ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Kvalita života pacientov po náhlej cievnej mozgovej príhode

The quality of life of patients after an acute stroke

Mária Šupínová^{a *}, Gabriela Sklenková^b^a Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva, Banská Bystrica, Slovenská republika^b Svet zdravia, a. s., Nemocnica Žiar nad Hronom, Interné oddelenie, Žiar nad Hronom, Slovenská republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2017-08-17

Received in revised form:

2017-11-15

Accepted: 2018-02-21

Published online: 2018-06-26

Keywords:

Acute stroke

Quality of life

Impact

Recovery

Domain

ABSTRACT

The way in which the quality of life of patients is limited after an acute stroke can manifest in several areas. Patients often experience disorders of the motor system, speech, cognitive skills, self-maintenance and others. The objective of the study was to determine how respondents assess the impact of an acute stroke on the quality of their lives and how they rate their recovery afterwards. A total of 100 respondents with an average age of 55.4 years were included. The study was conducted using a standardized "Stroke Impact Scale Version 3.0" questionnaire. Descriptive statistics, Mann–Whitney *U* test and Spearman's correlation coefficient, were used to analyze the data obtained. Based on statistical tests, we found a relationship between the age of respondents and the assessment of the following domains: Communication, ADL, Mobility, Hand and Participation. Dependence between the assessment of individual domains and sex was not proven. The rate of recovery of patients after an acute stroke is not associated with age ($p = -0.20$). It is significantly related to the assessment of individual domains. The quality of life, as well as the overall recovery rate of acute stroke patients, is reduced. It is not influenced by the age or sex of the patients. Age is related only to the assessment of selected areas of patient life.

S ÚHRN

Kľúčové slová:

náhla cievna mozgová príhoda

NCMP

kvalita života

dopad

zotavenie

doména

Obmedzenie kvality života pacientov po náhlej cievnej mozgovej príhode (NCMP) sa môže prejavovať vo viacerých oblastiach. Často dochádza k poruchám motoriky, reči, poznávacích schopností, sebaobsluhy a ďalším. Cieľom realizovaného výskumu bolo zistiť, ako respondenti hodnotia dopad NCMP na kvalitu svojho života a nakoľko hodnotia mieru svojho zotavenia po prekonaní NCMP. Celkový súbor tvorilo 100 respondentov, ktorých priemerný vek bol 55,4 rokov. Výskum bol realizovaný použitím štandardizovaného dotazníka „Stroke Impact Scale Version 3.0“. Na analýzu získaných dát bola použitá deskriptívna štatistika, Mann–Whitney *U* test a Spearmanov korelačný koeficient. Na základe štatistického testovania sme zistili, že existuje vzťah medzi vekom respondentov a hodnotením domén komunikácia, ADL, mobility, manuálne zručnosti a sociálne kontakty. Nebola dokázaná závislosť medzi hodnotením jednotlivých domén a pohlavím respondentov. Miera hodnotenia úrovne zotavenia

* **Korespondenční autor:** doc. PhDr. Mária Šupínová, PhD., Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva, Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, Slovenská republika; e-mail: maria.supinova@szu.sk
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.02.001>

KONTAKT XX/2: 160–167 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

pacientov po NCMP nesúvisí s vekom ($p = -0,20$). Signifikantne súvisí s hodnotením jednotlivých domén. Kvalita života ako aj celková miera zotavenia pacientov po NCMP je znížená. Nie je ovplyvnená vekom ani pohlavím pacientov. S vekom súvisí len hodnotenie vybraných oblastí života pacientov.

© 2018 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Náhle cievne mozgové príhody (ďalej NCMP) zaberajú popredné miesto v mnohých národných zdravotníckych štatistikách, a to v prevalencii, incidencii, ale aj ako príčina úmrtnosti. Podľa Brozmana et al. [1] je NCMP náhla, akútne vzniknutá fokálna alebo globálna porucha funkcie mozgu s predpokladanou vaskulárnou príčinou.

Základné klinické jednotky sú: ložisková ischemia mozgu – mozgový infarkt (LIM), spontánne intracerebrálne krvácanie (ICK), spontánne subarachnoidálne krvácanie (SAH).

Včasné odlišenie klinických jednotiek je kritické vzhľadom na rozdielnú liečebnú stratégiu pri jednotlivých typoch NCMP [2].

V rozvinutých krajinách sa prevalencia odhaduje od 200 do 600 prípadov/100 000 obyvateľov, pričom ich výskyt neustále narastá [2]. Na Slovensku vznikne ročne približne 400 nových prípadov na 100 000 obyvateľov, to znamená približne 20 000 ochorení za rok [3]. Po infarkte myokardu a zhubných nádoroch je CMP tretou najčastejšou príčinou úmrtia [4].

V Českej republike a pôvodných krajinách Európskej únie vzniká 90–160 ochorení na 100 000 obyvateľov. Po vzniku CMP tretina pacientov zomiera do 1 mesiaca, asi polovica ostáva invalidizovaná [3].

