UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO SUBARACHNOIDÁLNÍM KRVÁCENÍ

Bakalářská práce

Autor práce: **Petra Škrášková**

Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Bažantová**

2010

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE

MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

PATIENTS' QUALITY OF LIFE AFTER SUBARACHNOID HEMORRHAGE

Bachelor's thesis

Author: **Petra Škrášková**

Supervisor: **PhDr. Mariana Bažantová**

2010

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Třebusicích 26. 4. 2010 ..……

(podpis)

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Marianě Bažantové, doc. MUDr. Davidovi Netukovi, Ph. D. a Bc. Marii Vrzalové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a drahocenný čas, který mi v průběhu zpracování mé práce věnovali.

OBSAH

I TEORETICKÁ ČÁST **8**
ÚVOD **9**
CÍL PRÁCE **10**
1 KVALITA ŽIVOTA **11**
1.1 Definice pojmu **11**
1.2 Cíl studia kvality života **11**
1.3 Posouzení kvality života **12**
1.4 Metody zjišťování kvality života **13**
1.4.1 Podle toho, kdo kvalitu života hodnotí 13
1.4.2 Z hlediska podoby 14
1.4.3 Z hlediska použitelnosti 14
1.4.4 Z hlediska úrovně zkoumání problému 15
1.5 Přístupy k vymezení kvality života **15**
1.6 Psychologický pohled na kvalitu života **16**
1.7 Kvalita života po subarachnoidálním krvácení **16**
2 PORUCHY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ A ČINNOSTI MOZKOVÉ KŮRY **18**
2.1 Charakteristika pojmu **18**
2.2 Příčiny kognitivních poruch **18**
2.3 Hodnocení kognitivního deficitu po subarachnoidálním krvácení **19**
2.4 Typy kognitivních poruch **20**
2.5 Jiné poruchy činnosti mozkové kůry **20**
2.6 Škála sebehodnocení k zachycení organického psychosyndromu **22**
2.7 Medikamentózní léčba organického psychosyndromu **22**
3 SUBARACHNOIDÁLNÍ KRVÁCENÍ **23**
3.1 Mozek a jeho cévní zásobení **23**
3.2 Aneuryzma **25**
3.2.1 Definice pojmu 25
3.2.2 Incidence 25
3.2.3 Etiologie 25
3.2.4 Klinické projevy 26

3.3 Spontánní subarachnoidální krvácení 27
3.3.1 Definice pojmu 27
3.3.2 Incidence 27
3.3.3 Etiologie 27
3.3.4 Klasifikace podle Hunta a Hesse 27
3.3.5 Klinické projevy 28
3.3.6 Diagnostika 29
3.3.7 Léčba 31
3.3.8 Komplikace 36
3.3.9 Prevence 37
3.3.10 Prognóza 38
3.3.11 Subarachnoidální krvácení v graviditě 38
3.4 Ošetřovatelská péče u pacientů se spontánním subarachnoidálním krvácením 39
II EMPIRICKÁ ČÁST 43
4 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI 44
5 POUŽITÁ METODA VÝZKUMU 45
5.1 Postup při tvorbě rozhovorů 45
5.2 Zkoumaný soubor 47
6 ANALÝZA DAT 48
6.1 Analýza rozhovorů s pacienty 48
6.1.1 Věk 48
6.1.2 Přítomnost rizikových faktorů 49
6.1.3 Rodinný stav a zvládání rolí 50
6.1.4 Vztahy 52
6.1.5 Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech 54
6.1.6 Délka pracovní neschopnosti 55
6.1.7 Zaměstnání 56
6.1.8 Zvládání zátěže v zaměstnání 57
6.1.9 Spánek 58
6.1.10 Únava 59
6.1.11 Paměť 60
6.1.12 Koncentrace 61
6.1.13 Emoce 62
6.1.14 Všeobecné zpracování informací 63

6.1.15 Řešení problémů 64
6.1.16 Učení 65
6.1.17 Plánování, rozhodování a organizování činností 66
6.1.18 Orientace v prostoru a čase 67
6.1.19 Vliv změn na život pacientů 68
6.2 Analýza rozhovorů s nejbližšími příbuznými pacienta 70
6.2.1 Zvládání partnerských a rodičovských rolí 70
6.2.2 Vztahy 71
6.2.3 Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech 72
6.2.4 Poruchy kognitivních funkcí a jiných korových činností 73
6.2.5 Vliv zjištěných/ přítomných poruch na život pacientů 75
7 DISKUZE 76
ZÁVĚR 79
ANOTACE 81
ANNOTATION 83
SEZNAM PRAMENŮ 85
SEZNAM LITERATURY 86
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 90
SEZNAM OBRÁZKŮ 91
ELEKTRONICKÉ ZDROJE OBRÁZKŮ 92
SEZNAM TABULEK 93
III PŘÍLOHY 94
SEZNAM PŘÍLOH 95

I TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Již osmým rokem pracuji na neurochirurgickém oddělení a právě zde se setkávám s pacienty se subarachnoidálním krvácením (SAK). SAK je velmi závažné, náhle vzniklé onemocnění postihující především pacienty středního věku, a to z plného zdraví. I přesto není tato nemoc v povědomí laické i odborné zdravotnické veřejnosti, a proto jsem se rozhodla této problematice věnovat ve své bakalářské práci. Myslím si, že kdyby informovanost populace o varovných příznacích SAK byla vyšší, dalo by se často předejít jeho fatálním následkům.

Podle dostupných zdrojů máme možnost pečovat jen o 25% pacientů postižených tímto onemocněním. Zbylých 75% umírá časně po vzniku onemocnění nebo následkem komplikací. O to více ve mně toto onemocnění vzbuzuje respekt.

Po celou dobu hospitalizace se stáváme partnery nejen pacientům, ale i jejich rodinám, na cestě za uzdravením. O to smutnější je, pokud se v době, kdy již vidíme žádoucí výsledky, objeví právě zmiňované komplikace. Ty nás mohou vrátit nejen na začátek, ale mohou způsobit i náhlý konec pacientova života. Proto si myslím, že je velmi důležité o tyto pacienty pečovat s maximálním nasazením, pečlivě sledovat jakékoli změny v klinickém stavu a okamžitě zahájit účinná opatření. Týmová spolupráce má v těchto situacích nenahraditelnou úlohu.

Moderní ošetřovatelství sestrám umožňuje systematicky hodnotit a uspokojovat bio - psycho - sociální potřeby pacientů, a tím zlepšovat nebo alespoň udržovat jejich stávající kvalitu života. V každém pacientovi je nutné vidět osobnost, člověka s vlastními city, myšlenkami a obavami. Měli bychom být oporou jemu i jeho rodině v přijímání nepříznivých zpráv a v nelehkém průběhu nemoci.

Odměnou za naši péči je brzké propuštění pacienta do domácího léčení, který je schopný a připravený žít plnohodnotný život.

Doufám, že tato práce bude přínosem nejen pro sestry v neurochirurgii a neurologii, ale i na jiných pracovištích.

CÍL PRÁCE

Cílem mé práce je zjistit kvalitu života u pacientů po subarachnoidálním krvácení. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

CÍL TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části je

- definovat pojem kvalita života, popsat metody zjišťování a přístupy k vymezení kvality života, nastínit kvalitu života po subarachnoidálním krvácení,
- popsat poruchy kognitivních funkcí a jiných korových činností, příčiny jejich vzniku, hodnocení a typy kognitivních poruch i léčbu organického psychosyndromu,
- charakterizovat subarachnoidální krvácení, příčiny jeho vzniku, klinické projevy, diagnostické metody, léčbu a komplikace,
- popsat ošetřovatelskou péči o pacienty se subarachnoidálním krvácením.

CÍL EMPIRICKÉ ČÁSTI

Cílem empirické části je

- zjistit, zda jsou u pacientů přítomny rizikové faktory podněcující vznik aneuryzmatu a subarachnoidálního krvácení,
- zjistit, zda jsou pacienti schopni plnit partnerské a rodičovské role stejně jako v době před příhodou,
- zjistit, zda jsou klienti schopni udržovat a navazovat vztahy stejně jako v době před onemocněním,
- zjistit, zda jsou pacienti schopni zvládat zátěž v obvyklých denních činnostech i zaměstnání stejně jako v době před příhodou,
- zjistit, zda jsou přítomny poruchy v oblasti emoční a kognitivní,
- zjistit vliv poruch, jsou-li přítomny, na další život pacientů.

1 KVALITA ŽIVOTA

V životě jsme zvyklí hovořit spíše o kvantitě než o kvalitě. Kvantitu vyjadřujeme jednoduše, číselně, ale jak vyjádříme kvalitu? Kvalitou se rozumí jakost, hodnota. Tato hodnota je pro každého z nás individuální. Studie kvality života sahají až do vzdálené minulosti. Od druhé poloviny dvacátého století se začíná pojem kvality života objevovat a zkoumat v různých vědních disciplínách. (4)

1.1 Definice pojmu

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života takto: *„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“* (34, s. 11)

1.2 Cíl studia kvality života

Cílem studia kvality života je rozvíjet a podporovat životní podmínky, které by nám umožňovaly žít způsobem, který je pro nás nejlepší. Co je hodnotou pro jednoho, však nemusí být hodnotou pro druhého. Hodnocení musí zasahovat do široké škály hodnot, nejčastěji do oblasti psychické, fyzické, sociální, ekonomické, spirituální a do vlastního pocitu zdraví. (10)

Kvalita života je velmi rozsáhlý a složitý pojem. Dotýká se pochopení smyslu života, lidské existence a samotného bytí. Zkoumá materiální, sociální, psychologické, duchovní a další podmínky pro šťastný a zdravý život člověka. Pro koncept kvality života je klíčový pocit pohody, pramenící z duševní, tělesné a sociální vyrovnanosti každého jedince. Kvalita života je dána subjektivním vnímáním individuální životní reality. (34)

V současnosti je studium kvality života novým interdisciplinárním oborem, zkoumajícím kvalitu života na různých úrovních od hodnocení životní úrovně národní populace, přes porovnání potřeb specifických skupin obyvatel, až po měření individuální spokojenosti. Ve světě existují stovky publikací, tisíce článků, které se zabývají různými aspekty či stránkami kvality života. Při vymezování pojmu kvality života však panuje

nejednotnost a nejednoznačnost. V této oblasti zcela zřetelně chybí obecně přijímaný a teoreticky propracovaný model, metodologická shoda či univerzálně platná definice. Při studiu kvality života je třeba brát v úvahu vývoj, proměny v čase a prostoru, historické a kulturní kořeny, společenské souvislosti, civilizační i generační změny, náboženství a víru. (34)

1.3 Posouzení kvality života

Kvalitu života lze posuzovat v několika rovinách.

V **makrorovině** se zabýváme otázkami kvality života velkých společenských celků. Nejhlouběji se zamýšlíme nad problematikou absolutního smyslu života. Život chápeme jako absolutní morální hodnotu. Problematika kvality života se stává součástí politických úvah v problematice boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou či terorismem a investicemi do infrastruktury.

V **mezorovině** se jedná o kvalitu života malých sociálních skupin ve škole, nemocnici, domově důchodců či podniku. Jde zde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných mezilidských vztahů a uspokojování či neuspokojování základních potřeb člověka.

Osobní rovina je zaměřena na život jednotlivce. Jde o osobní - subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti a spokojenosti. Každý jednotlivec sám hodnotí vlastní kvalitu.

