the health, social role and quality of life of patients bring a significant economic burden on the health and social system.

Aim: The aim of this article is to define the impact of stroke on changes in self-sufficiency and the possibility of assessing the quality of life with the connection of long-term coordinated rehabilitation from the perspective of an occupational therapist.

Methodology: Data were drawn from current Czech and foreign publications. The EDS Multisearch Engine was used to search for literary sources. The documents were searched in the period 2003-2021 in the Czech or English language. During the search, the following keywords were entered: stroke, quality of life, self-sufficiency, rehabilitation, occupational therapy.

Results: Patients after stroke have different degrees of health consequences, and different degrees of disability and levels of self-sufficiency. The costs of rehabilitation of patients after stroke increase with the growing disability, when the costs of care for many non-self-sufficient and immobile patients are many times higher. Achieving self-sufficiency in basic daily activities improves the quality of life, makes it easier for the patient to return to the home environment and at the same time does not burden the health and social system.

Conclusion: Due to the incidence of stroke, it is necessary to ensure quality continuity of treatment and long-term rehabilitation.

KLÍČOVÁ SLOVA

Cévní mozková příhoda, kvalita života, soběstačnost, neurorehabilitace, ergoterapie, invalidita

KEY WORDS

Stroke, quality of life, self-sufficiency, neurorehabilitation, occupational therapy, disability

ÚVOD

Celosvětově patří cévní mozková příhoda (CMP) k nejčastějším akutním stavům v neurologii, jejichž následky jsou spojeny se závažnou disabilitou a vysokou mortalitou. Česká republika zaujímá přední příčky v tabulce mezi zeměmi s největší morbiditou a mortalitou na prodělanou cévní mozkovou příhodu. Incidence CMP se pohybuje okolo 300 případů na 100 000 obyvatel za rok (1, 2). Každý šestý pacient na následky CMP umírá, dalších 50 % pacientů zůstává po CMP nesoběstačných a jen 10 % pacientů přežívá zcela bez následků (3, 4). Celkový výskyt CMP je u mužů a žen podobný. V mladších věkových skupinách je vyšší výskyt tohoto onemocnění u mužů, u žen pak ve starších věkových skupinách (5).

Zatímco účinná akutní léčba, moderní lékařské technologie a postupy, zvýšily počet přeživších pacientů, šance na plné zotavení a dosažení maximální soběstačnosti je okolo 50 % (4, 6). Nepříznivé důsledky CMP se pak mohou projevit ve všech životních oblastech a sociálních rolích jedince, především v rodině, sociálních i pracovních vztazích a v interakcích v kontextu kvality života. Zvyšující se počet přeživších pacientů s těžkým reziduálním deficitem má dlouhodobý negativní dopad na socioekonomickou situaci nejen samotných pacientů, jejich rodiny, ale i na zdravotnický a sociální systém. Ekonomickým problémem je nejen zvyšující se incidence CMP u osob v produktivním věku, ale i zvyšující se náklady spojené s péčí o pacienty po cévní mozkové příhodě. Náklady a efektivita časně rehabilitace po CMP souvisejí se stupněm počátečního zdravotního postižení a mohou dosahovat v průměru až 5 103 Kč (194 EUR) na den hospitalizace (7).

Cílem tohoto článku je vymezení dopadu CMP na změny v soběstačnosti a možnosti hodnocení kvality života s provázaností dlouhodobé koordinované rehabilitace z pohledu ergoterapeuta.

POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

K vyhledávání jsme použili Discovery systém, Multivyhledávač EDS, který vyhledával v databázích např. PubMed, MEDLINE, EBSCO Open Dissertations, SCOPUS. Naše vyhledávací strategie zahrnovala výrazy: „cévní mozková příhoda“, „soběstačnost“, „kvalita

života“, „ergoterapie“, „neurorehabilitace“ a širokou škálu souvisejících výrazů. Zahrnuli jsme články publikované v angličtině od ledna 2003 do června 2021. Kromě toho jsme ručně prohledali odborné knihy zabývající se danou tematikou.

TEXT LITERÁRNÍHO PŘEHLEDU

Koordinovaná rehabilitace-neurorehabilitace

Dosažení maximální možné pohybové samostatnosti je určující strategií rehabilitace. Koordinovaná rehabilitace představuje včasné, komplexní, provázané a celkově koordinované činnosti, které jsou uskutečňovány prostřednictvím rehabilitačních prostředků, (zdravotnických, sociálních, pracovních, vzdělávacích, technických, technologických a dalších). Jejich hlavním účelem je zmírňovat přímé i nepřímé důsledky dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pacienta, které významným způsobem omezují nebo zcela znemožňují sociální začlenění osob s disabilitou, tedy i zhoršují jejich kvalitu života (8, 9). Neurorehabilitace je proces řešení životních situací člověka souvisejících se zdravím, jehož cílem je umožnit osobám s disabilitou dosáhnout nebo si udržet optimální fyzickou, psychickou, smyslovou, intelektovou a sociální úroveň (9).