Cievny ochoreniam mozgu je celosvetovo venovaná veľká pozornosť pre ich závažný ekonomický a sociálny vplyv na pacienta, jeho rodinu a spoločnosť [5]. U 70 % prežitých pacientov zanechávajú CMP trvalé následky a u viac ako 30 % ťažkú trvalú invaliditu. Týmto sa stávajú najčastejšou príčinou invalidity predovšetkým u staršej populácie. V Európe podiel staršej populácie narastá. Predpokladá sa nárast podielu staršej populácie vo veku nad 65 rokov, čo je vek najčastejšieho rizika CMP [6].

Cerebrovaskulárne ochorenia sú zároveň druhou najčastejšou príčinou demencie u staršej populácie. Väčšina pacientov po prekonanej CMP trpí depresiami a ďalšími psychickými problémami či inkontinenciou. Súhrnne CMP predstavujú ochorenie s jedným z najväčších zdravotných a ekonomických dopadov na spoločnosť. V USA sa na liečbu pacientov s CMP vydá ročne 34,3 miliardy dolárov [6].

Dokázanými rizikovými faktormi pre vznik CMP sú hypertenzia, ochorenia srdca, diabetes mellitus, porucha tukového metabolizmu, TIA, fajčenie. Svoj podiel rizika majú aj ostatné nejednoznačne preukázané rizikové faktory: alkohol, návykové látky, životný štýl – predovšetkým obezita, fyzická nečinnosť, nevhodná diéta a emočný stres [7–9]. Kvalita života pacientov po CMP závisí od mnohých faktorov. Predovšetkým od včasnej a správne zahájenej liečby, ošetrovateľskej starostlivosti a následnej rehabilitácie. Na

obnovenie všetkých pacientových funkcií a návrat k vykonávaniu denných aktivít treba získať spoluprácu nielen pacienta, ale aj jeho rodiny a blízkych. Pacienti potrebujú v procese liečby a rekonvalescencie cítiť podporu svojich najbližších. Zmeny sa dotýkajú aj ďalšieho fungovania rodiny, ktorá sa musí vyrovnávať s náhlým ochorením blízkeho človeka a s novovzniknutou situáciou. Rodina môže v procese starostlivosti využívať služby ADOS, resp. domy ošetrovateľskej starostlivosti [10].

Po prekonanej akútnej mozgovej príhode je ďalší osud pacienta veľmi individuálny. Záleží od veku, celkovej opotrebovanosti organizmu a v neposlednom rade aj na dobe, počas ktorej mohlo toto ochorenie vzniknúť. V posledných 10 rokoch sa podľa Brozmana et al. [1] získali významné poznatky najmä v liečbe mozgových infarktov (LIM). Cieľom liečby mozgového infarktu je dosiahnuť čo najrýchlejšiu rekanalizáciu uzavretej mozgovej tepny, ktorá zapríčinila mozgovú ischemiu. Najnovšie poznatky preukázali účinnosť a bezpečnosť intravenózne trombolýzy až do 4,5 hod. od vzniku ťažkostí. Nádej na vyliečenie tak získa vyššie percento postihnutých pacientov než doteraz [2].

Okrem dlhodobej farmakologickej liečby je veľmi dôležitá rehabilitácia. Pacienti začínajú cvičiť už na nemocničnom lôžku, následne pokračujú na rehabilitačných oddeleniach. Ďalšou možnosťou je kúpeľná liečba. Rehabilitácia je zameraná najmä na nácvik chôdze, sebačinnosti a sebaobsluhy pacienta. Dôležitá je motivácia a povzbudenie do ďalšieho života [11].

Výskum

Hlavným cieľom realizovaného výskumu bolo: a) zistiť, ako respondenti hodnotia dopad NCMP na kvalitu svojho života; b) nakoľko hodnotia mieru svojho zotavenia po prekonaní NCMP.

Metodika a charakteristika súboru

Do súboru bolo zaradených celkom 100 pacientov bez ohľadu na vek, pohlavie a sociálny status. Jedinou podmienkou pre zaradenie do súboru bolo, aby bol pacient v stave po prekonanej NCMP minimálne jeden mesiac, horná hranica od prekonania ochorenia nebola stanovená. Naším cieľom nebolo porovnávať, ako sa jednotliví pacienti zotavili po náhlej cievnej mozgovej príhode, preto sme nestanovili ďalšie kritériá pre zaradenie respondentov do súboru; napr. stupeň závažnosti ochorenia, rozsah fyzického, zmyslového a psychického poškodenia, resp. spôsob rehabilitácie a iné.

Respondenti boli pre spoluprácu oslovení v neurologických ambulanciách a ambulanciách všeobecného lekára pre dospelých v okresoch Zvolen, Banská Bystrica, Žiar

nad Hronom. Výskum bol anonymný, realizovaný v rokoch 2016–2017.

Vo výskume bola použitá meracia škála Stroke Impact Scale Version 3.0 (Škála dopadu mozgovej mŕtvice) [12].

Hodnotiacia škála je v odborných publikáciách bežne používaná a jej použitie nie je viazané na predchádzajúci súhlas autorov. Účelom dotazníka je ohodnotiť, aký dopad mala NCMP na zdravie a kvalitu života pacientov, ktorí boli pred tým integrovaní a sebestační.