Čtvrtou rovinou hodnotící kvalitu života je **fyzická (tělesná) existence**. Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a porovnávat. Například jak pacient chodí před a po ortopedické operaci. Získané údaje postrádají podstatné informace pro hlubší pojetí kvality života, proto nejsou při jejím hodnocení doporučovány.

Také si musíme ujasnit, o jakou rovinu posuzování jde v oblasti nemoci. Subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti a výhledu do budoucna odpovídá naší osobní rovině. V případě, že kvalitu života hodnotí lidé, kteří jsou klientovi blízcí, se dostáváme do mezoroviny. Můžeme se tak ale dostat do situace, kdy se hodnotí jiné kvality než ty, které jsou pro klienta skutečně důležité. (4, 10)

1.4 Metody zjišťování kvality života

Je mnoho metod, kterými můžeme měřit kvalitu života. Lze je rozdělit do několika skupin.

1.4.1 Podle toho, kdo kvalitu života hodnotí

Hodnotitelem může být druhá osoba nebo sama daná osoba, a třetí možností jsou metody smíšené, tedy kombinace první a druhé metody.

- **Kvalita života hodnocená druhou osobou**

Do této skupiny řadíme metodu zvanou **APACHE II - Hodnotící systém akutního a chronicky zaměřeného zdravotního stavu**. Vychází z předpokladu, že vážnost onemocnění je možné posuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. Metoda **APACHE II** se užívá např. na jednotkách intenzivní péče, kdy se zjišťuje závažnost onemocnění pacienta ihned při jeho příjmu a do 24 hodin po jeho přijetí. Dále sem můžeme zařadit **Karnofskyho index**, s jehož pomocí lékař stavoví a vyjádří celkový zdravotní stav klienta. Tyto metody hodnotí klienta spíše z pohledu celkového stavu.

- **Kvalita života, kdy hodnotitelem je sama daná osoba**

Hodnocení kvality života pohledem druhých lidí má své výhody, ale i nedostatky. Předem stanovená kritéria nemusí být v souladu se subjektivním vnímáním klienta. Některé oblasti mohou být důležitější, proto je podstatné nejprve zjistit jeho priority a při měření kvality života brát v úvahu i osobní hlediska. Tento přístup je podkladem **metody HRQoL**.

HRQoL - Health related quality of life je metodou měření kvality života z hlediska zdraví. Zaměřuje se na vztah mezi kvalitou života a zdravotním stavem klienta. Bývá do ní zahrnována i spokojenost pacientů se zdravotnickými službami, s léčbou a jejími výsledky. Výrazně se zde promítá subjektivní vnímání, prožívání a spokojenost se sebou samým. Nejužívanějším nástrojem v hodnocení HRQoL je dotazník SF-36, který je vysoce hodnocen pro možnost zachytit i sociální rozměr kvality života. (4, 5)

Kvalitu života můžeme také zjišťovat pomocí metody **SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Program hodnocení individuální kvality života**. Tato metoda přistupuje k chápání kvality tak, jak ji subjektivně vidí dotazovaný. Závisí to tedy na jeho vlastním žebříčku hodnot, který je touto metodou zjišťován a plně respektován. V částečně strukturovaném rozhovoru se zaměřujeme na aspekty, které daná osoba považuje za podstatné. Ty se však mohou v průběhu jejího života měnit. (4, 5)

- **Smíšené metody zjišťování kvality života**

  Do této skupiny patří metody **MANSA** a **LSS**.

  Metodou **MANSA - Manchaster Shorts Assesment of Quality of Life** se zjišťuje spokojenost s vlastním zdravotním stavem, sebepojetím, sociálními a rodinnými vztahy, právním stavem, bezpečnostní situací atd. Cílem je vystihnout aktuální stav klienta a poskytnout efektivní pomoc.

  LSS je měření spokojenosti pomocí sedmistupňové vizuální stupnice. Stupně jsou uvedeny na vodorovné ose od minima (nemůže to být již horší) po maximum (nemůže to být již lepší). (4)

1.4.2 Z hlediska podoby

Z hlediska podoby můžeme metody rozdělit na

- kvantitativní (dotazníky a posuzovací škály),
- kvalitativní (rozhovor a kresba),
- smíšené.

1.4.3 Z hlediska použitelnosti

Z hlediska použitelnosti je můžeme rozdělit na metody

- obecně použitelné,
- specifické,
- použitelné v konkrétním kontextu (např. metody hodnotící kvalitu života u epileptiků). (29)

1.4.4 Z hlediska úrovně zkoumání problému

Z hlediska úrovně zkoumání problému je můžeme rozdělit na metody

- globální, které se zajímají o kvalitu života celé populace,
- generické, studující kvalitu života u definovaných vzorků populace,
- specifické pro určitý typ onemocnění či vady,
- zkoumající konkrétního jedince. (29)

Nejčastěji se zjišťují somatické, emoční, kognitivní, obecně sociální, školní a behaviorální aspekty kvality života.

1.5 Přístupy k vymezení kvality života

Kvalita života je předmětem zájmu psychologů, sociologů, medicíny, politologů, ekonomů a techniků. V minulosti byla pozornost věnována odstraňování a zmírňování útrap nemocných a chudých. Později byla zkoumána spokojenost s životem a prací. Nyní je středem zájmu měření a analýza pohody a kvality života.

Kvalita života je také o potřebách, jejich uspokojování a individuálních hodnotách. Člověka motivují jeho vnitřní potřeby, především nutnost jejich uspokojení. *„Vnitřní potřeby člověka jsou individuální, mění se v čase a ve vztahu k prostředí.“* (21, s. 8)

A. H. Maslow vypracoval hierarchický systém potřeb člověka, který zorganizoval podle jejich naléhavosti. Dle Maslowa se potřeba vyšší objevuje až po uspokojení potřeb nižších. Může však nastat situace, že člověk upřednostní některou z vyšších potřeb, i když není uspokojen potřebami nižšími.

Základní hierarchie potřeb je tvořena potřebami **fyziologickými** (potrava, voda, sex, teplo), **bezpečí a jistoty**, **sociálními** (láska, přátelství, pocit sounáležitosti), **uznání** (ocenění, prestiž, sebeúcta) a **seberealizace** (poznání, estetické potřeby). (34)

1.6 Psychologický pohled na kvalitu života

WHO Quality of Life Group navrhla **psychologickou definici kvality života**. Jde o individuální vnímání své pozice v životě, v kontextu kultury a systému hodnot, v nichž jedinec žije. Vyjadřuje vztah jedince k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům. Komplexně zahrnuje jedincovo somatické zdraví, psychický stav, přesvědčení, víru, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí. Kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jedná se spíše o pojem multidimenzionální.

Každý jedinec má svůj jedinečný pohled na kvalitu svého života. Jeho pohled závisí na aktuálním životním stylu, na minulých zkušenostech, ale i na ambicích a nadějích směrem do budoucnosti. (29)

1.7 Kvalita života po subarachnoidálním krvácení

Hlavním cílem neurochirurgů první poválečné generace v léčbě SAK byla záchrana života. Ještě v polovině 60. let nebylo zcela jasné, zda se aneuryzmata mají vůbec operovat; chirurgické výsledky byly dosti chmurné. Později, v 70. a 80. letech, se zlepšila technika, objevil se operační mikroskop a zrychlila se diagnostika. Mortalita klesla natolik, že neurochirurgy začal zajímat také výsledný neurologický deficit, ať již ve smyslu globálních poruch (vědomí) nebo fokálních poruch (hemiparézy, fatické léze).

V 90. letech se chirurgická technika stabilizovala a objevil se endovaskulární coiling aneuryzmatu. Centrem zájmu se stává nejen neurologický deficit, ale i kvalita života po prodělaném onemocnění.

Cílem sledování a léčby u nemocných se SAK je absence neurologického poškození a návrat ke dříve vykonávaným činnostem. Kognitivní, emocionální a volní změny jsou však neurology a neurochirurgy zpravidla opomíjeny a zájem o tuto problematiku se přesouvá na psychology. Psychologické vyšetřování následků SAK je však spíše ojedinělou odbornou aktivitou. (20)

„Historicky byl z pohledu psychologie a psychiatrie nejdříve zájem o psychiatrické poruchy spojené se SAK, později o neuropsychologické změny a nejnověji o změny spojené s kvalitou života. Jednou z nejstarších studií dopadu SAK na chování je výzkum 261 osob, publikovaný v roce 1967 Storeyem.“ (20, s. 28)

- **Návrat do běžného života**

K posouzení sociálního fungování se používá buď hodnocení subjektivní kvality života pacientem samotným, nebo kombinace subjektivního posouzení s posouzením pacientových blízkých. (20)

Neurologický stav pacienta je hodnocen dle **stupnice Hunta a Hesse** (stupeň I - V, kdy stupeň I odpovídá stavu bdělosti, stupeň V hlubokému komatu). *„V souborech pacientů bez významných neurologických postižení má část z nich problémy s udržením zaměstnání a řadu subjektivně vnímaných potíží, jako jsou únava, poruchy paměti a pasivita. Více než polovina pacientů s dobrým neurologickým závěrem (Hunt a Hess I - III stupně) se integruje do společnosti bez obtíží a v případě stupně I - II se téměř 90 % pacientů vrací na premorbidní úroveň fungování. Ale 24 - 60 % všech pacientů po SAK se do předchozího zaměstnání nevrací, 40 - 50 % potřebuje pomoc s běžnými domácími pracemi a 40 % má kognitivní deficit.“* (20, s. 29)

- **Vliv samotného subarachnoidálního krvácení**

„Léčebné aktivity, které neurochirurg podniká, jsou čistě preventivní. Vyřazením výdutě z cirkulace se snaží předejít další, obvykle mnohem závažnější ruptuře. Samotné SAK léčit neumíme, dokážeme pouze čelit jeho průvodním jevům, vazospazmům a hydrocefalu.“ (20, s. 30)

Nejčastějšími následky SAK jsou poruchy kognitivních funkcí, komunikačních schopností, zpomalení psychomotorického tempa, osobnostní změny a absence náhledu, poruchy volních vlastností, motivace, ztráta iniciativy a únavnost. Významnou úlohu na celkovém zdravotním stavu i kvalitě života má pacientův věk, závažnost krvácení a předoperační neurologický stav. Není však zcela jednoznačné, jakým způsobem neuropsychologické důsledky SAK ovlivňují a zasahují do každodenního života pacientů a s ním i spojené kvality života. (21)

„Kvalita života může být snížena i jinými faktory než nemocí, což řada studií neakceptuje.“ (20, s. 29)

2 PORUCHY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ A ČINNOSTI MOZKOVÉ KŮRY

Jako téma samostatné kapitoly jsem si zvolila poruchy kognitivních funkcí a činnosti mozkové kůry. Ráda bych poukázala právě na tyto poruchy, protože u vysokého procenta přeživších pacientů po SAK výrazně snižují kvalitu jejich života.

Mnoho psychologů, psychiatrů i neurologů používá pro vyjádření patologických změn duševní činnosti v důsledku poškození mozku termín **organicita, organický psychosyndrom** nebo **porucha kognitivních funkcí**. (26)

2.1 Charakteristika pojmu

Pod pojmem **porucha kognitivních funkcí** rozumíme širokou škálu projevů postižení vyšších korových funkcí. Mezi tyto funkce patří paměť, všeobecné zpracování informací, chápání souvislostí, abstraktní a logické myšlení, uvažování, řešení problémů, schopnost učení, plánování, rozhodování a organizování činností, motivace, poznávání, používání předmětů a orientace v prostoru a čase.