Neurorehabilitace předpokládá dodržování definovaných principů jako základ pro úspěšnou terapii (10). Společným cílem neurorehabilitačního přístupu u pacientů po CMP je minimalizace závislosti a maximální sociální integrace. Cíle lze dosáhnout za předpokladu úzké spolupráce všech zúčastněných stran, vyžaduje součinnost a multiprofesní provázanost včetně spolupráce pacienta s poskytovateli rehabilitace, příslušnými orgány státní správy i samosprávy, včetně ministerstev. Včasnost – rehabilitace začíná co nejdříve po stabilizaci akutního stavu pacienta, měla by pokračovat, dokud je patrné zlepšování ve funkčních schopnostech. Komplexnost zahrnuje smysluplné stanovení postupu rehabilitace na základě předchozí podrobné analýzy dostupných informací o pacientovi a jeho prostředí (aktuální i domácí). Za základní atributy efektivního fungování systému rehabilitace lze považovat principy návaznosti a koordinovanosti. Zahrnují logický, promyšlený sled činností a postupů, jejichž cílem je dosažení nejefektivnějšího

výsledku v terapeutické intervenci. Dostupnost umožňuje pacientům zprostředkování potřebných služeb v regionu, kde pacient bydlí tak, aby byla zajištěna kontinuita celého procesu rehabilitace (9). Z důvodů nemožnosti stanovení univerzálního rehabilitačního programu pro pacienty s cévní mozkovou příhodou, je zásadní individuální přístup. Realizované postupy a prostředky jsou zaměřeny na konkrétní potřeby, možnosti a podmínky.

Soběstačnost

Hlavním cílem rehabilitace pacienta, který prodělal CMP, je dosažení maximální fyzické a psychické soběstačnosti, a to nejen v protektivních místech, jako je nemocnice, následné lůžkové rehabilitační zařízení, ale především v domácím prostředí nebo ve společnosti. Lidé, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, považovali svá těla za nespolehlivá a jejich budoucnost za nejistou. Událost byla spojena s pocity ztráty, smutku, frustrace, rozpaků, bezmoci, studu kvůli fyzickým a sociálním změnám (11, 12, 14). V Reedově (13) recenzi osoby, které přežily cévní mozkovou příhodu, uvedly, že se ve svém domácím prostředí cítí bezpečně, ale mimo domov nebezpečně a zranitelně, což zesiluje odloučení od vnějšího světa.

Soběstačnost zahrnuje takové aktivity a zaměstnávání, které jedinec vykonává, aby mohl být funkčně nezávislý (15). Soběstačnost je posuzována ve dvou kategoriích-personální a instrumentální aktivity denního života (Activities of daily living, ADL). Personální ADL odpovídají biologickým potřebám, zahrnují činnosti jako je osobní hygiena, koupání, oblékání, sebesycení, použití toalety a ovládání močení a vyprazdňování stolice. Instrumentální ADL zahrnují složitější aktivity a úkony, jako jsou úklid a údržba domácnosti, manipulace s předměty, příprava jídla, nakupování, schopnost řešit každodenní problémy, používat veřejné dopravní prostředky, řídit automobil aj. Pokud bychom chtěli označit problematické oblasti ADL u pacientů po CMP, tak pro všechny věkové skupiny by to byla především lokomoce po rovině, chůze po schodech, problémy s hygienou, kontinencí moče a stolice. U závažnějších postižení a s narůstajícím věkem by to byla i oblast přesunů, a to zejména přesunů do vany, dále pak monomanuální a bimanuální aktivity horních končetin. Funkční poruchy doprovázející CMP často snižují soběstačnost pacientů, a tím zvyšují jejich závislost na pomoci okolí, což může mít za následek nutnost umístění daného pacienta do sociálního zařízení (16). Avšak toto řešení je vzhledem k nedostatečnému počtu těchto zařízení někdy velmi obtížné, nehledě na značnou finanční zátěž pacienta, popř. pacientovi rodiny a státu. Experti na CMP

uznávají, že neformální pečovatelé hrají důležitou roli v péči o osoby, které přežili cévní mozkovou příhodu. Role rodinného pečovatele jako součásti systému podpory pacientů je důležitá při zlepšování kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě. Rodinný pečovatel poskytuje pacientům dlouhodobou intenzivní pomoc (17). Smith, Lawrence, Kerr, Langhorne a Leas uvedli, že zátěž na rodinu se zvyšuje, když nejsou dostatečně znalí nebo kvalifikovaní, aby se mohli starat o pacienta doma. Nedostatečné znalosti a dovednosti rodinných pečovatelů mohou snížit jejich podporu pro pacienta a následně ovlivnit kvalitu života pacienta (18). Proto je třeba zlepšit informovanost, znalosti a dovednosti pečovatele v pomoci pacientům přizpůsobit se životu po CMP. Bylo prokázáno, že pacienti, kteří byli svými rodinami pravidelně vedeni k samostatnému provádění denních činností, mají lepší funkční kapacitu. Pravidelný cvičební program s vlastní péčí může výrazně zlepšit nezávislost pacientů po mozkové mrtvici (19).