Dotazník je rozdelený na domény:

1. Fyzická sila (Strength);
2. Pamäť (Memory);
3. Emócie (Emotion);
4. Komunikácia (Communication);
5. Aktivity denného života (ADL);
6. Mobilita pacienta (Mobility);
7. Manuálne zručnosti (Hand);
8. Sociálne kontakty (Participation);
9. Hodnotenie zotavenia sa po mŕtvi (Stroke recovery).

Záver tvorí otázka č. 9, ktorá zisťuje, nakoľko si pacient myslí, že sa zotavil z mozgovej mŕtvice.

Bodovanie: Každá položka je hodnotená v 5-bodovej Likertovej škále v smere problému (1 = žiadny problém; 5 = neschopnosť dokončiť úlohu). Proti smeru problému bola kódovaná doména fyzická sila kde 1 = veľa sily, 5 = žiadna sila a 3 položky z domény emócie. Tieto výnimky boli pri vyhodnotení rešpektované. Súhrnné výsledky sú generované pre každú doménu. Škála hodnotenia každej domény je v rozmedzí od 0 do 100. Výsledné hodnotenie je teda možné aj v percentách. Posledná položka hodnotí celkové vnímanie svojho zotavenia respondentom. Je predkladaná vo forme vizuálnej analógovej stupnice od 0 do 100, kde 0 = žiadne zotavenie a 100 = úplné uzdravenie.

Testy spoľahlivosti dotazníka a jeho domén sme overili štandardizovaným koeficientom α podľa Cronbacha. Všetky domény dotazníka majú vysokú validitu (tab. 1).

Tabuľka 1 – Koeficient spoľahlivosti podľa Cronbacha

	α
SIS (59)	0,984
Strength	0,920
Memory	0,965
Emotion	0,877
Communication	0,970
ADL	0,966
Mobility	0,973
Hand	0,948
Participation	0,949

Výsledky

Výskumný súbor tvorilo 55 (55,0 %) mužov v priemernom veku 53,7 rokov a 45 (45,0 %) žien v priemernom veku 57,4 rokov.

1. Doména „fyzická sila“

Respondenti odpovedali na otázky: Ako by ste počas posledného týždňa ohodnotili silu vášho ramena, stisku vašej ruky, vašej nohy, chodidla/členku, ktoré boli najviac postihnuté mŕtvicou?

V hodnotení položiek domény „fyzická sila“, kde 1 je najviac sily a 5 je žiadna sila, respondenti dosahovali priemerné hodnoty skóre 2,97 v položke hodnotenie sily mŕtvicou postihnutej nohy po 3,11 v hodnotení sily svojho ramena postihnutého mŕtvicou. Najčastejšie zvolenou možnosťou odpovede v doméne 1 bola možnosť mierna sila (číselná hodnota 3).

2. Doména „pamäť“

Jednotlivé položky domény boli: „Nakoľko ťažké bolo pre vás počas posledného týždňa zapamätať si veci, ktoré vám ľudia práve povedali, ktoré sa udiali predchádzajúci deň, veci, ktoré ste mali urobiť (napr. dohodnuté stretnutie, užitie liekov a pod.), zapamätať si, aký je deň v týždni, sústrediť sa, rýchlo rozmýšľať, riešiť každodenné problémy?“

V hodnotení tejto domény dosahovali respondenti pri odpovediach na jednotlivé položky vyrovnané priemerné hodnoty skóre. Tie kolidovali od 3,04 pri položke „nakoľko ťažké bolo pre vás počas posledného týždňa rýchlo rozmýšľať?“ po hodnotu priemerného skóre 3,59 za položku „nakoľko ťažké bolo pre vás počas posledného týždňa zapamätať si veci, ktoré sa udiali v predchádzajúci deň?“ Najčastejšie zvolenou možnosťou odpovede bola možnosť „mierne ťažké“.

3. Doména „emócie“

Zisťovali sme odpovede na otázky: „Ako často ste sa počas posledného týždňa cítili smutní, mali pocit, že nemáte nikoho, kto by vám bol blízky, mali pocit, že ste ostatným na ťarchu, mali pocit, že sa nemáte na čo tešiť, vinili sa za chyby, ktoré ste urobili, tešili sa z vecí rovnako ako predtým, cítili sa dosť nervózni, mali pocit, že život sa oplatí žiť, usmievali a smiali sa aspoň raz za deň?“

V hodnotení položiek domény „emócie“ respondenti najlepšie hodnotili (2,78) položku „ako často ste sa počas posledného týždňa tešili z vecí rovnako ako predtým?“ Najhoršie (3,67) bola hodnotená v položke „ako často ste počas posledného týždňa mali pocit, že život sa oplatí žiť?“ Najčastejšie zvolenou možnosťou odpovede bola možnosť „mierne ťažké“.