Mohou být **postiženy korové činnosti**, projevující se jako fatické poruchy, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, poruchy praxie (poruchy naučených pohybových dovedností, používání předmětů, pohybových stereotypů i konstrukčních schopností) či smyslové agnozie (např. neschopnost rozeznávat obličeje). Tyto poruchy se vyskytují izolovaně nebo mohou postihovat současně více funkcí, tzv. **globální kognitivní porucha**. Rozsah i závažnost postižení mohou být různé. Bývají doprovázeny změnami/ poruchami osobnosti, chování a afektivity. (35)

2.2 Příčiny kognitivních poruch

Patofyziologickým mechanismem kognitivních poruch jsou **primárně neurodegenerativní** (Alzheimerova, Parkinsonova choroba) či **sekundární** (vaskulární demence, intrakraniální expanze) strukturální změny mozku. U tranzitorních a reverzibilních poruch (hypotyreóza, delirium) jde o funkční postižení neuronu.

V obou případech nacházíme poruchu metabolismu neuromediátorů (acetylcholin, serotonin, dopamin aj.), glukózy a zhoršenou funkci postižených oblastí. (35)

2.3 Hodnocení kognitivního deficitu po subarachnoidálním krvácení

„Většina studií zkoumajících vliv SAK v dlouhodobé perspektivě, 6 měsíců až několik let, se zaměřuje na tři základní oblasti: neuropsychologický deficit, návrat do běžného života a vliv samotného SAK.“ (20, s. 28)

Do studií kognitivního deficitu nejsou obvykle zařazovány osoby nad 60 - 65 let pro vliv demence, osoby se závislostí na alkoholu nebo s psychiatrickou poruchou. Kognitivním deficitem rozumíme snížení kognitivních funkcí oproti premorbidnímu stavu. *„Deficit musí být měřitelný a kvalifikovatelný.“* (20, s. 29)

K měření kognitivního deficitu po SAK se nejčastěji používají:

- Wechslerovy inteligenční zkoušky,
- testy paměti (WAIS - R, WMS - R, AVLT),
- zkoušky premorbidního intelektu (NART),
- metoda verbální fluence,
- testy tvorby pojmu (WCST),
- řada jiných neuropsychických metod, které jsou citlivé k detekci poškození mozku.

Používání psychologických metod pro hodnocení dopadu SAK na chování zatím není ujednoceno.

„Kognitivní deficit je definován jako odchylka dvou a více standardních odchylek od běžné populační normy podle věku a pokud možno i vzdělání.“ (20, s. 29)

Neuropsychologické postižení pacientů je i po úspěšné léčbě SAK značné. Poruchy paměti, konfabulace a změny osobnosti jsou považovány za nejčastější problémy. *„Kognitivní deficity jsou neurochirurgy často přehlíženy, ale o to více vnímány pacienty samotnými a především jejich blízkými. Objevuje se také rozdíl mezi vnímáním kognitivního deficitu mezi pacienty a příbuznými.“* (20, s. 29)

2.4 Typy kognitivních poruch

Demence: je nejzávažnější kognitivní poruchou. Je definována jako komplexní klinický syndrom charakterizovaný poklesem až ztrátou globálních intelektových schopností v důsledku organického postižení mozku. Je obvykle ireverzibilní a trvale progredující. Porucha trvá nejméně 6 měsíců. Nepříznivě ovlivňuje pracovní a sociální funkce pacienta. Nejsou přítomny poruchy vědomí. V etiopatogenezi se uplatňují vaskulární, genetické, metabolické, toxické, lékové vlivy a neuroinfekce.

Mírná kognitivní porucha: *„je nově diagnostikovaná klinická jednotka, která nedosahuje hloubky ani intenzity demence. Předpokládá se, že jde o časnou fázi demence. Prognosticky 50 až 80 % nemocných během několika let progreduje do demence.*

Deprese: *je charakterizována vystupňovaným smutkem, který je často doprovázen i kognitivními symptomy (porucha paměti, bradypsychismus). Začátek je relativně náhlý, nebývají poruchy orientace ani konstrukčních schopností a léčba antidepresivy zlepší i kognitivní poruchu.*

Delirium: *je definováno jako akutně vzniklá tranzitorní globální porucha kognitivních funkcí. Od demence se liší rychlým nástupem během hodin a kolísáním kognitivní poruchy (zhoršení paměti, dezorganizované myšlení, dezorientace) v průběhu dne. Je přítomna kvalitativní porucha vědomí, pozornosti a myšlení, neklid, zvýšená psychomotorická aktivita, agitovanost nebo naopak útlum a proměnlivost příznaků. Delirium je nejčastěji vyvoláno léky, alkoholem, vysazením návykových látek, akutním onemocněním (kardiální dekompenzace, infekce, trauma), hypoxií nebo metabolickou poruchou.*

Benigní poruchy paměti: *je mírná porucha výbavnosti získané informace. Vštípivost (zapamatování) a zpracování informace až na mírné zpomalení nebývá porušeno, někdy bývá lehce snížena pozornost. Porucha je benigního rázu. Přechod do demence není častější než u běžné populace.“* (35)

2.5 Jiné poruchy činnosti mozkové kůry

Afázie: je porucha či ztráta schopnosti dorozumívat se prostřednictvím mluvené řeči. Může být přechodná nebo trvalá. (9)

Rozlišujeme čtyři základní formy afázie:

- ***Amnestická afázie:*** je nejlehčí formou afázie. Projevuje se především při určování podstatných jmen a při pojmenování viditelných předmětů. Nemocný používá pro vyjádření daného slova náhradní fráze a popisuje vlastnosti předmětů.
- ***Motorická afázie:*** se projevuje zpomalením až úplnou ztrátou řeči. Jsou přítomny poruchy opakování slov, pojmenování předmětů až komolení slov. Porozumění mluvené řeči je relativně zachováno, ale schopnost psaní je porušena.
- ***Percepční (senzorická) afázie:*** je porucha, kdy nemocný špatně nebo vůbec nerozumí mluvené řeči. Dále dochází k slovním záměnám, ke zkomolení či vyslovování nesmyslných slov. Deficit porozumění slyšené řeči je velmi výrazný.
- ***Globální afázie:*** je nejzávažnější poruchou, která představuje kombinaci symptomů expresivní a percepční afázie. Komunikace s nemocným je velmi omezená až nemožná.

Dyslexie: je porucha až ztráta schopnosti číst, tedy rozumět psané řeči.

Dysgrafie: je porucha až ztráta schopnosti psát (vyjadřovat řeč vlastním aktivním psaním). Často je přítomna afázie.

Dyskalkulie: je porucha až ztráta schopnosti počítat.

Poruchy praxie: je porucha až ztráta schopnosti provádět individuálně nacvičené účelné pohybové výkony. Porucha se projevuje často až při provádění pohybů na příkaz.

Agnózie: je porucha či ztráta poznávání při neporušeném vnímání.

- ***Optická agnózie:*** je poruchou, kdy nemocný nepoznává zrakem předměty či obrazy předmětů, ale hmatem nebo sluchem je schopen předměty identifikovat ***(agnózie objektů)***.
- ***Akustická agnózie:*** je poruchou, při níž nemocný sluchem nepozná řeč, tóny, zvuky i přesto, že má sluch v pořádku. Tato porucha je také nazývána ***psychickou hluchotou***.
- ***Asomatognózie:*** je poruchou či ztrátou schopnosti uvědomovat si existenci, polohu a části vlastního těla.
- ***Taktilní agnózie:*** je poruchou poznávání předmětů hmatem, kdy nemocný není schopen určit druh předmětů, jejich tvar či materiál. (9)

2.6 Škála sebehodnocení k zachycení organického psychosyndromu

Škálu sebehodnocení k zachycení organického psychosyndromu u cerebrovaskulární insuficience vytvořili lékaři z psychiatrické a neurologické kliniky v Rostocku: K. Friemert, A. Heydenreich, I. Manthey a H. Bernt.

Pomocí škály sebehodnocení, koncipované pro ambulantní využití, se pokusili o zachycení cerebrovaskulární insuficience v časném stádiu, aby bylo popřípadě možné zahájit profylaktická opatření. Diagnostika cerebrovaskulární insuficience v raných stádiích je pro rozmanitost potíží, na něž si pacienti stěžují, obtížná. Včasné rozpoznání choroby má rozhodující význam pro účinná terapeutická opatření, a tím i pro průběh nemoci.

Tato škála umožňuje kvantitativní hodnocení organického psychosyndromu, je vhodná i pro diferenciálně terapeutické vyšetření, popř. pro měření efektivnosti terapie. Skládá se z 25 otázek ke specifickým symptomům psychosyndromu. Pacient označí odpovědi křížkem na pětistupňové verbální škále podle intenzity: nikdy, zřídka, někdy, často, téměř stále. Při vyhodnocení testu se bere v úvahu i věková závislost (viz Příloha 1).

Autoři upozorňují na nebezpečí přecenění výsledků testu nebo zanedbání explorace, které hrozí při nekritickém používání škály sebehodnocení. Dále upozorňují na riziko možné chybné interpretace ze strany pacienta se značně sníženou organickou výkonností mozku. (11)

2.7 Medikamentózní léčba organického psychosyndromu

Nootropní léky se používají především k léčbě následků akutního organického psychosyndromu, většinou při výraznějších poruchách (závažné poruchy vědomí, dezorientace, zmatenost nebo delirium), k nimž došlo například poraněním mozku, cévní mozkovou příhodou nebo intoxikací. S hodnocením efektu kognitivních a nootropních látek na kognitivní funkce není stále dost přesvědčivých zkušeností. Poddávkování je považováno za častou chybu při léčbě nootropními léčivy.

U chronického organického syndromu (vaskulární demence) není dosud efekt klasických nootropních léků, např. piracetam, považován za zcela jistý. (32)

3 SUBARACHNOIDÁLNÍ KRVÁCENÍ

3.1 Mozek a jeho cévní zásobení

Mozek je životně důležitý orgán. Skládá se z mozkových buněk (neuronů), podpůrných buněk (gliových buněk), mozkomíšního moku a krevních cév. Spotřebuje kolem 20 % kyslíku a 50 % glukózy z tepenné krve, ačkoli váží asi jen 2 % hmotnosti těla. Neskladuje kyslík ani jiné živiny, a proto jeho správná funkce zcela závisí na jejich nepřetržité 24 hodinové dodávce z cirkulující tepenné krve. (1, 2)

„Pouhých 7 - 10 sekund přerušení tepenné dodávky krve do mozku může vyústit v nevratné poškození části mozku. Existují však určité mechanismy, které mohou v jisté míře mozkovému poškození zabránit a usnadnit zotavení. Na rozdíl od jiných orgánů má mozek svůj vlastní systém autoregulace, který zajišťuje trvalost krevní cirkulace za určitých fyziologických limitů. Pokud ale podmínky překročí tyto limity, autoregulační systém selhává a následuje cévní mozková příhoda, ***iktus****.“* (2, s. 34 - 35)

Příjem látek z periferní krve je omezen hematoencefalickou bariérou. Bez omezení prochází pouze O_2, CO_2 a voda, pro glukózu a aminokyseliny existují přenašeče. Ostatní molekuly prostupují špatně či vůbec ne. Schopnost průniku má velký význam pro účinnost léků působících na centrální nervový systém. (1, 7)

- **Tepny mozku**

Tepny jsou cévy, které přenášejí krev bohatou kyslíkem a krevními živinami do mozku. Mozek je tepennou krví zásobován dvěma velkými cirkulačními systémy. První z nich sestává ze dvou karotických tepen (arteria carotis interna sinistra/ dextra), které dominantně vyživují ***supratentoriální část*** mozku. Tento systém nazýváme ***přední mozková arteriální cirkulace***. Druhý systém, vertebrobazilární, zásobuje ***infratentoriální část*** mozku. Nazývá se ***zadní mozková arteriální cirkulace***. Oba systémy společně vytváří pod bazí mozku Willisův okruh. (1, 2)

- **Žíly mozku**

Žíly jsou cévy, které odvádějí odkysličenou krev a odpadové produkty. (2)

Žíly mozku mají tenkou stěnu a nemají chlopně, proráží pavučnici a tvrdou plenu a vlévají se do žilních splavů. Lze je rozdělit na povrchový a hluboký žilní systém. (1)

- **Obaly mozku**

Centrální nervový systém je chráněn kostěnou oporou (lebka, páteř) a vazivovými obaly (pleny mozkové). Mozkomíšní mok se nachází v prostoru mezi obaly, nadlehčuje mozek a chrání ho proti otřesům.