Intervence zaměřené na zvýšení soběstačnosti a úpravu základních ADL jsou kompetencí ergoterapeuta. Zapojení ergoterapie zaměřené především na nácvik běžných denních činností do procesu neurorehabilitace výrazně zvyšuje pacientovu nezávislost, a tím i možnost jeho návratu do domácího prostředí. Což v návaznosti zlepšuje jeho kvalitu života a snižuje finanční náklady na péči (16, 20).

Teoretické základy ergoterapie jsou zakotveny v rehabilitačních modelech, které napomáhají při stanovení cílů, plánů terapeutické intervence a způsobů realizace (9, 21). Konkrétní modely umožňují lépe pochopit jednotlivé aspekty osobnosti (vůle, habitua, výkon, pracovní způsobilost). Mezi nejčastěji používané modely patří: biomedicínský model, biopsychosociální, přístup zaměřený na člověka, Model lidského zaměstnávání (MOHO) a Kanadský model výkonu zaměstnávání (CMOP), Model osoba-prostředí-zaměstnávání (PEO) a Model osoba-prostředí-výkon zaměstnávání (PEOP).

Faktory ovlivňující soběstačnost a kvalitu života

K celkovému úspěchu rehabilitace pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě přispívá několik faktorů, mezi něž patří závažnost cévní mozkové příhody, typ a lokalizace motorického postižení, celkový zdravotní stav pacienta před CMP, změny psychiky v důsledku CMP, charakter omezení aktivit denního režimu, bariéry v okolí, celková motivace a participace pacienta (8). K nejčastějším následkům mozkové příhody patří změny motoriky, mozečkové syndromy, poruchy rovnováhy se zvýšeným rizikem pádu, poruchy senzitivních a sensorických funkcí, extrapyramidové syn-

dromy, změny autonomních funkcí a důsledky spojené s poruchou hlavových nervů (22). Přehled možných následků CMP na soběstačnost a kvalitu života je vystižen v tabulce 1.

Významnými faktory ovlivňujícími funkční schopnosti pacienta jsou deficity v kognitivních funkcích a poruchy komunikace. V této oblasti jsou s CMP spojovány tři hlavní poruchy komunikace – afázie a dysfázie, dysartrie a verbální apraxie. Mohou se také projevovat v různé míře následující kognitivní změny či jejich kombinace: anartrie, agnózie, porucha pozornosti, paměti, orientace a myšlení, poruchy abstrakce.

Negativní vliv na vysokou morbiditu a mortalitu pacientů po CMP mají poruchy polykání s následnou malnutricí (23). Nelze opomenout i neurobehaviorální komplikace jako jsou úzkost, labilita, apatie, agresivita, ztráta iniciativy, impulzivita, deprese (24). Zmíněné faktory mohou významně ovlivnit soběstačnost pacienta a následně kvalitu života.

U většiny pacientů dochází vlivem neurorehabilitace ke zlepšení klinického stavu, existují však rozdíly v odpovědi na terapii a rozdílná schopnost adaptace jedince. Pro dosažení dobrých výsledků je třeba hledat parametry předpovídající výsledek léčby. Nezbytnou

Tabulka 1 Dopad CMP na soběstačnost a kvalitu života

Limity	Příklad limitované funkce
Trup a posturální kontrola	
Oslabení svalů trupu	Zvýšené riziko pádů, vznik fenoménu strachu z pádů s následnou cílenou hypokinézou
Porucha posturální kontroly	Snížení nezávislosti v ADL
Abnormální postavení trupu a pánve	Neschopnost udržení stabilní pozice limituje fázickou hybnost horních končetin
Asymetrické zatížení v sedu a ve stoji	Sekundární vizuální dysfunkce s poruchou postavení krku a hlavy
Snížení schopnosti přenosu váhy přes pánev na DKK	Limity a problémy při chůzi
Neschopnost vnímání střední čáry (osy trupu)	Riziko pádů ve statických a dynamických aktivitách
Neschopnost diferenciacie pohybu trupu a pánve	Kompenační mechanismy, zatížení kardiovaskulárních funkcí
Horní a dolní končetiny	
Oslabení svalů končetin	HKK - snížená schopnost dosahu, cílení, úchopu, transportu předmětu a manipulace s objekty pro ADL
Ztráta selektivního pohybu	Nevhodné kompenzace a souhyby s přetěžováním okolních struktur
Změny svalového tonu	Snížení nezávislosti, neschopnost opěrné a fázické funkce končetin
Kontraktury, změna trofiky, bolesti	Vývoj bolestivých syndromů s důsledkem následné hypokinezy
Kloubní subluxace (ramenní kloub)	
Somatosenzorická dysfunkce	Porucha koordinace, cílení pohybu, narušení jemné motoriky
Kognice a percepce	
Apraxie	Nesprávné provádění činností, neschopnost provedení
Neglect sy	Opomíjení protoru, předmětů, omezení bimanuálních činností
Poruchy paměti, pozornosti	Riziko úrazů, pádů, narušená organizace dne
Poruchy exekutivních a vizuospatiálních funkcí	Neschopnost duálních úkolů a vícestupňových úkolů, poruchy orientace v prostorách
Zrak	
Diplopie	limitace či neschopnost mobility v prostoru, riziko poranění při manipulaci s ostrými předměty
Snížení zrakové ostrosti	neschopnost čtení
Vápadky zorného pole	problém s orientací v prostoru, neschopnost řízení auta
Psychosociální oblast	
Deprese	Poruchy spánku, snížení angažovanosti do aktivit,
Úzkosti	Obavy z návratu domů a budoucnosti
Emoční labilita	Neschopnost udržovat sociální vztahy
Ztráta motivace	Nespolupráce, pasivita