4. Doména „komunikácia“

Položky domény boli: „Nakoľko ťažké bolo počas posledného týždňa povedať meno niekoho, kto stál pred vami, porozumieť tomu, čo vám bolo povedané počas rozhovoru, odpovedať na otázky, správne pomenovať predmety, zúčastniť sa rozhovoru v skupine ľudí, mať rozhovor po telefóne, zavolať niekomu cez telefón vrátane vybratia správneho telefónneho čísla a vytočenia čísla?“

Respondenti najlepšie (3,21) hodnotili schopnosť zavolať niekomu cez telefón vrátane vybratia správneho telefónneho čísla a vytočenia čísla. Mierne až veľmi ťažké bolo

pre respondentov ($d = 3,94$) počas posledného týždňa povedať meno niekoho, kto stál pred nimi. Najčastejšie zvolenou možnosťou odpovede bola možnosť „extrémne ťažké“.

5. Doména „ADL“

Doména zahŕňala otázky: „Nakoľko ťažké bolo pre vás počas posledných 2 týždňov pokračovať si jedlo vidličkou a nožom, obliecť si vrchnú časť oblečenia, okúpať sa, ostriať si nechty na nohách, prísť načas na toaletu, kontrolovať svoj mechúr (nemať nehodu), kontrolovať svoje črevá (nemať nehodu), vykonávať ľahké domáce práce (napr. utierať prach, postlať posteľ, vyniesť smeti, umyť riady...), ísť na nákup, robiť ťažké domáce práce (napr. vysávať, opraviť, pracovať v záhrade...)“

V hodnotení položiek domény „ADL“ bolo pre respondentov počas posledných 2 týždňov najťažšie kontrolovať svoj močový mechúr a črevá ($d = 3,64$ a $d = 3,67$). Paradoxne respondenti uviedli ako „trochu až mierne ťažké“ ísť počas posledných 2 týždňov na nákup. Najčastejšia možnosť odpovede bola volená možnosť „mierne ťažké“.

6. Doména „mobilita“

Mapovala odpovede na otázku: „Nakoľko ťažké bolo pre vás počas posledných 2 týždňov zostať sedieť bez straty rovnováhy, zostať stáť bez straty rovnováhy, kráčať bez straty rovnováhy, presunúť sa z postele na stoličku, prejsť 200 metrov, rýchlo kráčať, vyjsť po schodoch jedno poschodie, vyjsť po schodoch niekoľko poschodí, nastúpiť do a vystúpiť z auta?“

Respondentom robilo najväčší problém ($d = 3,78$) počas posledných 2 týždňov zostať sedieť bez straty rovnováhy. Ako najmenej zaťažujúce (2,20) bolo naopak pre respondentov počas posledných 2 týždňov vyjsť po schodoch jedno poschodie. Najčastejšie volenou možnosťou odpovede bola možnosť „mierne ťažké“.

7. Doména „manuálne zručnosti“

Respondenti hodnotili otázku: „Nakoľko ťažké bolo pre vás počas posledných 2 týždňov používať ruku, ktorá bola najviac postihnutá mŕtvicou, na to, aby ste: niesli ťažké predmety (napr. nákup), otočili kľučku na dverách, otvorili konzervu alebo zaváraninový pohár, zaviazali si šnúrkou na topánkach, zdvihli mincu?“

V hodnotení položiek domény „manuálne zručnosti“ boli odpovede respondentov vyrovnané iba s minimálnymi rozdielmi v priemerných hodnotách skóre. Pre respondentov bolo najťažšie ($d = 3,35$) používať ruku, ktorá bola najviac postihnutá mŕtvicou, na to, aby si otočili kľučku na dverách. Ako trochu až mierne ťažké ($d = 2,60$) respondenti označili používať ruku, ktorá bola najviac postihnutá mŕtvicou, na to, aby niesli ťažký predmet, napr. nákup. Najčastejšou možnosťou odpovede bola možnosť „mierne ťažké“.

8. Doména „sociálne vzťahy“

Otázka: „Koľko času ste boli počas posledných 4 týždňov obmedzení v nasledujúcich veciach: vo vašej práci (plate-

nej, dobrovoľníckej či inej), v spoločenských aktivitách, v ľahkých oddychových činnostiach (ručné práce, čítanie), v aktívnych oddychových činnostiach (šport, výlety, cestovanie), vo vašej úlohe člena rodiny a/alebo priateľa, vo vašej účasti na duchovných a náboženských aktivitách, v schopnosti kontrolovať svoj život podľa vlastného želania, v schopnosti pomáhať druhým?“

Najlepšie ($d = 2,29$) bola hodnotená položka „Koľko času ste boli počas posledných 4 týždňov obmedzení v aktívnych oddychových činnostiach (šport, výlety, cestovanie)“ Najvyššie dosiahnuté priemerné hodnoty skóre 3,23 a teda najhoršie, hodnotili respondenti položku „Koľko času ste boli počas posledných 4 týždňov obmedzení vo vašej úlohe člena rodiny a/alebo priateľa“ Najčastejšie respondenti zvolili možnosť odpovede „trochu ťažké“.

9. Doména „celkové zotavenie“

Zotavenie sa z mozgovej mŕtvice hodnotili respondenti na vizuálnej analógovej škále od 0 do 100, kde 100 znamená úplné zotavenie sa a 0 znamená žiadne zotavenie. Otázka znela: „Nakoľko by ste zhodnotili, vaše zotavenie z mozgovej mŕtvice?“

Priemerné hodnoty dosiahnutého skóre na otázku č. 9 – celkové zotavenie po cievnej mozgovej príhode na škále 0–100 bodov celým súborom bolo 56,6 bodov.