*„Makroskopická anatomie popisuje tři vrstvy obalů: tvrdou plenu - **dura mater**, pavučnici - **arachnoidea**, a měkkou plenu - **pia mater**.“* (1, s. 254)

Tvrdá plena je tuhá blána zásobená meningeálními tepnami. Arteria meningea media je nejčastějším zdrojem epidurálního krvácení, kdy rostoucí hematom odděluje tvrdou plenu od kosti a sekundárně tak vytváří epidurální prostor.

Pavoučnice je tenká, bezcévná blána obalující mozek, která spolu s tvrdou plenou ohraničuje subdurální prostor. Navnitř od ní je subarachnoidální prostor, v kterém se nachází mozkomíšní mok.

Měkká plena je tenká vazivová blána přiložená těsně k povrchu mozku. Sleduje všechny závity a rýhy. *„V komorách se podílí na vytvoření tela choroidea a jako plexus choroideus produkuje mozkomíšní mok. Měkká plena obaluje také cévy na povrchu mozku a vstupuje spolu s nimi do mozkové tkáně. Kolem cév existují tzv. Wirchow - Robinovy prostory vyplněné likvorem, které jsou ve spojitosti se subarachnoidálním prostorem a slouží ke kompenzaci objemových změn cév.“* (1, s. 256)

- **Komorový systém**

„Komorový systém je tvořen čtyřmi komorami. Dvě postranní komory jsou v hemisférách, třetí komora leží mezi thalamy obou stran a čtvrtá komora, která má pyramidový tvar, se nachází mezi mozkovým kmenem a mozečkem. Likvor produkovaný v postranních komorách odtéká přes foramen interventriculare do třetí komory. Z třetí komory teče přes aquaeductus mesenencephali do čtvrté komory. Ve čtvrté komoře komunikuje komorový systém otvory se subarachnoidálním prostorem.

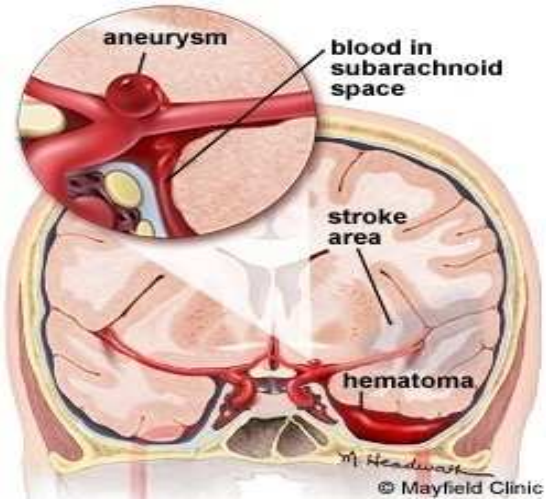
Likvoru je asi 150 ml, denní produkce je přibližně 500 ml, vstřebává se přes granulace arachnoidey do systému žilních splavů. Nadnáší mozek a vyrovnává tlakové změny vyvolané pulzací tepen. Obsahuje bílkoviny, glukózu, lymfocyty aj. Při onemocněních CNS je cenné jeho biochemické a cytologické vyšetření. Mozkomíšní mok se pro toto vyšetření odebírá nejčastěji lumbální punkcí.“ (1, s. 278 - 279)

3.2 Aneuryzma

3.2.1 Definice pojmu

Aneuryzma (AN) neboli výduť je lokální rozšíření arteriální cévní stěny. Nejčastěji jsou umístěna v oblasti Willisova okruhu a odstupů hlavních kmenů. Až 85 % AN je lokalizováno na přední mozkové arteriální cirkulaci. (15, 24) (viz Obr. 1)

Obr. 1 Aneuryzma



http://www.mayfieldclinic.com/PE-Aneur Rupt.htm [cit.2010-04-03]

3.2.2 Incidence

„Četnost výskytu mozkových AN v populaci se podle různých studií pohybuje v rozmezí 2 - 5 %. Riziko ruptury dosud nekrvácejícího AN se odhaduje na 1 - 2 % ročně.“ (15, s. 58) Asi u 15 % postižených osob je výskyt AN mnohočetný.

3.2.3 Etiologie

Etiologie vzniku vakovitých AN je multifaktoriální. Většina AN se vyvíjí během života. Častěji se vyskytují u žen a u nemocných s vrozenými nebo získanými vaskulopatiemi, jako jsou arteriovenózní malformace (AVM), anomálie Willisova okruhu, fibromuskulární dysplazie, nemoci pojivové tkáně, koarktace aorty, autosomálně

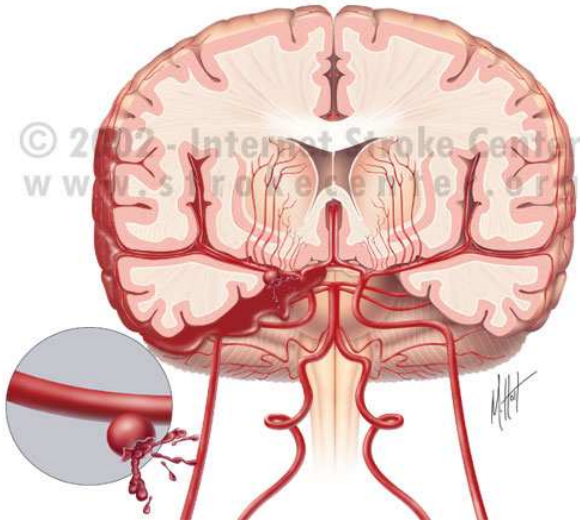
dominantní polycystické ledviny, nemoc moya - moya, bakteriální endokarditida, nádorová a zánětlivá onemocnění mozku. (8, 15)

„Kongenitální nebo získaná dispozice, popř. slabost cévní stěny, v kombinaci se zevními faktory a dlouhodobým hemodynamickým působením vede ke vzniku AN a k jejich postupnému zvětšování.“ (15, s. 58) Z dalších faktorů jsou nejvýznamnější hypertenze, kouření, poruchy lipidového metabolismu, zvýšená konzumace alkoholu, užívání amfetaminu a kokainu. (8, 15)

3.2.4 Klinické projevy

Mozková AN se mohou projevovat útlakem nebo poškozením zrakového nervu, okohybných nervů či tlakem na mozkový kmen. *„Nejčastějším a nejzávažnějším klinickým projevem mozkového AN je SAK následkem ruptury zeslabeného místa vaku.“* (15, s. 58) (viz Obr. 2) Gigantická AN se mohou projevit trombembolickou příhodou následkem uvolnění trombu z částečně trombózovaného vaku do periferního řečiště, případně epileptickým záchvatem. (15)

Obr. 2 Ruptura aneuryzmatu



http://www.strokecenter.org/patients/sah.htm [cit.2010-04-03]

„Riziko krvácení klidových výdutí je vyšší u žen, hypertoniků, kuřáků, při familiárním výskytu subarachnoidálního krvácení, u AN větších než 7 mm (podle některých autorů větších 4 mm), při přítomnosti druhotného vaku na výduti, růstu AN v čase a u AN s užším krčkem.“ (15, s. 59)

3.3 Spontánní subarachnoidální krvácení

3.3.1 Definice pojmu

„Subarachnoidální krvácení (SAK) je definováno jako přítomnost krve v subarachnoidálním prostoru.“ (13, s. 7) Jedná se o druh intrakraniálního krvácení.

3.3.2 Incidence

Incidence SAK je v České republice (ČR) přibližně 11 - 20/ 100 000 obyvatel/ rok. Všechna neurochirurgická oddělení a kliniky v ČR operují ročně okolo 400 AN. Výskyt SAK představuje asi 5 % mozkových iktů. Průměrný věk pacientů postižených SAK je 55 let. Postihuje častěji ženy. (20, 23, 24)

3.3.3 Etiologie

Původ spontánního SAK bývá z ruptury arteriálního vakovitého AN, z ruptury drobného AN u neléčené hypertenze, méně často z AN mykotického, aterosklerotického původu či různých cévních malformací, které se často vyskytují v místě větvení tepen, nejčastěji v oblasti Willisova okruhu. SAK může být provázeno intracerebrálním hematomem, hemocefalem nebo vzácně subdurálním hematomem. (15, 23)

3.3.4 Klasifikace podle Hunta a Hesse

- **Stupeň I:** Pacient je bdělý, udává minimální bolest hlavy, eventuálně mírný meningismus.
- **Stupeň II:** Pacient je bdělý, udává silné bolesti hlavy a meningismus.
- **Stupeň III:** Pacient je somnolentní a dezorientovaný. (28)

- **Stupeň IV:** Pacient je soporózní až komatózní. Jsou vyjádřené fokální neurologické zánikové jevy (hemisymptomatika, afázie) nebo počínající známky decerebrace. Je zachovaný pupilární reflex a reakce na bolest, porucha vegetativní regulace.
- **Stupeň V:** Pacient je v hlubokém komatu. Jsou přítomny známky decerebrace, eventuálně herniace mozku, vymizelý pupilární reflex. (28)

3.3.5 Klinické projevy

- **Bolest hlavy:** je typickým příznakem spontánního SAK. Vzniká náhle, je krutá, často okcipitálně lokalizovaná, dosahuje maxima během minut a trvá více než hodinu. Asi u třetiny pacientů je to symptom jediný.
- **Zvracení**.
- **Záchvatovitý stav typu grand mal**.
- **Porucha vědomí:** od stavu zmatenosti nebo somnolence po hluboké bezvědomí.
- **Meningeální syndrom (meningismus):** se projevuje ztuhlostí a bolestivostí šíje, zad a nohou. Objevuje se do 6 - 10 hodin, což je současně časová hranice pro postup volných erytrocytů do lumbálního subarachnoidálního prostoru. Dochází ke dráždění bazálních mozkových struktur, nervů a cévním spazmům. Současně vzniklá vazokonstrikce může přispívat k ischemii různých oblastí mozku. V důsledku aseptického dráždění mening se zvyšuje tělesná teplota, hodnoty obvykle nepřesahují 38°C.
- **Hypertenze, srdeční arytmie, neurogenní edém plic**.
- **Oční příznaky:** jako např. omezení pohyblivosti bulbů, rozšíření pupily a její menší reakce na osvit. Světloplachost, hyperemické spojivky, drobné hemoragie na očním pozadí a vegetativní dystonie doprovázejí závažnější typy krvácení.
- **Ložisková neurologická symptomatologie:** je patrná v přítomnosti intracerebrálního hematomu. (13, 15, 24)

První příznaky mohou být atypické, zavádějící, což může oddálit specifickou léčbu. Zmatenost nemocného může vést k jeho hospitalizaci na psychiatrii, poruchy srdečního rytmu pak k hospitalizaci na kardiologii, teprve další vývoj onemocnění odhalí skutečný původ obtíží. (15)

Je známo, že pouze u čtvrtiny pacientů s náhle vzniklou krutou, dosud nepoznanou, bolestí hlavy je prokázáno SAK. U 40% jde o benigní bolest bez zjistitelné příčiny a u zbývajících nemocných je příčina jiná (migréna, bolest spojená se sexuální aktivitou, námahou či vypětím, sekundární bolesti při cévních mozkových příhodách, infekci, intrakraniálních tumorech, intrakraniální hypotenzi, bolest metabolického původu aj.). Na základě klinických poznatků tedy nelze SAK diagnostikovat. (13)

3.3.6 Diagnostika

Nejvýznamnějším předpokladem možnosti včasného léčebného zásahu je včasná diagnóza SAK. Nerozpoznání SAK nebo jeho pozdní diagnóza mají většinou fatální klinický průběh. (18)

Diagnostické metody:

- anamnéza,
- fyzikální vyšetření,
- neurologické vyšetření,
- diagnostické metody prokazující krvácení,
- diagnostické metody prokazující zdroj krvácení.