Legenda: zdroj Radomski, Mary Vining Latham, Catherine A Trombly Occupational therapy for physical dysfunction (2021)

součástí hodnocení efektivity terapeutické intervence je testování před a po terapii (9). Cíl terapie se odvíjí od potřeb a preferencí pacienta. Měl by zahrnovat nejenom prevenci pádů a komplikací souvisejících s CMP, ale i zvýšení kvality života osob s disabilitou, maximální omezení této disability pomocí opakovaného tréninku a dosažení tak maximální možné soběstačnosti v běžných denních činnostech (22). Spolu s tím, se řeší substituce snížené soběstačnosti pacienta a výběr vhodných kompenzačních strategií či mechanismů a v neposlední řadě vybavením kompenzačními pomůckami. Jedním ze zásadních cílů by měla být integrace osoby s disabilitou zpět do domácího prostředí, společnosti a návrat k aktivnímu způsobu života (25). U pacientů v produktivním věku, lze v 1/3 případů, pokud je to možné, předpokládat případný návrat do zaměstnání či rekvalifikaci. Přesto odborníci tuto možnost často nechávají a nepodporují.

Hodnocení soběstačnosti

Na základě ergoterapeutického vyšetření zhodnotí ergoterapeut nejen soběstačnost, funkční potenciál pacienta, ale provede i analýzu aktivit a analýzu prostředí. Metody ergoterapeutického hodnocení lze obecně rozdělit na subjektivní a objektivní. Do objektivních metod patří standardizované testy, strukturované pozorování, rozhovory a posuzovací škály. Subjektivní metody zahrnují neformální pozorování a rozhovor, dotazníky a sebehodnotící škály. Pro cílené zhodnocení soběstačnosti pacientů v ADL jsou v České republice nejčastěji používány testy Functional Independence Measure (FIM) a Barthel Index (BI). Oba tyto testy mají výbornou validitu, reliabilitu a uspokojivou senzitivitu (8, 26). Hlavní nevýhodou obou testů je absence hodnocení kvality provedení dané aktivity (úroveň hodnocení je: zvládne, zvládne s dopomocí nebo nezvládne) testy zároveň nereflektují kognitivní a psychologické aspekty. Dalším hodnotícím nástrojem je Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) vydaná WHO (Světovou organizací zdraví) v roce 2001. O propagaci a implementaci MKF do praxe se v České a Slovenské republice zasloužili Pfeiffer a Švestková (8, 10). MKF popisuje funkční schopnosti pacienta a situace, ve kterých se nachází, a jež mohou být omezující. Cílem MKF je dosažení maximální možné kvality života pacienta s disabilitou. Biopsychosociální model podle MKF zahrnuje pět komponent:

1. Tělesné funkce (zahrnuje všechny funkce tělesné i psychické).
2. Tělesné struktury (hodnotí anatomické části těla a orgány).

3. Aktivity a participace (aktivita je určitá činnost, provádění úkolu pacientem a participace je aktivní zapojení do dané aktivity – do životní, respektive společenské situace).
4. Faktory prostředí (klasifikují prostředí, ve kterém se pacient nachází a potřebuje zde překonávat limity svých aktivit, mohou být bariérové nebo facilitující (10, 27).
5. Nevýhodou MKF je časová náročnost při zpracování, test podléhá licenci a vyžaduje proškolení hodnotitelů.