Z hodnotenia (v smere dosiahnutých hodnôt) jednotlivých domén škály celým súborom je zjavné, že najnižšiu priemernú hodnotu dosiahnutých bodov skóre a teda najhoršie hodnotenou doménou bola doména „manuálne zručnosti“ 44,2 bodov. Najvyššie priemerné hodnoty skóre dosahuje doména „komunikácia“ 65,4. Druhá najlepšie hodnotená doména bola doména „pamäť“ 57,7 bodov skóre. Nasleduje doména „emócie“ 54,5 bodov, „sila“ 51,1 bodov, ADL 49,9 bodov, mobilita 49,4, sociálne kontakty 46,1 bodov (tab. 2).

Priemerný vek mužov bol 53,7 rokov. Hodnotenie domény fyzická sila v súbore mužov bola v porovnaní s celým súborom (51,1) mierne vyššia (51,6). Vyššie priemerné skóre dosahoval súbor mužov aj v hodnotení domén pamäť (59,2), emócie (55,1), komunikácia (65,8), ADL (52,4), mobilita (52,9), manuálne zručnosti (48,2) a sociálne kontakty (48,2). Pozitívnejšie hodnotili aj celkové zotavenie po NCMP – 59,6 bodov. Súbor mužov dosahoval najnižšie bodové skóre v hodnotení domén manuálne zručnosti a sociálne vzťahy zhodne – 48,2 bodov (tab. 3).

Súbor žien dosiahol v porovnaní so súborom mužov nižšie skóre v hodnotení všetkých domén. Nižšie bolo aj hodnotenie celkovej miery zotavenia (52,9 bodov) oproti mužom (59,6 bodov). Súbor žien, rovnako ako muži, hodnotil najnižšie doménu manuálne zručnosti (39,3) a sociálne vzťahy (43,6) (tab. 4).

V tabuľke 5 sú výsledky testovania vplyvu pohlavia na skórovanie v jednotlivých doménach dotazníka a odpovede na 9. otázku (zotavenie). Žiaden výsledok nie je štatisticky významný. Nebol dokázaný signifikantný vzťah medzi hodnotením domén a pohlavím respondentov.

Testovali sme vzťahy medzi výsledkami hodnotenia otázky 9 (zotavenie), veku a jednotlivými doménami. Bola dokázaná vysoká štatistická významnosť medzi hodnotením celkového zotavenia a všetkých ostatných osem do-

Tabuľka 2 – Hodnotenie domén (celý súbor)

Domény	<i>n</i>	<i>d</i>	SD	Median	min	max	<i>dQ</i>	<i>hQ</i>
Vek	100	55,4	17,7	54,0	24,0	92,0	43,0	67,0
Sila	100	51,1	25,5	50,0	0,0	100,0	34,4	68,8
Pamäť	100	57,7	27,6	64,3	0,0	100,0	33,9	78,6
Emócie	100	54,5	20,0	56,9	11,1	88,9	38,9	69,4
Komunikácia	100	65,4	29,0	71,4	0,0	100,0	50,0	92,9
ADL	100	49,9	28,5	53,8	0,0	97,5	30,0	75,0
Mobilita	100	49,4	28,7	52,8	0,0	97,2	25,0	72,2
Manuálne zručnosti	100	44,2	28,8	45,0	0,0	100,0	22,5	70,0
Sociálne kontakty	100	46,1	26,7	50,0	0,0	87,5	25,0	68,8
Zotavenie	100	56,6	25,0	60,0	0,0	100,0	35,0	80,0

Tabuľka 3 – Hodnotenie domén (muži)

Domény	<i>n</i>	<i>d</i>	SD	Median	min	max	<i>dQ</i>	<i>hQ</i>
Vek	55	53,7	17,5	53,0	25,0	90,0	42,0	62,0
Sila	55	51,6	27,0	50,0	0,0	100,0	37,5	75,0
Pamäť	55	59,2	26,6	53,6	0,0	100,0	39,3	85,7
Emócie	55	55,1	20,6	55,6	19,4	88,9	38,9	75,0
Komunikácia	55	65,8	28,6	71,4	0,0	100,0	50,0	92,9
ADL	55	52,4	28,2	55,0	0,0	97,5	32,5	77,5
Mobilita	55	52,9	28,4	63,9	0,0	97,2	27,8	80,6
Manuálne zručnosti	55	48,2	28,6	50,0	0,0	90,0	25,0	75,0
Sociálne kontakty	55	48,2	25,4	50,0	0,0	87,5	25,0	68,8
Zotavenie	55	59,6	24,3	60,0	0,0	100,0	40,0	80,0

Tabuľka 4 – Hodnotenie domén (ženy)