- **Diagnostické metody prokazující krvácení**

Nativní CT vyšetření mozku

CT je základní metodou prokazující SAK. Čerstvá krev se zobrazí jako hyperdenzní náplň subarachnoidálního prostoru, kde nahrazuje hypodenzní likvor. CT by mělo být provedeno co nejdříve, protože v čase dochází k degradaci krve a stoupá pravděpodobnost falešně negativního nálezu. Zvětšení množství krve při CT kontrole při srovnání s prvním vyšetřením je známkou recidivy krvácení. Je-li nález na CT negativní a je podezření na SAK, je indikována lumbální punkce. (14)

Lumbální punkce

Lumbální punkce se provádí v lokální anestézii mezi oblouky obratlů L4 a L5, popř. L5 a S1. Měla by být provedena nejdříve po šesti, lépe až po dvanácti hodinách od začátku potíží. Při lumbální punkci je patrný vyšší tlak. Specifickou známkou

přítomnosti SAK je průkaz bilirubinu v likvoru. Likvor odesíláme ihned po odběru na biochemické, cytologické a bakteriologické vyšetření. (1, 13, 24)

Je-li SAK pomocí CT nebo lumbální punkce prokázáno, je třeba pátrat po jeho zdroji. (14)

- **Diagnostické metody prokazující zdroj krvácení**

Neinvazivní metody

V současnosti se k průkazu zdroje krvácení používají přednostně. Posloupnost těchto vyšetření závisí na technickém vybavení pracoviště.

CT angiografie (CTA): je nejčastěji doporučovaným prvním vyšetřením, které může přímo navázat na nativní CT mozku. Výhodou CTA je zejména rychlost, minimální invazivita a dostupnost. Nevýhodou je radiační zátěž a nutnost podání jodové kontrastní látky, spojené s možnými nežádoucími účinky. Součástí výkonu je trojdimenzionální (3D) rekonstrukce obrazů cévního řečiště zásobujícího mozek.

MR angiografie (MRA): využívá se méně často. Výhodou je zejména nulová radiační zátěž, není nutné podání kontrastní látky. Nevýhodou je delší čas vyšetření, existence většího množství kontraindikací a horší kontrola pacientů, kteří bývají ve špatném stavu a jsou často neklidní.

Invazivní metody

Digitální subtrakční angiografie (DSA): je invazivní metoda spojená s radiační zátěží nemocného i vyšetřujícího personálu, s riziky spojenými s intraarteriální punkcí a katetrizací. Je nutné podání jodové kontrastní látky, spojené s možnými nežádoucími účinky. Je to metoda nejpřesnější, spolehlivá i při odhalování drobných AN. Provádí se z diagnostických důvodů, buď při negativním nebo nejasném nálezu CTA či MRA, a těsně před navazující intervenční radiologickou technikou - ***coilingem*** AN. (14)

Na základě nálezu je pacient hospitalizován na příslušném oddělení, ARO či neurochirurgické jednotce intenzivní péče.

3.3.7 Léčba

V současné době jsou tři možnosti přístupu k léčbě mozkových výdutí, a to léčba konzervativní, endovaskulární a neurochirurgická. Volba léčebné metody je vždy multidisciplinární týmové rozhodnutí, kterého se zúčastní neurochirurg, neuroradiolog a intenzivista. Mezi faktory ovlivňující rozhodnutí patří věk, tíže klinického nálezu (podle Hunta a Hesse), přidružené choroby, jako jsou např. hypertenze, ICHS, nikotinismus, ethylismus, diabetes mellitus a plicní choroby.

Z výsledků zobrazovacích metod je důležitá závažnost SAK na CT, přítomnost intracerebrálního nebo komorového krvácení, lokalizace AN, velikost vaku a šířka krčku, jeho vztah k odstupujícím větvím a stav cévního řečiště (sklerotické změny).

Se zdokonalením mikrochirurgické techniky se výrazně zlepšily výsledky neurochirurgických intervencí a významně klesla mortalita a morbidita výkonů. Přes veškerý léčebný pokrok však bylo prokázáno, že 66 % pacientů, operovaných pro krvácející intrakraniální AN, má zřetelně sníženou kvalitu života. Operace by měla být načasována co nejdříve v období nízkého rizika vazospazmů, tj. do 72 hodin. Nejvýznamnějším předpokladem možnosti včasného léčebného zásahu je včasná diagnóza SAK, tzn. rozpoznání první ruptury AN. (15, 18)

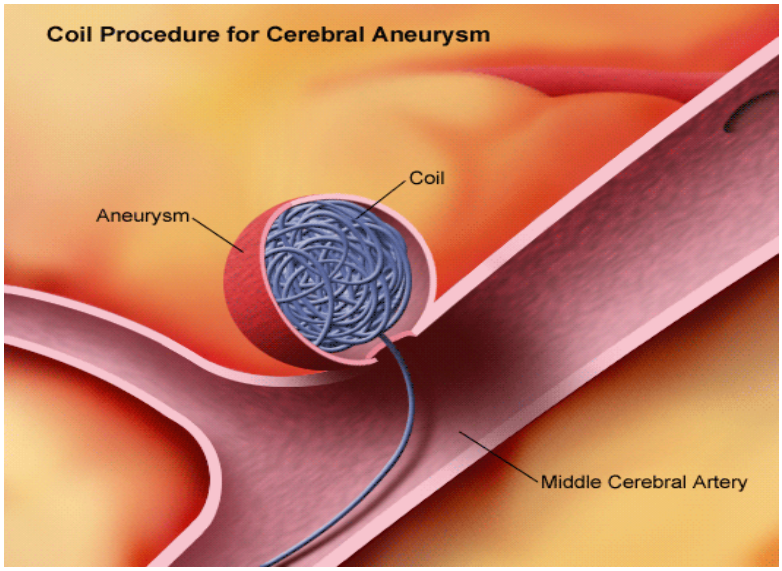
- **Endovaskulární léčba**

Endovaskulární léčbě dáváme přednost u aneuryzmat ve vertebrobazilárním povodí, které mají vyšší operační riziko, u AN v karotickém povodí u pacientů ve vyšším věku, s přidruženými chorobami a s vyšším rizikem pro chirurgickou léčbu, u pacientů v těžším stavu následkem SAK a u hrozících vazospazmů. (15)

Coiling

V intervenční neuroradiologii je ***coiling*** jednou z nejnovějších metod. Cílem této léčby je vyřadit výduť na mozkové tepně z oběhu pomocí instrumentaria zaváděného cévním řečištěm při zachování průchodnosti přívodné tepny. K uzávěru výdutě se používají nejčastěji platinové elektricky odpoutatelné spirálky (coily). Jedná o metodu velmi šetrnou, při které není vůbec manipulováno s mozkovou tkání. (15, 31) (viz Obr. 3., s. 32)

Obr. 3 Coiling aneuryzmatu



http://www.columbianeurosurgery.org/2009/12/results-from-first-iml-aneurysm-coiling-v-clipping-still-a-toss-up/ [cit.2010-03-26]

Příprava před výkonem: Lékař nemocnému vysvětlí podstatu a výhody výkonu, seznámí ho s předpokládanou úspěšností výkonu a s možnými komplikacemi. Pacient, pokud s výkonem souhlasí, podepíše informovaný souhlas. Zajistíme kompletní biochemické a hematologické vyšetření (krevní obraz, koagulace), krevní skupinu, interní, neurologické a anesteziologické konzilium. Vyholíme nemocnému třísla, zavedeme periferní žilní a permanentní močový katétr, vyjmeme zubní protézu, popř. kontaktní čočky. Pacient by měl být lačný. Podáme premedikaci dle ordinace lékaře (Dithiaden) k prevenci vzniku alergické reakce na kontrastní látku. (15)

Průběh výkonu: Výkon je prováděn v celkové anestezii v poloze na zádech. Výhodami jsou klid pacienta, kvalitní angiografie v průběhu výkonu, vyloučení nebezpečných pohybů při katetrizaci, snazší a rychlejší léčba případných komplikací. V průběhu výkonu jsou monitorovány krevní tlak, dech, tepová frekvence, křivka EKG a pulzní oxymetrie. (15)

Coiling je prováděn za skiaskopické (rentgenové) kontroly. Průběh výkonu je zaznamenáván v digitální formě. Po nápichu a. femoralis je pomocí vodícího katétru do vaku AN zaveden takový počet coilů, aby byl vak vyplněn a došlo k výraznému zpomalení krevního průtoku, které tak vytvoří vhodné prostředí ke ztrombotizování AN. (15, 19, 31)

Po skončení výkonu je z tepny vytažen zavaděč (sheath). Místo vpichu je stlačeno k zástavě krvácení a přiložen kompresívní obvaz k prevenci krvácení. Sledujeme hybnost, prokrvení, citlivost a pulzaci tepen na dolních končetinách. Sheath může být v indikovaných případech ponechán k případným dalším léčebným postupům.

Po výkonu je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče ke sledování vědomí, hybnosti, citlivosti, schopnosti řeči, funkcí smyslových orgánů, místa vpichu, subjektivních potíží a doléčení. Délka následné léčby závisí na stavu pacienta před výkonem (krvácející nebo nekrvácející AN) a průběhu výkonu.

Komplikace: V souvislosti s endovaskulárním výkonem rozlišujeme komplikace periprocedurální (v průběhu výkonu) a postprocedurální (po výkonu). Endovaskulární léčba může přinést nečekané komplikace, jejichž řešení si může vyžádat další invazivní léčebné postupy nebo akutní operaci.