Kvalita života

V současné zahraniční literatuře jsou používána pro kvalitu života anglická synonyma: „well-being“, „well-being“, „good life“. Kvalita života (Quality of life, QoL) je komplexní hodnotou, která umožňuje člověku vnímat jeho postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů. Zahrnuje úsilí člověka i společnosti o naplnění představ o životním štěstí, zájmech, spokojenosti a životní pohodě. WHO definuje kvalitu života jako individuální vnímání své životní pozice jednotlivců v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům a obavám (28). Na QoL lze obecně pohlížet z různých úhlů. Filozofický pohled vnímá QoL jako dosažení osobních cílů, realizaci sebe sama a naplnění lidského potenciálu. Sociologický pohled vnímá atributy sociální úspěšnosti a pocit jednotlivce vztahujícího se k nim. Medicína poukazuje na zdraví a funkční stav. Psychologie spojuje QoL s pohodou, štěstím, spokojeností, smyslem života atd. Každý člověk vidí smysl a kvalitu svého života v něčem jiném, proto je složité definovat i určit kvalitu života univerzálně (29). Kyung, Young a Eun prokázali pozitivní vztah mezi schopností provádět každodenní životní činnosti a kvalitou života u pacientů po cévní mozkové příhodě (30). Následky CMP se často projeví motorickým postižením, změnou emočního stavu, zhoršením komunikace, sebeobsluhy, psychiky pacienta a kognitivních funkcí. Projekce těchto poruch do sociálních funkcí může ovlivnit v různé míře kvalitu života pacienta, na kterou byl před CMP zvyklý. Pojmy jako jsou životní spokojenost, štěstí, plány do budoucna, zapojení se do volného času ve smysluplných zájmech, zkušenostech a pracovních aktivitách jsou po proděláních CMP ohroženy. K životní spokojenosti významně přispívá i práce. Je však obtížné ji zařadit, protože to, co je práce pro jednoho, může být hra nebo volný čas pro druhého. Zdraví lidé si často nedokáží svůj život představit bez práce, zábavy, hry nebo volného času. Tuto možnost by neměl ztrácet ani člověk, který prodělal cévní mozkovou příhodu (31). Komplexní

léčebný program, jehož cílem je zlepšit kvalitu života, by se měl zaměřit na funkční kapacitu po CMP(32). Kwon, Choi, Kwon, Kang a Kim dokázali, že závislost na každodenních aktivitách, deprese a nízký socio-ekonomický status tři měsíce po CMP jsou faktory, které způsobují nízkou kvalitu života tři roky po CMP (33). Optimální funkční kapacita v raných fázích po cévní mozkové příhodě je klíčem k dosažení dlouhodobé kvality života po CMP. Výzkum Jeong, Kang, Bae, Kim, Shin, Park a kol. na determinantech kvality života v akutním stadiu cévní mozkové příhody prokázal, že psychická tíseň a zhoršené kognitivní funkce vedou k nízké kvalitě života pacientů s cévní mozkovou příhodou. Jeong a kol. uvedl význam psychologické intervence pro zlepšení kvality života během akutní fáze cévní mozkové příhody. (34)

Metody hodnocení kvality života

Nejčastější formou hodnocení QoL jsou dotazníková šetření a strukturovaný rozhovor (vedený psychologem).

Obecně lze dotazníky kvality života rozdělit na: generické a specifické. Generické dotazníky jsou obecné dotazníky, které hodnotí kvalitu života nemocných bez přihlídnutí ke konkrétní diagnóze, dají se používat pacientů po zákroku, nemocných, ale i u zdravých lidí. Specifické jsou určeny pro konkrétní skupinu pacientů s určitou chorobou. Tyto dotazníky jsou cílené a identifikují pravděpodobné faktory ovlivňující život pacientů, bývají senzitivnější a přesnější (35). Většina je koncipována tak, aby je mohl vyplnit pacient sám, nebo je vyplňuje terapeut během rozhovoru s pacientem. Na obecné (generické) hodnocení QoL existují standardizované dotazníky jako Sickness Impact Scale (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), European Quality of Life Questionnaire – Version (EQ-5D), World Health Organization Quality of Life short version (WHOQOL-BREF), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), Medical Outcomes Short Form Health Survey (SF-36) nebo (SF-12), Quality of Life Profile (QLP), Assessment of Quality of Life (AQoL) aj. (36). Pro specifické hodnocení