Domény	<i>n</i>	<i>d</i>	SD	Median	min	max	<i>dQ</i>	<i>hQ</i>
Vek	45	57,4	18,0	58,0	24,0	92,0	46,0	67,0
Sila	45	50,6	23,8	50,0	0,0	100,0	31,3	62,5
Pamäť	45	55,8	29,0	64,3	0,0	100,0	32,1	78,6
Emócie	45	53,8	19,5	58,3	11,1	86,1	41,7	69,4
Komunikácia	45	65,0	29,8	71,4	0,0	100,0	50,0	92,9
ADL	45	46,9	28,9	52,5	0,0	95,0	25,0	65,0
Mobilita	45	45,1	28,8	50,0	0,0	94,4	22,2	63,9
Manuálne zručnosti	45	39,3	28,7	35,0	0,0	100,0	10,0	65,0
Sociálne kontakty	45	43,6	28,3	43,8	0,0	84,4	21,9	68,8
Zotavenie	45	52,9	25,6	50,0	0,0	90,0	30,0	70,0

mén. Nebola dokázaná závislosť veku a hodnotenia celkového zotavenia. Vzájomná závislosť veku bola dokázaná vo vzťahu k doménam – komunikácia, ADL, mobilita, manuálne zručnosti a sociálne kontakty (tab. 6).

Diskusia

Uzdravovanie pacienta po NCMP trvá rozlične dlho. Závisí od veľkosti ložiska, veku choreho a včasnosti zahájenia

liečby [2]. Napriek efektívnej liečbe nemusí byť vyliečenie pacienta úplné.

Následky cievnej mozgovej príhody môžu zásadným spôsobom ovplyvniť kvalitu života pacientov. Len niektorí z nich sa vracajú do života bez akéhokoľvek postihnutia. Túto nepriaznivú prognózu zotavenia sa pacientov po NCMP potvrdzujú aj výsledky realizovaného výskumu. Zotavenie respondentov podľa ich vlastného hodnotenia nedosahuje ani 60 % (tab. 2). Aj napriek tomu, že muži mali nižší vek a dosiahli v hodnotení úrovne zotavenia mierne

Tabuľka 5 – Vplyv pohlavia na skórovanie v jednotlivých doménach

Pohlavie	Z _{adj}	P(M–W)
Zotavenie/O9	1,320	0,187
Vek	–1,324	0,185
Sila	0,414	0,679
Pamäť	0,469	0,639
Emócie	0,146	0,884
Komunikácia	0,167	0,868
ADL	0,950	0,342
Mobilita	1,484	0,138
Manuálne zručnosti	1,531	0,126
Sociálne kontakty	0,780	0,435

Legenda: M–W, Mann–Whitney U test. Z_{adj} – testovacia štatistika. Hladina významnosti $\alpha > 0,05$.

vyššie hodnoty než ženy, štatistickými metódami sa závislosť zotavenia po NCMP od pohlavia ani od ich veku nepotvrdila (tab. 6).

Demografické zloženie sledovaného súboru respondentov nepotvrdilo tvrdenia Cabrala et al. [13], že CMP častejšie postihujú osoby nad 65 rokov s miernou prevahou žien (tab. 3 a 4). Zaznamenali sme nižší priemerný vek respondentov a vyvážené zastúpenie oboch pohlaví. Z výsledkov hodnotenia jednotlivých domén dotazníka vyplýva, že dôsledky NCMP sa najčastejšie dotýkajú fyzickej sily pacientov, ich mobility, čím sú obmedzené aj ich manuálne zručnosti a všetky bežné aktivity denného života. Práve tieto oblasti hodnotenia kvality života boli respondentmi hodnotené najnižšie, pričom nižšie hodnoty boli zaznamenané v súbore žien (tab. 3 a 4).

Aj podľa Staines et al. [14] dôjde približne u 2/3 pacientov po CMP k poškodeniam, ktoré zhoršujú funkciu končatín, a približne 50 % má poškodenia, ktoré spôsobujú, že sú v istých činnostiach bežného života odkázaní na druhých. Disfunkcia hornej končatiny je pre mnohých pacientov významnou prekážkou. Podľa autorov iba 5 % dospelých pacientov znovu nadobudne plnú funkčnosť hornej končatiny, zatiaľ čo u 20 % pacientov je horná končatina úplne znefunkčnená.

Aj podľa autorov El-Shennawy a El-Wishy [15] bývajú u ľudí, ktorí prekonali CMP, často zachované reziduálne motorické poruchy, ktoré znižujú ich schopnosti zmysluplnej aktivity, ako je napríklad starostlivosť o vlastnú osobu, prácu a voľnočasové aktivity.

Kim et al. [16] vo svojej štúdií uvádzajú, že približne 75 % pacientov po CMP má problémy s vykonávaním aktivít denného života. Zároveň uvádzajú, že približne 80 % pacientov postihnutých CMP po 65. roku života má chronické následky. Nakoľko sa vďaka medicínskemu pokroku znížila úmrtnosť v dôsledku CMP, zvýšil sa zároveň počet pacientov s chronickými následkami.

Po NCMP sú u pacientov veľmi časté problémy s koncentráciou a pamäťou. Doména „pamäť“ bola respondentmi hodnotená ako druhá najvyššia, napriek tomu miera hodnotenia tejto domény nedosiahla ani 60 %. Pričom muži hodnotili doménu vyššie než ženy.