Obecné komplikace angiografie:

- embolizace do mozkových či jiných tepen,
- hematom v místě vpichu,
- zkrat mezi stehenní tepnou a žilou,
- trombóza stehenní tepny nebo žíly,
- embolizace trombu do periferie končetiny,
- alergická reakci na kontrastní látku,
- poškození funkce ledvin. (15)

Komplikace ve vztahu k uzávěru výdutě:

- poškození tepny nebo stěny výdutě,
- zúžení až uzávěr tepny,
- předčasné uvolnění nebo vyklouznutí zaváděné spirálky do řečiště mimo výduť s možným uzávěrem části mozkového řečiště,
- uvolnění krevní sraženiny z výdutě, stěny cévy nebo z vrcholu vodícího katétru nebo mikrokatétru s možným uzávěrem části mozkového řečiště. (15)

Stenting

Stent je drátěná síťka ve tvaru trubice, kterou je možné rozvinout v daném místě určení. Nejsou metodou první volby, spíše se používají ve vzácnějších indikacích, jako je

například remodelace širokého krčku nebo přestentování AN, které nemá krček. Po jejich usazení je okem stentu zaveden do výdutě hrot mikrokatétru a výduť je bezpečně vyplněna spirálami. (31)

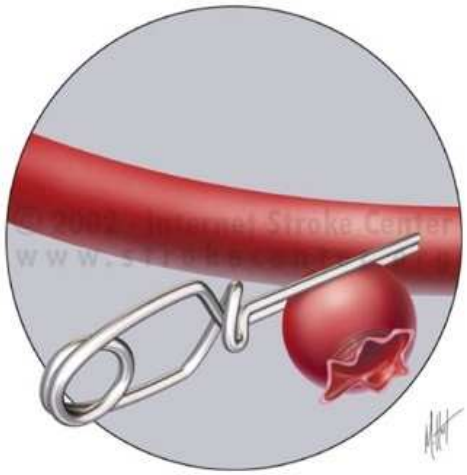
- **Chirurgická léčba**

Neurochirurgická léčba je preferována u pacientů s intracerebrálním hematomem, který je nutno evakuovat, u AN s nepřehledným krčkem, u některých široce nasedajících AN a u AN, u nichž endovaskulární léčba nebyla dostupná nebo selhala. (15)

Clipping

Je považován za nejspolehlivější způsob vyřazení výdutě z oběhu. Jedná se o otevřený neurochirurgický přístup a uzávěr AN kovovou cévní svorkou. Pouze asi 4% všech výdutí není možné ošetřit svorkou. (31) (viz Obr. 4)

Obr. 4 Clipping aneuryzmatu



http://www.popovic.com.au/surgery_cranial_conditions.html [cit.2010-03-26]

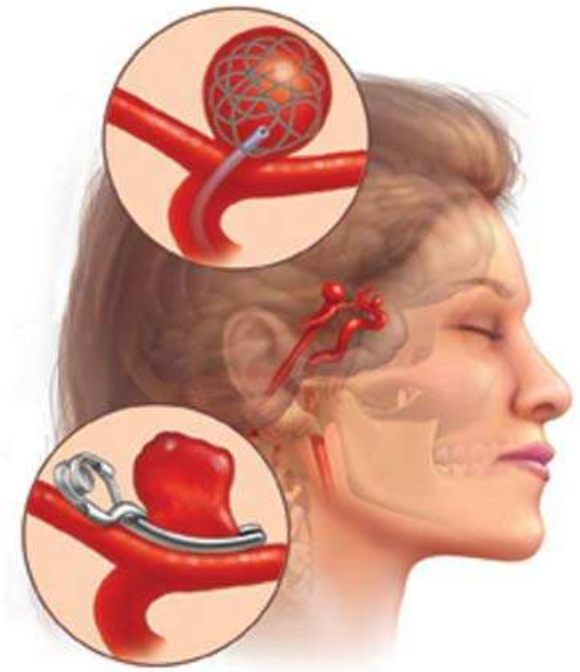
Při operaci je nutné zabezpečit co nejlepší ošetření výdutě - tj. její definitivní vyřazení z oběhu a současně zabránit tomu, aby byla svorkou stisknuta jiná céva. Metoda dopplerovské ultrazvukové kontroly průtoku ve vaku AN a okolních mozkových tepnách je neinvazivní, šetrný, časově nenáročný způsob, jak rychle ověřit naložení svorky na krčku výdutě. Přímá dopplerometrie je považována za významnou technickou pomůcku v chirurgii zejména anatomicky složitějších AN. (16)

Indikace k typu výkonu je výsledkem týmového mezioborového rozhodnutí. Vychází zejména z klinického stavu pacienta a ze zhodnocení typu a uložení výdutě. Je-li

to technicky možné a je-li v individuálním případě za přijatelného rizika proveditelná endovaskulární i neurochirurgická léčba, má pacient možnost volby z obou metod. (viz Obr. 5)

Obr. 5 Clipping a coiling aneuryzmatu

http://www.mayoclinic.org/medicalprofs/neurointerventionalist-ncn0109.html [cit.2010-03-26]



- **Konzervativní léčba**

Konzervativní léčba je volena v případě, že AN není některou invazivní metodou řešitelné nebo rizika invazivní léčby převyšují riziko krvácení při přirozeném průběhu onemocnění. Tento typ krvácení nelze nijak zásadně konzervativně léčit. Hematom se časem sám vstřebá, záleží vždy na průběhu a závažnosti krvácení a na kondici nemocného. (15, 30)

Terapie spočívá v naprostém klidu na lůžku po dobu 4 - 6 týdnů v tiché, zatemněné místnosti. Vyloučíme činnosti spojené se zvýšením intrakraniálního tlaku: Tlumíme bolesti, pečujeme o vnitřní prostředí, hydrataci a vyprazdňování. Sledujeme hodnoty krevního tlaku a léčíme případnou hyper/ hypotenzi. Podáváním Nimodipinu se snažíme snížit intenzitu i následky vazospazmů. V akutní fázi je aplikován parenterální cestou (Dilceren inj.) a po úpravě stavu přecházíme na perorální formu (Nimotop S tbl.). Doba podávání Nimotopu S je závislá na stavu nemocného, pohybuje se okolo 21 dnů. (19, 33)

3.3.8 Komplikace

Hydrocefalus: vzniká v prvních 72 hodinách po krvácení (akutní hydrocefalus), nejčastěji ucpáním zúžených míst v likvorových cestách, nebo později (chronický hydrocefalus), i v odstupu několika týdnů, díky zhoršenému vstřebávání mozkomíšního moku následkem krvácení. Dochází k rozšiřování komorového systému na úkor mozkové tkáně spolu s dalšími příznaky zvýšeného nitrolebního tlaku. (1, 8, 22)

Akutní (obstrukční) hydrocefalus léčíme zavedením zevní komorové drenáže. Tento typ hydrocefalu je obvykle přechodný.

Chronický (neobstrukční hyporezorpční) hydrocefalus se léčí pomocí zkratových operací - ventrikuloatriální, ventrikuloperitoneální nebo lumboperitoneální shunt.

Recidiva krvácení (rebleeding): riziko nového krvácení již prasklého AN je největší v prvních 24 hodinách po ruptuře a ve 3. týdnu onemocnění. Jeho průběh a následky jsou obvykle klinicky závažnější než při prvním krvácení. Prevencí recidivy SAK je rychlé ošetření AN chirurgickou či endovaskulární cestou. (8, 18)

Vazospazmy: hlavní příčinou vzniku vazospazmů je zúžení mozkových arterií reagujících spazmem na rozpadové produkty hemoglobinu. Pokud jsou vazospazmy velmi silné, dochází ke zhoršenému zásobení mozku krví a tím i kyslíkem. Postižená oblast mozku může odumřít podobně jako při ischemické cévní mozkové příhodě s následným neurologickým deficitem. Tento stav nazýváme pozdní ischemický deficit. Varovnými příznaky jsou nápadná spavost nebo dezorientace u nemocného, který se zotavuje z první ataky krvácení.

Pohotovost ke spazmům je vysoká mezi 3. a 10. dnem po vzniku krvácení. Diagnostikujeme je pomocí transkraniálního dopplerovského vyšetření (TCD) nebo digitální subtrakční angiografie (DSA). Různý stupeň zvýšených průtokových rychlostí lze detekovat po 72 hodinách od SAK až u 70 % pacientů, klinicky však manifestují jen v 30 %. (8, 12, 15)

Prevence vazospazmů: Vazospazmy se zhoršují ve zpřímené poloze, proto musí pacienti se SAK ležet. Dále je třeba zajistit dostatečný intravaskulární objem adekvátní hydratací a zabránit poklesu systémového krevního tlaku. Medikamentózní prevencí je

podávání blokátorů kalciových kanálů L - typu nimodipinu (Nimotop, Dilceren). Vedlejšími účinky jsou systémová hypotenze a bradykardie, proto je třeba nemocného během léčby pečlivě monitorovat.

Léčba vazospazmů: podstatou 3 - H terapie je indukce hypertenze, hypervolémie a hemodiluce. S terapií můžeme začít až po ošetření AN! Cílem léčby je optimalizovat mozkový průtok v ischemických oblastech. Hypervolemie a hemodiluce dosáhneme dostatečným podáváním infuzních roztoků (krystaloidy, koloidy). Indukované hypertenze 20 - 30 torrů nad normu nemocného docílíme podáváním vazopresorů (noradrenalin, tensamin). V žádném případě není vhodný pokles krevního tlaku pod normu nemocného. Přijmeme opatření směřující k snížení intrakraniálního tlaku, jako například elevace hlavy a antiedematózní léčba. Nemocné pečlivě monitorujeme. Mezi rizika 3 - H terapie patří kardiální selhání, plicní edém, elektrolytový rozvrat i ruptura neošetřeného AN. (8, 12, 15)

3.3.9 Prevence

- **Primární prevence**

„Ideální situací by byla primární prevence SAK, to znamená léčit nemocné, u kterých SAK ještě neproběhlo, tj. před rupturou AN.“ (18, s. 79) V současné době jsou AN často nalezena při MRA nebo CTA, které byly provedeny z jiné indikace. *„Neprasklé AN bývá relativně často nalezeno při angiografickém vyšetření u přímých příbuzných nemocného s již zjištěným prasklým AN.“* (18, s. 79) Provádění screeningových MRA vyšetření u všech obyvatel, jako v některých bohatých zemích s vysokým výskytem AN (Japonsko), není v České Republice reálné a racionální.

- **Sekundární prevence**

Sekundární prevencí je ve většině případů léčebný zákrok na AN, to znamená, že léčíme nemocného s prasklým AN a SAK. Podstatou terapie SAK, neurochirurgické či endovaskulární, je co nejvčasnější vyřazení vaku AN z oběhu. Tímto zabráníme vzniku opakovaného krvácení. (18)

3.3.10 Prognóza

„Prognóza krvácející výdutě je nepříznivá. Část pacientů, 10 – 15 %, se SAK umírá dříve, než jsou přijati do nemocnice, většinou na následky akutní intrakraniální hypertenze na podkladě edému mozku, intracerebrálního hematomu a masivního hemocefalu nebo následky akutního respiračního selhání s edémem plic. Dalších 5 – 10 % umírá následkem masivního krvácení v průběhu prvních 24 hodin. Celková mortalita pacientů se SAK se pohybuje v rozmezí 30 – 50 %, u neléčených výdutí je až 60 %.“ (15, s. 59)

Z 35 % přeživších pacientů zůstává až 50 % závislých na pomoci jiné osoby při běžných denních aktivitách. Až polovina pacientů s „dobrým“ výsledkem není pro psychické a kognitivní poruchy schopna návratu k původnímu pracovnímu zařazení. (8)

„Pro prognózu je významný stav pacienta bezprostředně po vzniku krvácení, hodnocený podle stupnice Hunta a Hesse. Pacienti se závažnější poruchou vědomí a neurologickým deficitem mají výrazně horší prognózu. Hlavní příčinou úmrtí v období po přijetí do nemocnice jsou recidivy krvácení a vazospazmy.“ (15, s. 59)

3.3.11 Subarachnoidální krvácení v graviditě

Výskyt SAK jako následek ruptury intrakraniálního AN v graviditě je velice vzácnou, ale závažnou komplikací. Podílí se značnou mírou na nepřímé mateřské mortalitě. Nejčastěji se vyskytuje ve třetím trimestru gravidity, v šestinedělí a u primigravid. Frekvence výskytu se pohybuje mezi 1/ 1100 až 1/ 25 000 těhotenství.