Tabulka 2 Dotazníky kvality života

Test	Zkratka testu	Počet položek	Hodnotí	Testy dostupné
Stroke Adapted Sickness Profile Impact	SA SIP30	30	péče o tělo a pohyb, sociální interakce, mobilitu, komunikaci, emoční chování, vedení domácnosti, bdělost a chování	Bushnik T. (2011) Stroke-Adapted Sickness Impact Profile. In: Kreutzer J.S., DeLuca J., Caplan B. (eds) Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_1966
Stroke Impact Scale Version 3.0	SIS 3.0	59	fyzické a instrumentální činnosti každodenního života (ADL a IADL), sílu, mobilitu, schopnost využívat ruce, paměť a myšlení, emoce a plnění sociální role / rolí, komunikační schopnosti, participaci, percepce uzdravení	DUNCAN, P. W., D. WALLACE, S. M. LAI, et al. The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. Stroke [online]. 1999, 30(10), 2131-2140 [cit. 2021-5-10]. ISSN 00392499. Dostupné z: doi:10.1161/01.str.30.10.2131
Stroke Specific Quality of Life Measure	Test SS-QOL	49	fyzickou aktivitu a mobilitu, pocity a emoce, energii, rodinné role, jazyk, pohyblivost, péči o sebe, sociální role, myšlení, zrak, funkčnost horních končetin, náladu, osobnost, práci	ZELTZER, Lisa, 2008. Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL). In: Stroke Engine [online]. KORNER, Nicol, SITCOFF, Elissa (eds.). 19-08-2008 [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: https://strokengine.ca/en/assessments/stroke-specific-quality-of-life-scale-ss-qol/
Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure	NEWSQOL	56	pocity, péče o sebe, myšlení, pohyblivost, emoce, spánek, mezilidské vztahy, komunikaci, bolest/citlivost, zrak, únavu.	BUCK, D., A. JACOBY, A. MASSEY, N. STEEN, A. SHARMA a G.A. FORD, 2004. Development and Validation of NEWSQOL, the Newcastle Stroke-Specific Quality of Life Measure. Cerebrovascular Diseases. 17(2/3), 143-152. ISSN 10159770. Dostupné z: doi:10.1159/000075783
Stroke and Aphasia Quality of Life Scale -pro pacienty po CMP s afázií	SAQOL-39	39	fyzickou aktivitu, psychosociální stav, komunikaci, energii.	HILARI, K, S BYNG, DI LAMPING a Sc SMITH. Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39) - Evaluation of acceptability, reliability, and validity. STROKE [online]. 2003, 34(8), 1944-1950 [cit. 2021-5-10]. ISSN 00392499. Dostupné z: doi:10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED

QoL u pacientů po CMP lze využít dotazníky uvedené v tabulce 2

Hodnocení kvality života u pacientů po CMP může pomoci lépe pochopit jejich potřeby, objektivizovat nedostatky v péči a poskytnout možnost lepšího a komplexnějšího plánování terapeutické intervence ve prospěch pacienta. Významným faktorem ovlivňujícím hodnocení kvality života je doba od prodělané cévní mozkové příhody, motivace pacienta, vztahy v rodině, ale především možnost a dostupnost následné intenzivní rehabilitace. (37,38). Během prvních 6 měsíců dochází u většiny pacientů ke zlepšení zdravotního stavu a hodnocení kvality života, především pokud absolvují rehabilitaci (38,39). Nicméně až u 35 % pacientů může dojít ke zhoršení kvality života následkem recidivy CMP nebo pokud přetrvává těžší neurologický deficit (40, 41).

Projekce funkčních důsledků CMP do sociální oblasti

Následky CMP mohou vést k trvalému poškození zdraví a dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu a k dalším navazujícím sociálním událostem, jako je ztráta zaměstnání, případně nutnost změnit zaměstnání. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je definován jako dlouhodobé významné poškození zdraví, které omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti a vede ke snížené schopnosti pracovat a může vést až ke snížení společenského uplatnění. Pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok, bývá takto postiženým jedincům přiznán příslušný stupeň invalidity (40). Kritéria pro přiřazení konkrétního stupně invalidity jsou upravena zákonem a každá země má svá vlastní kritéria, podle kterých jsou občané posuzováni. V ČR jsou podle § 39 odst. 2 zákona č. 306/2008 Sb., s účinností od 1. 1. 2010 vymezeny tři stupně invalidity (41).

VÝSTUPY

Dlouhodobé dopady cévní mozkové příhody na zdraví a společenské uplatnění pacientů přináší výraznou ekonomickou zátěž pro zdravotní i sociální systém, a proto je velice důležitá koordinovaná rehabilitace. Náklady na rehabilitaci pacientů po cévní mozkové příhodě rostou s rostoucím zdravotním postižením, kdy u nesoběstačných a imobilních pacientů jsou náklady na péči mnohonásobně vyšší než u pacientů s diskretním postižením. Lidé, kteří přežili cévní mozkovou příhodu, často pociťují depresi, funkční zhoršení, snížení pohyblivosti, omezení životních rolí, nedostatek profesionální a sociální podpory, a proto se do značné míry spoléhají na léky, technické pomůcky a mají tendenci považovat zdravotníky za odborníky, kteří převezmou kontrolní roli, a to i roky po události.