Podľa McKenna et al. [17] až 90 % skúmaných pacientov s dobrou mierou zotavenia po NCMP uvádzalo, že majú problémy s rozmyšľaním a pamäťou, vrátane únavy, kognitívneho spomalenia a slabšej koncentrácie.

Výsledky štúdie zameranej na neuropsychologické testovanie pacientov po 3 mesiacoch od CMP odhalili poruchy pamäte u 20 % skúmaných pacientov. Štúdia zároveň uvádza, že pacienti s poruchou pamäte boli skôr staršieho veku [18].

Výsledky hodnotenia domény emócie poukazujú na zhoršenie emočného stavu pacientov po NCMP. Do značnej miery môže byť ovplyvnený zníženou kvalitou ich života.

Podľa Haleya et al. [19] má CMP negatívny vplyv na duševné zdravie a môže byť príčinou depresii. Depresia býva často spájaná so sociálnymi doménami.

Okrem depresie býva často prítomná aj psychická únava. Tá môže byť stresujúcim faktorom aj pre tých, ktorým sa podarilo dosiahnuť zotavenie a sú bez neurologického alebo neuropsychologického postihnutia. Pacienti trpiaci psychickou únavou sú schopní len krátkodobého duševného úsilia, po ktorom potrebujú dlhý čas na načerpanie síl. Tento stav môže so sebou prinášať ďalšie prejavy ako podráždenosť, stres a emočnú nestabilitu [20].

Doména emócie bola v našom súbore respondentov vyššie hodnotená mužmi. Zároveň bola dokázaná štatisticky významná závislosť medzi vekom respondentov a hodnotením domény emócie (tab. 6).

Afázia je niekedy prvým a jediným symptómom pacientov s NCMP. V akútnom štádiu ochorenia asi 1/3 pacientov s NCMP má afáziu. U 30–43 % z nich pretrvávajú aj v subakútnom a chronickom štádiu ochorenia [21]. Výsledky hodnotenia domény „komunikácia“ našim súborom respondentov potvrdzujú tvrdenia Tichého [21]. Miera zotavenia je v tejto doméne najvyššia zo všetkých domén, no napriek tomu dosahuje iba 65,4 %, s len minimálne vyšším hodnotením u mužov. Hodnotenie domény komunikácie je štatisticky významne závislé od veku respondentov (tab. 6).

Tabuľka 6 – Vplyv veku na skórovanie v jednotlivých doménach

r(S)	O9	vek	Sila	Pamäť	Emócie	Komunikácia	ADL	Mobilita	Manuálne zr.	Sociálne kont.
O9		–0,20	0,62	0,63	0,67	0,56	0,84	0,81	0,82	0,76
vek	–0,20		–0,12	–0,17	–0,13	–0,21	–0,28	–0,27	–0,27	–0,28

Legenda: r(S) Spearmanov korelačný koeficient; $\alpha = 0,05$.

Pacienti s poruchou reči majú vyššiu mortalitu 30 dní po CMP ako pacienti bez poruchy reči. Preto môže byť jedným z ukazovateľov pri posudzovaní závažnosti CMP. Shigematsu et al. [22] vo svojej štúdii pozorovali 50% výskyt poruchy reči u pacientov s CMP. Frekvencia výskytu poruchy reči je ťažko definovateľná. Môže obsahovať poruchy od dysartrie až po dysfáziu [22].

Aj keď CMP postihuje hlavne starších ľudí, 25 % pacientov, ktorý prekonali toto ochorenie, je mladších ako 65 rokov. Väčšina týchto ľudí je často na vrchole svojej produktivity. Práca prispieva k budovaniu osobnej identity človeka a jeho životnej spokojnosti. Ľudia, ktorí sa vracajú po tomto ochorení do práce, preukazujú výraznejšiu subjektívnu pohodu, životnú spokojnosť a menej neuspokojených potrieb. Bolo dokázané, že ľudia, ktorí sa do práce nemôžu vrátiť, trpia úzkosťami a depresiami [23]. Výsledky skúmania štatistickej závislosti medzi vekom respondentov a doménou „sociálne kontakty“ potvrdzujú tvrdenia uvedených autorov.

Odporúčania pre prax

Na základe získaných výsledkov hodnotenia kvality života pacientov po NCMP odporúčame:

- Zvýšenú informovanosť obyvateľov o prevencii, rizikových faktoroch CMP a jej možných dôsledkoch.
- Edukovať príbuzných pacientov po NCMP o spôsobe poskytovania domácej ošetrovateľskej starostlivosti, kompenzačných pomôckach, možnostiach opatrovateľskej služby, služby ADOS a kúpeľnej liečbe.
- Edukovať laickú verejnosť o význame poskytovania neodkladnej prvej pomoci pri CMP.
- Realizovaním analýzy oblastí, ktoré najviac znižujú kvalitu života pacientov po NCMP, umožniť sústreďenie pozornosti na efektívnejšie a individualizovanejšie zlepšovanie problémov.