Průměrný věk ruptury intrakraniálního AN s následným SAK je u žen okolo padesátého roku života. Z tohoto důvodu se SAK v těhotenství vyskytuje velmi zřídka. Těhotenství by nemělo zvyšovat riziko výskytu SAK. Podle některých autorů je ale toto riziko v těhotenství až 2,5 vyšší. Hlavní roli zde mohou hrát hormonální, hemodynamické a hemokoagulační změny mateřského organismu během těhotenství.

Klinickými příznaky může SAK imitovat eklampsii. Stav těhotné i plodu může být ohrožen nesprávnou a pozdní diagnózou tohoto závažného stavu. Na místě je promptní diagnostika a mezioborová spolupráce se zkušeným neurochirurgem a anesteziologem.(17)

3.4 Ošetřovatelská péče u pacientů se spontánním subarachnoidálním krvácením

Ošetřovatelská péče o pacienty se SAK je pro ošetřující personál velmi náročná po psychické i fyzické stránce. Práce je rozmanitá a klade vysoké nároky na vzdělání a profesionální přístup.

Po prostudování odborné literatury a dostupných informačních zdrojů jsem zjistila, že péče o pacienty se SAK není dosud ujednocena standardem. Vychází z aktuálních individuálních potřeb a celkového stavu nemocného. Z tohoto důvodu se v této části mé práce zabývám ošetřovatelskou péčí tak, jak ji realizujeme v Ústřední vojenské nemocnici (ÚVN) Praha na Neurochirurgické klinice.

V ÚVN přijímáme pacienty se SAK ve stavu

- **při vědomí, spontánně ventilující na jednotku semiintenzivní péče (SIP) neurochirurgické kliniky,**
- **s poruchou vědomí, s umělou plicní ventilací (UPV) na ARO nebo JIP.**

Po dohodě s vedoucím lékařem SIP, JIP, ARO nebo se službu konajícím lékařem jsou pacienti na tato oddělení přijímáni z péče rychlé záchranné služby, z jiného zdravotnického zařízení či z jiných oddělení nemocnice.

Cílem intenzivní léčby SAK je zahájení včasné léčby, zajištění dostatečného zásobení tkání kyslíkem, krevního oběhu, prevence vzniku a léčba mozkového edému a dalších komplikací SAK.

Cílem ošetřovatelské péče je včasné odhalení změn v neurologickém stavu, hodnotách fyziologických funkcí pacienta a bezprostřední informovanost lékaře, uspokojování bio - psycho - sociálních potřeb nemocného a holistický přístup.

Příjem pacienta

Po přijetí pacienta na oddělení je provedeno vstupní lékařské a sesterské vyšetření a zahájena adekvátní léčba.

Veškeré informace jsou zaznamenávány do dokumentace, jejíž součástí musí být i podepsaný **informovaný souhlas s hospitalizací**. V případě, že **porucha vědomí nebo špatný celkový zdravotní stav** pacientovi neumožňuje tento souhlas podepsat či vyslovit,

je vyplněn patřičný formulář (Hlášení soudu), který je do **24 hodin**, popř. první následující pracovní den, odeslán faxem na příslušný obvodní soud. Je zahájeno **detenční řízení**. Formulář spolu s potvrzením o odeslání založíme do pacientovy dokumentace.

Rozsah poskytované ošetřovatelské péče je na odděleních intenzivní péče závislý na závažnosti SAK a na celkovém zdravotním stavu pacienta. (3)

Dle celkového stavu pacienta zajistíme

- **dostatečnou oxygenaci organismu** podáváním kyslíkové terapie u nemocného, který má zachované spontánní dýchání (*pomůcky:* kyslíkové brýle, maska aj.) a **průchodnost dýchacích cest** (*pomůcky:* vzduchovod, laryngeální maska, kombirourka, tracheální rourka, tracheostomie). Pacienti s UPV jsou hospitalizováni na JIP nebo ARO.
- **kontinuální sledování základních životních funkcí včetně neurologického stavu,**
- **zavedení, asistence při zavádění, ošetřovatelská péče o invazivní vstupy** (periferní žilní katétr, centrální žilní katétr, arteriální katétr),
- **zavedení, asistence při zavádění, ošetřovatelská péče o neinvazivní vstupy** (nazogastrická sonda, permanentní močový katétr),
- **odběr biologického materiálu na biochemické, hematologické, sérologické, virologické a bakteriologické vyšetření,**
- **vstupní hygienický filtr,**
- **natočení 12 svodového EKG,**
- **konziliární vyšetření** (interní, anesteziologické aj.),
- **diagnostické vyšetřovací metody** (CT, CTA, DSA, lumbální punkce aj.),
- **veškerou ošetřovatelskou a lékařskou péči vedoucí ke stabilizaci celkového stavu pacienta.**

Zdravotní stav nemocného se neustále vyvíjí, stejně tak i jeho potřeby a nároky na ošetřovatelskou péči. (3)

Mezi základní potřeby pacienta v intenzivní péči patří

- **potřeba dýchání:** Zajistíme dostatečnou oxygenaci organismu a průchodnost dýchacích cest. Kontinuálně monitorujeme a zaznamenáváme základní životní funkce (krevní tlak, pulz, změny na EKG, saturaci hemoglobinu kyslíkem, popř. ET CO_2). Dle standardu, zvyklostí oddělení a dle potřeby zajišťujeme odběry krevních plynů a acidobazické rovnováhy. Dále sledujeme frekvenci, amplitudu a rytmus dýchání pacienta, kašel a vykašlávání.
- **potřeba výživy:** je základní biologickou potřebou nezbytnou pro udržování homeostázy v organismu a k udržení života.

  Enterální výživa: je podávána u pacientů při vědomí, kteří jsou schopni perorálního příjmu. Strava by měla být lehká, dobře stravitelná, nedráždivá a nenadýmavá. Zajistíme dostatek tekutin; vhodné jsou slabé čaje, kvalitní voda a ovocné šťávy. Tekutiny musíme trvale nabízet, pacienti mají oslabený pocit žízně. U ležících nemocných je zvýšené riziko aspirace, proto provádíme dostatečná preventivní opatření, jako například vhodná poloha, zvýšený dohled při jídle a pití, přítomnost personálu u lůžka. Dle stavu nemocného zajistíme dopomoc při jídle/ pití nebo krmení.

  Umělá enterální výživa: je indikována u pacientů, kteří nejsou schopni příjmu per os. Stravu podáváme pomocí nazogastrické/ nazojejunální sondy, enterální sondy, perkutánní endoskopické gastrostomie či jejunostomie.

  Parenterální výživa: je indikována při nemožném perorálním příjmu, neúčinnosti nebo kontraindikaci enterální výživy nebo v případě, že ji pacient špatně snáší.
- **potřeba vyprazdňování:** je další základní biologickou potřebou člověka a fyziologickou funkcí organismu. U pacientů se SAK dbáme na pravidelné vyprazdňování stolice, a to minimálně jednou za tři dny. Sledujeme střevní peristaltiku, odchod plynů, frekvenci, barvu, konzistenci, zápach stolice a její příměsi. **Prevence zácpy je současně prevence zvýšení nitrolebního tlaku.** Podáváme laxativa dle ordinace lékaře a sledujeme jejich účinnost. Poučíme pacienty, že při defekaci (do podložní mísy, pleny) nesmí příliš zatínat břišní lis, protože by mohlo dojít k reruptuře AN. Při chybějící vědomé kontrole svěračů provádíme zvýšenou hygienickou péči oblasti genitálu a konečníku. Nemocným při přijetí zavádíme permanentní močový katétr. Sledujeme množství, barvu, zápach a příměsi v moči, bilanci tekutin a specifickou váhu moče. Dle ordinace lékaře a

standardu ošetřovatelské péče odebíráme vzorky moče na biochemické, bakteriologické vyšetření a provádíme výměnu katétru. (3)

- **potřeba soběstačnosti:** soběstačnost je mírou samostatnosti člověka při vykonávání denních aktivit v oblasti výživy, hygieny, vyprazdňování aj. Sestra přebírá tu část aktivit, které není nemocný schopen sám vykonávat. V ÚVN hodnotíme soběstačnost nemocného pomocí **Barthelova testu základních všedních činností** (viz Příloha 2). Nemocného při přijetí ukládáme na lůžko s postranními zábranami. Zajistíme zvýšenou polohu hlavy o 15 - 30°. Polohu upravíme tak, aby byla pohodlná a zároveň plnila svůj účel. Pacient má přísný klid na lůžku nejméně 10 dní. Dbáme na prevenci proleženin, kontrolujeme predilekční místa, pečujeme o pokožku a dle stavu a potřeby pacienta polohujeme. Desátý den, pokud to celkový stav dovolí, se nemocný začíná posazovat v lůžku. V následujících dnech zkoušíme stoj a chůzi. Postupujeme pomalu, opatrně, nemocný musí být chráněn před pádem a úrazem.
- **potřeba psychické vyrovnanosti:** nemocný je během hospitalizace vystaven neznámému prostředí, kolektivu cizích lidí, kteří pečují o jeho nejintimnější záležitosti, obavám o své zdraví, strachu z operace, nespavosti, bolesti, slabosti, nepříjemným spolupacientům a mnoha omezením, které intenzivní péče vyžaduje. Na tyto situace mnohdy reaguje úzkostí, zmateností, agresí či jinými poruchami chování, proto je nedílnou součástí péče prevence sebepoškození.

Intervence vedoucí ke zlepšení a udržení dobrého psychického stavu pacienta:

- komunikujeme,
- vytvoříme pocit jistoty a bezpečí,
- odstraníme či minimalizujeme bolest,
- zajistíme dostatečný odpočinek a spánek, klidné a zatemněné prostředí,
- vedeme pacienta k aktivní spolupráci,
- udržujeme nebo zlepšujeme jeho soběstačnost,
- chválíme jeho pokroky,
- umožníme návštěvy rodiny a přátel, poslech rádia, sledování TV. (3)

Po prodělání akutní fáze onemocnění překládáme pacienty na standardní oddělení Neurochirurgické kliniky ÚVN nebo na neurologické oddělení spádové nemocnice.

Pacienti po SAK jsou dlouhodobě dispenzarizováni na neurochirurgické ambulanci ÚVN a na spádové neurologické ambulanci.

II EMPIRICKÁ ČÁST

4 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

Cílem empirické části je zhodnotit kvalitu života u pacientů rok až rok a půl po SAK. Ráda bych srovnala pohled pacientů, jejich příbuzných/ přátel a svůj. Zároveň bych chtěla zjistit, jaký je dopad onemocnění na psychickou a sociální oblast života. V neposlední řadě mě zajímá, jak se našim pacientům daří, a jak kvalitní život vedou.

Dílčí cíle empirické části

Cíl 1: Zjistit, zda jsou u pacientů přítomny rizikové faktory podněcující vznik aneuryzmatu a subarachnoidálního krvácení.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou pacienti schopni plnit partnerské a rodičovské role stejně jako v době před příhodou.

Cíl 3: Zjistit, zda jsou klienti schopni udržovat a navazovat vztahy stejně jako v době před onemocněním.

Cíl 4: Zjistit, zda jsou pacienti schopni zvládat zátěž v obvyklých denních činnostech i zaměstnání stejně jako v době před příhodou.