Současná rehabilitační péče se zaměřuje především na zlepšení fyzického fungování, zatímco obtížím, s nimiž se setkává v každodenním životě, psychosociálním důsledkům po mrtvici, se věnuje menší pozornost. Aktuálně v České republice převládá snaha o zkrácení doby hospitalizace pacientů a jejich včasný návrat do domácího prostředí, ale není dostatečně koordinována edukace rodiny, neformálně pečujících o péči a autoterapii pacientů. V systému nám chybí nejen cílená rehabilitační intervence v domácím prostředí pacienta, ale i větší povědomí o komunitní péči, skupinách sociální podpory s dalšími osobami, které přežily mozkovou mrtvici, a lidmi, kteří porozuměli a podporovali lidi po CMP a vzájemně si předávali a vyměňovali cenné zkušenosti a zvládání strategií. Propuštění pacienta z nemocnice do domácího prostředí, které není vhodně vybaveno a přizpůsobeno jeho aktuálním potřebám, může být pro lidi po CMP z důvodu nižších funkčních schopností v oblasti aktivit a participací kritické. Nesoběstačný pacient nezvládá běžné denní aktivity a úkoly, stává se závislým na pomoci okolí. Hoffmann a spol. potvrdili, že zapojení ergoterapie zaměřené především na nácvik běžných denních činností do rehabilitačního programu výrazně zvyšuje pacientovu nezávislost, a tím i možnost jeho bezproblémového návratu do domácího prostředí. Dosažení soběstačnosti v základních běžných denních aktivitách zlepšuje nejen kvalitu života, ale snižuje i finanční náklady na péči. Pacienti po CMP mají různý stupeň zdravotních následků, a tedy i různý stupeň disability a úrovně soběstačnosti. S přihlédnutím k tomuto faktu nelze standardizovat jeden konkrétní postup rehabilitace, který by bylo možné aplikovat u všech osob s CMP. Je zřejmé, že spoléhat se pouze na nemocniční nebo ústavní rehabilitační služby je nákladné a neudržitelné. Aby bylo možné reagovat na tyto výzvy, je třeba dát přednost rehabilitačním strategiím, které podporují osoby, které přežily mozkovou mrtvici, aby maximalizovaly svůj plný potenciál zvládnout své zdraví a život po propuštění z nemocnice tak, aby žili co nejvíce kompletním a nezávislým životem. Je důležité nejen zajistit kontinuitu léčby, domácí péče a dlouhodobé rehabilitace, která je stále v ČR spíše výjimkou než pravidlem, ale i naučit pacienta se vzniklým postižením plnohodnotně žít, tak aby nezůstal pasivní, ale aktivně participoval na zlepšování svého zdraví.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. Sedova P, Brown RD, Zvolsky M, Kadlecova P, Bryndziar T, Kubelka T, et al. Incidence of Hospitalized Stroke in the Czech Republic: The National Registry of Hospitalized Patients. *J Stroke Cerebrovasc.* 2017;26(5):979-86.

2. Sedova P, Brown RD, Zvolsky M, Kadlecova P, Muzik J, Bryndziar T, et al. Incidence of hospitalized stroke in the Czech Republic from the National Registry of Hospitalized Patients. *Int J Stroke*. 2015;10(8):212.
3. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2014;2014(4):Cd001920.
4. Chen CJ, Ding D, Starke RM, Mehndiratta P, Crowley RW, Liu KC, et al. Endovascular vs medical management of acute ischemic stroke. *Neurology*. 2015;85(22):1980-90.
5. Bruthans J. Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod. *Remedia*. 2009;19(2):128-31.
6. Šaňák D, Neumann J, Tomek A, Školoudík D, Škoda O, Mikulík R, et al. Doporučení pro rekanalizační léčbu akutního mozkového infarktu-verze 2016. *Cesk Slov Neurol*. 2016;79:231-4.
7. Angerova Y, Marsalek P, Chmelova I, Gueye T, Uherek S, Briza J, et al. Cost and cost-effectiveness of early inpatient rehabilitation after stroke varies with initial disability: the Czech Republic perspective. *International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation*. 2020;43(4):376-82.
8. Švestková O. International classification of functioning, disability and health of World Health Organization (ICF). *Prague Med Rep*. 2008;109(4):268-74.
9. Švestková O, Angerová Y, Druga R, Pfeiffer J, Votava J. Rehabilitace motoriky člověka: Fyziologie a léčebné postupy; 2017.
10. Švestková O. Základní principy současné neurorehabilitace. *Neurologie pro praxi*. 2013;14(3):136-9.
11. Lamb M, Buchanan D, Godfrey C. The psychosocial spiritual experience of elderly individuals recovering from stroke: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2008; 6:173–205 pmid:21631820
12. McKevitt C, Redfern J, Mold F, Wolfe C. Qualitative studies of stroke: a systematic review. *Stroke* 2004; 35: 1499–1505. pmid:15105517
13. Reed MC, Wood V, Harrington R, Paterson J. Developing stroke rehabilitation and community services: a meta-synthesis of qualitative literature. *Disability & Rehabilitation* 2012; 34: 553–563.
14. Salter K, Hellings C, Foley N, Teasell R. The experience of living with stroke: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008; 40: 595–602. pmid:19020691
15. Kol E, Arıkan F, İlaslan E, Akıncı MA, Koçak MC. A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*. 2018;25(1):51-6.
16. Landi F, Cesari M, Onder G, Tafani A, Zamboni V, Cocchi A. Effects of an occupational therapy program on functional outcomes in older stroke patients. *Gerontology*. 2006;52(2):85-91.
17. Friedman MM, Bowden VR, EG Jones Family nursing: research, theory, and practice (fifth ed.), Prentice Hall, Englewood Cliffs. NJ 2003
18. Smith LN, Lawrence M, Kerr SM, Langhorne P, Lees KR, Informal carers experience of caring for stroke survivors *J Adv Nurs*, 46 (3) 2004, pp. 235-244
19. Sahebalzamani M, Aliloo L, Shakib A. The efficacy of self-care education on rehabilitation of stroke patients *Saudi Med J*, 30 (4) 2009, p. 550
20. Duncan PW, Horner RD, Reker DM, Samsa GP, Hoenig H, Hamilton B, et al. Adherence to postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke. *Stroke*. 2002; 33(1):167-77.
21. Taule T, Strand LI, Assmus J, Skouen JS. Ability in daily activities after early supported discharge models of stroke rehabilitation. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2015;22(5):355-65.
22. Radomski MV, Latham CAT. Occupational therapy for physical dysfunction. eighth ed: Wolters Kluwer; 2021.
23. Scherbakov N, Pietrock C, Sandek A, Ebner N, Valentova M, Springer J, et al. Body weight changes and incidence of cachexia after stroke. *J Cachexia Sarcopeni*. 2019;10(3):611-20.
24. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Chorney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart
25. Kovářová I, Oktábcová A, Gueye T, Švestková O. Cévní mozková příhoda: Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny. *Rehabilitation & Physical Medicine/Rehabilitace a Fyzikální Lekarství*. 2018; 25(3).
26. Vaňásková E. Testování v rehabilitační praxi - cévní mozkové příhody. 2004.
27. Švestková, O., Hoskovcová, S., Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví. *E-psychologie*. 2010; 4 (4): 27-40.