Záver

Zotavenie pacientov po NCMP nemusí byť v každom prípade úplné. Pacienti môžu mať problémy s kontrolou svojich emócií, často sa objavuje sklúčenosť, depresia, úzkosť, strach. Okrem týchto ťažkostí môžu byť poruchy reči, psychologické problémy, poruchy intelektu, problémy s pamäťou, sociálne a rodinné problémy. Dopad nepriaznivých dôsledkov NCMP rovnako ťažko prežívajú a aj hodnotia obidve pohlavia rovnako, bez rozdielu veku. V zotavovaní môže pozitívnu, resp. negatívnu úlohu zohrávať vek, a to najmä v oblasti komunikácie, mobility, manuálnych zručností a ADL, ale aj v oblasti sociálnych vzťahov.

Prognózu ochorenia zlepšuje včasná liečba a efektívna rehabilitácia. Dôležité je získať si dôveru nielen pacienta, ale aj jeho príbuzných.

Etické aspekty a konflikt záujmov

Realizovaná štúdia nemá žiadny konflikt záujmu a pri jej spracovaní boli dodržané všetky etické aspekty výskumu.

Všetci respondenti boli informovaní o účeloch výskumu a bola dodržaná ochrana ich osobných údajov.

Dodatek A. Doplnkové údaje

Doplnková data k tomuto článku jsou dostupná v on-line verzi na: 10.1016/j.kontakt.2018.02.001.

L I T E R A T Ú R A

- [1] Brozman M, Murgáš M, Hajaš G, Göbő T. Neurológia. Martin: Osveta; 2011.
- [2] Brozman M. Liečba NCMP v akútnom štádiu – odborné usmernenie. *Via pract.* 2008;5(S4):12–16.
- [3] Dobiáš V a kol. Prednemocničná urgentná medicína. Martin: Osveta; 2007.
- [4] Kalita Z. Akutní cévní mozkové příhody. Praha: Mladá Fronta; 2011.
- [5] Šanta M, Andráši I. Vybrané kapitoly z neurológie. Bratislava: Tribun EU; 2015.
- [6] Školoudík D, Šanák D. Rekanalizační terapie akutní ischemické mozkové příhody. Praha: Maxdorf; 2013.
- [7] Feigin V. Cévní mozková příhoda. Praha: Galén; 2007.
- [8] Seidl Z. Neurologie pro studium i praxi. 2. vyd. Praha: Grada; 2015.
- [9] Kalita Z a kol. Akutní cévní mozkové příhody. Praha: Maxdorf; 2006.
- [10] Palmer S, Palmer J. Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah. Praha: Portál; 2013, pp. 15–16.
- [11] Wurstová I. Cievna mozgová príhoda – čo obnáša. *Vitae* 2008;6(4).
- [12] Stroke Impact Scale. Version 3.0; 2016. [online] [cit. 2016-05-20]. Dostupné z: <https://www.strokingengine.ca/pdf/sis.pdf>
- [13] Cabral DL, Laurentino GEC, Damascena CG, Faria ChDCM, Melo PG, Teixeira-Salmela LF. Comparisons of the Nottingham Health Profile and the SF-36 health survey for the assessment of quality of life in individuals with chronic stroke. *Rev Bras Fisioter* 2012;16(4): 301–8.
- [14] Staines WR, McIlroy WE, Brooks D. Functional impairments following stroke: implications for rehabilitation. *Current Issues in Cardiac Rehabilitation and Prevention*; 2012. [online] [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: http://www.cacpr.ca/information_for_public/documents/article3.pdf
- [15] El-Shennawy SA, El-Wishy AA. A systematic review of efficacy of mental practice in chronic stroke rehabilitation. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery* 2012;49(3):173–80.
- [16] Kim K, Kim YM, Kim EK. Correlation between the activities of daily living of stroke patients in a community setting and their quality of life. *Journal of Physical Therapy Science* 2014;26(3):417–19.
- [17] McKenna Ch, Chen P, Barret AM. Stroke: impact on life and daily function. In: Chiaravallotti ND, Goverover Y (Eds). *Changes in the brain: impact on daily life*. New York: Springer-Verlag; 2017, pp. 87–116.

-
- [18] Ferro JM, Martins IP. Memory loss. In: Caplan LR, van Gijn J (Eds). *Stroke syndromes*. New York: Cambridge University Press; 2012, pp. 212–20.
- [19] Haley WE, Roth DL, Kissela B, Perkins M, Howard G. Quality of life after stroke: a prospective longitudinal study. *Quality of Life Research* 2011;20(6): 799–806.
- [20] Johansson B, Rönnbäck L. Mental fatigue and cognitive impairment after an almost neurological recovered stroke. *ISRN Psychiatry* 2012;2012:1–7.
- [21] Tichý J. Kortikální funkce, syndromy mozkových laloků. In: Nevšimalová S, Ružička E, Tichý J (Eds). *Neurologie*. Praha: Karolinum; 2005.
- [22] Shigematsu K, Nakano H, Watanabe Y, Sekimoto T, Shimizu K, Nishizawa A, et al. Speech disturbance at stroke onset is correlated with stroke early mortality. *BMC Neurology* 2013;13:87.
- [23] Gilworth G, Phil M, Cert A, Sansam KAJ, Kent RM. Personal experiences of returning to work following stroke: an exploratory study. *Work* 2009;34:95–103.