28. World Health Organization [Internet]. [cited 2021 AUG 25]. Available from: <https://www.who.int/>
29. Heřmanová E. Koncepty, teorie a měření kvality života [Concepts, theories and measurement of quality of life]. Praha: Slon (Czech). 2012.
30. Kyung K, Young MK, Eun KK. Correlation between the activities of daily living of stroke patients in a community setting and their quality of life J Phys Ther Sci, 26 (3) 2014, pp. 417-419.
31. Gillen G, Burkhardt A. Stroke rehabilitation: Elsevier Health Sciences; 2010
32. Gurcay E. , Bal A. , Cakci A., Health-related quality of life in first-ever stroke patients Ann Saudi Med, 29 (1) 2009, pp. 36-40 2009
33. Kwon SC, Choi JM, Kwon SU, Kang DW, Kim JS. Factors that affect the quality of life at 3 Years post-stroke J Clin Neurol, 2 (1) 2006, pp. 34-41
34. Jeong B.O., Kang H.J., Bae K.Y., Kim S.W., Kim J.M., Shin I.S., Kim J.T., Park M.S., Cho K.H., Yoon J.S., Determinants of quality of life in the acute stage following stroke Psychiatry Investig, 9 (2). 2012, pp. 127-133
35. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. Jama. 1995;273(1): 59-65.
36. Elena G. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovateľský výzkum: Grada Publishing as; 2011.
37. Hoffmann T, McKenna K, Cooke D, Tooth L. Outcomes after stroke: Basic and instrumental activities of daily living, community reintegration and generic health status. Australian Occupational Therapy Journal. 2003;50(4):225-33.
38. Škoda O, Herzig R, Mikulík R, Neumann J, Vaclavík D, Bar M, et al. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou–verze 2016. Heart. 2015;39:40.
39. Katona M, Schmidt R, Schupp W, Graessel E. Predictors of health-related quality of life in stroke patients after neurological inpatient rehabilitation: a prospective study. Health and quality of life outcomes. 2015;13:58.
40. Luengo-Fernandez R, Gray AM, Bull L, Welch S, Cuthbertson F, Rothwell PM. Quality of life after TIA and stroke: ten-year results of the Oxford Vascular Study. Neurology. 2013;81(18): 1588-95.
41. Sangha RS, Caprio FZ, Askew R, Corrado C, Bernstein R, Curran Y, et al. Quality of life in patients with TIA and minor ischemic stroke. Neurology. 2015;85(22):1957-63.
42. MPSV. CZ [Internet]. PRAHA: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. [cited 2021 AUG 25]. Available from: <https://portal.mpsv.cz/>.
43. VĚSTNIK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKE REPUBLIKY, ROČNÍK 2010, ČÁSTKA 2, vydáno: 1. března 2010, Obsah: Peče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice. [Internet]. [cited 2021 AUG 25]. Available from: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2012_6288_2510_11.html.

KONTAKT NA HLAVNÍHO AUTORA

Mgr. Marcela Dąbrowská
Ústav rehabilitace
Lékařská fakulta Ostravská univerzita
Syllabova 19,
703 00 Ostrava – Vítkovice
Marcela.dabrowska@osu.cz