Cíl 5: Zjistit, zda jsou přítomny poruchy v oblasti emoční a kognitivní.

Cíl 6: Zjistit vliv poruch, jsou-li přítomny, na další žití pacientů.

5 POUŽITÁ METODA VÝZKUMU

Pro zhodnocení kvality života u pacientů po SAK jsem si jako metodu výzkumu zvolila semistrukturované rozhovory.

5.1 Postup při tvorbě rozhovorů

K tvorbě otázek mě inspirovaly nejen získané informace a zájem o SAK, ale i vlastní zkušenost z neurochirurgického oboru. Při sestavování interview byla použita metoda triangulace. Výzkum proběhl na kvalitativní bázi. Interview bylo zachyceno záznamovou technikou, analyzováno a tříděno otevřeným kódováním.

Zkoumaný vzorek tvořilo 20 respondentů, 10 pacientů, kteří byli hospitalizováni na SIP Neurochirurgické kliniky ÚVN Praha v letech 2008 a 2009, a 10 jejich příbuzných či přátel. Pacienti byli v době provádění rozhovorů rok až rok a půl po SAK. Klienty jsem telefonicky kontaktovala, požádala o souhlas k provedení rozhovorů a o osobní setkání s nimi i jejich příbuznými/ blízkými. Současně jsem je informovala o nahrávání rozhovoru na diktafon a o uvedení všech získaných informací v mé bakalářské práci. Záznam rozhovoru probíhal pomocí diktafonu a následné transkripce.

Samozřejmostí je naprosté zachování anonymity pacientů i jejich rodinných příslušníků/ přátel. Takto zněla dohoda mezi mnou a dotazovanými skupinami, kterou stvrdili ústním souhlasem.

Výzkum probíhal v únoru 2010.

První část rozhovorů probíhala s pacienty.

Dotazy 1 - 6 informují o dotazované osobě. Zaměřují se na věk a přítomnost rizikových faktorů pro vznik aneuryzmatu a SAK.

Otázky 7 - 12 se zaměřují na rodinnou situaci, vztahy a sociální interakci.

Dotazy 13 - 16 zjišťují úroveň zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech a zaměstnání.

Otázky 17 - 26 zjišťují přítomnost a projevy poruch kognitivních funkcí.

Dotaz 27 zjišťuje vliv zjištěných/ přítomných poruch na kvalitu života pacientů.

- **Jednotlivé otázky rozhovoru s pacientem/ pacientkou**

1. Kolik je Vám let?
2. Kouříte?
3. Konzumujete alkohol? Jak často a v jakém množství?
4. Trpíte vysokým krevním tlakem? Léčíte se?
5. Znáte svoji hladinu cholesterolu?
6. Prodělal někdo z vašich pokrevních příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu?
7. Jste ženatý/ vdaná, svobodný/ svobodná či rozvedený/ rozvedená?
8. Jste schopen/ schopna plnit roli manžela/ ky nebo druha/ družky stejně jako v době před příhodou?
9. Máte děti?
10. Jste schopen/ schopna plnit roli otce/ matky stejně jako v době před příhodou?
11. Jste schopen/ schopna udržovat vztahy tak jako před onemocněním?
12. Navazujete nové vztahy? Navazujete je stejně dobře jako dříve?
13. Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech?
14. Jak dlouho jste byl/ byla v pracovní neschopnosti?
15. Setrval/ setrvala jste ve stejném zaměstnání? Ve stejné pozici? Ve stejném pracovním úvazku?
16. Jak zvládáte zátěž v zaměstnání?
17. Máte nějaké problémy se spánkem?
18. Jste unavenější než dříve?
19. Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si?
20. Máte nějaké potíže se soustředěním?
21. Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve?
22. Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte?
23. Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy?
24. Učíte se stejně dobře jako dříve?
25. Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností?
26. Orientujete se dobře v prostoru a čase?
27. Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvili/ y, Vaše další žití?

Druhá část rozhovorů probíhala s členy rodiny/ přáteli klientů.

Dotazy 1 - 2 se zaobírají vztahy a sociální interakcí.

Třetí otázka zjišťuje názor příbuzného/ přítele pacienta na úroveň zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech.

Otázky 4 - 5 zjišťují přítomnost, projevy a vliv kognitivních poruch pohledem příbuzných/ přátel pacientů.

- **Jednotlivé otázky rozhovoru s příbuzným/ přítelem/ přítelkyní klienta**

1. Je Váš/ Vaše manžel/ manželka, druh/ družka, přítel/ přítelkyně, otec/ matka, syn schopen/ schopna plnit roli manžela/ manželky, druha/ družky, přítele/ přítelkyně, otce/ matky, syna tak jako v době před příhodou?
2. Je schopen/ schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním?
3. Jak zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech?
4. Pozorujete na Vašem/ Vaší manželovi/ manželce, druhovi/ družce, příteli/ přítelkyni, otci/ matce, synovi nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže?
5. Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvili/ y, další žití Vašeho/ Vaší manžela/ manželky, druha/ družky, přítele/ přítelkyně, otce/ matky, syna, přítele/ přítelkyně?

5.2 Zkoumaný soubor

O účast na výzkumu jsem požádala pacienty, kteří byli léčeni v letech 2008/ 2009 s lékařskou diagnózou SAK na SIP Neurochirurgické kliniky ÚVN Praha.

Kritéria pro výběr respondentů:

1. Pacienti hospitalizovaní v druhém pololetí roku 2008 a počátkem roku 2009 na oddělení SIP Neurochirurgické kliniky ÚVN Praha,
2. pacienti se SAK 1. stupně dle vstupního hodnocení podle klasifikace Hunta a Hesse,
3. pacienti ve věku 25 - 50 let,
4. dotazovaní pocházejí z Prahy a Středočeského kraje,
5. ochotní spolupracovat.

6 ANALÝZA DAT

6.1 Analýza rozhovorů s pacienty

6.1.1 Věk

Věk pacientů zjišťovala otázka 1: ***Kolik je Vám let?*** (viz Tab. 1)

Tabulka 1 - Věk

Rozhovor č.	**Iniciály pacienta/ pacientky**	**Pohlaví**	**Věk**
2	***H. J.***	žena	47
6	***M. P.***	muž	46
1	***D. Z.***	žena	42
8	***M. J.***	žena	40
9	***H. J.***	žena	38
5	***V. J.***	muž	37
10	***M. T.***	muž	36
3	***S. I.***	žena	35
4	***Š. N.***	žena	32
7	***G. P.***	žena	26
Průměr		**celkem**	**38**
		ženy	**37**
		muži	**40**

Komentář:

Vzorek tvořilo 7 žen a 3 muži.

Průměrný věk respondentů - pacientů je 38 let. Nejstarším dotazovaným je 47 letá žena a nejmladším respondentem je 26 letá pacientka.

Průměrný věk dotazovaných žen je 37 let, kdy nejstarší žena má 47 let a nejmladší 26 roků. Průměrný věk dotazovaných mužů je 40 let. Nejstarším je 46 letý a nejmladším je 36 letý muž.

6.1.2 Přítomnost rizikových faktorů

Přítomnost rizikových faktorů podněcujících vznik AN a SAK zkoumaly otázky 2 - 5: ***Kouříte? Konzumujete alkohol? Jak často a v jakém množství? Trpíte vysokým krevním tlakem? Léčíte se? Znáte svoji hladinu cholesterolu? Prodělal někdo z vašich pokrevních příbuzných, prarodiče, rodiče, sourozenci, cévní mozkovou příhodu?*** (viz Tab. 2)

Tabulka 2 – Přítomnost rizikových faktorů

Rozhovor	Kouření	Alkohol	Hypertenze	Cholesterol	Rodinná zátěž
1	0	příležitostně	ano, léčí se	lehce ↑	dědeček 3x ischemická CMP
2	0	příležitostně	hraniční hodnoty	lehce ↑	dědeček 2x ischemická CMP, 1x SAK
3	0	příležitostně	0	lehce ↑	babička 1x CMP
4	0	příležitostně	0	lehce ↑	0
5	40 cig./ den	4 - 6 piv týdně	ano, léčbu nedodržuje	↑↑, neléčí se	0
6	0	příležitostně	0	0	dědeček 1x SAK
7	10 cig./ den	příležitostně	0	0	babička 1x CMP
8	0	příležitostně	ano, léčí se	↑↑, léčí se	babička 1x CMP
9	0	příležitostně	ano, léčí se	lehce ↑	0
10	0	příležitostně	ano, léčí se	lehce ↑	babička 1x ischemická CMP

Komentář:

7 dotazovaných uvedlo výskyt cévní mozkové příhody u svých pokrevních příbuzných - prarodičů.

7 respondentů trpí hypercholesterolemií, z nichž 5 pacientů má lehce zvýšenou hladinu cholesterolu, 1 respondentka se léčí s vysokou hladinou cholesterolu a 1 pacient udává vysokou hladinu cholesterolu, ale léčbu odmítá.

5 dotazovaných má vysoký krevní tlak, kdy 4 z nich se řádně léčí a 1 respondent léčbu nedodržuje. 1 pacientka udává hraniční hodnoty krevního tlaku, ale zatím bez nutnosti léčby.

9 dotazovaných příležitostně konzumuje alkohol a 1 respondent pije alkohol ve zvýšeném množství (4 - 6 piv týdně).

2 respondenti jsou kuřáci. Dotazovaná žena kouří průměrně 10 cigaret denně a muž kouří již 15 let, z nichž posledních 10 let denně vykouří průměrně 40 cigaret.

6.1.3 Rodinný stav a zvládání rolí

Rodinný stav a zvládání partnerských a rodičovských rolí zjišťovaly otázky 7 - 10: ***Jste ženatý/ vdaná, svobodný/ svobodná či rozvedený/ rozvedená? Jste schopen/ schopna plnit roli manžela/ ky nebo druha/ družky stejně jako v době před příhodou? Máte děti? Jste schopen/ schopna plnit roli otce/ matky stejně jako v době před příhodou?*** (viz Tab. 3)

Tabulka 3 – Rodinný stav a zvládání rolí

Rozhovor	Rodinný stav	Zvládání partnerské role	Děti	Zvládání rodičovské role
1	vdaná	sblížení	ano	stejně dobře
2	rozvedená, přítel	stejně dobře	ano	stejně dobře
3	vdaná	narušení vztahu	ano	stejně dobře, věnuje se více než dřív
4	vdaná	stejně dobře	ano	stejně dobře
5	svobodný	narušení vztahu, rozchod	ne	0
6	svobodný, dlouhodobý vztah	stejně dobře	ano	stejně dobře
7	svobodná	stejně špatně, rozchod	ne	0
8	rozvedená, přítel	sblížení	ano	stejně dobře
9	vdaná	stejně dobře	ano	stejně dobře
10	ženatý	stejně dobře	ano	stejně dobře

Rodinný stav:

Komentář:

5 respondentů žije v manželství. 2 dotazované jsou rozvedené, z nichž jedna má dlouhodobý vztah a druhá půlroční známost. 2 pacienti jsou svobodní a 1 dotazovaný je svobodný, ale má dlouholetý vztah.

Zvládání partnerské role:

Komentář:

5 respondentů zvládá roli partnera stejně dobře jako dříve. 2 dotazovaní udávají ve svých vztazích sblížení. 1 pacientka popisuje narušení vztahu, ale spíše ze strany manžela, který se nedokáže s její „proměnou“ vyrovnat. 1 respondent udává narušení vztahu, které posléze vyústilo k jeho ukončení. 1 dotazovaná popisovala svůj vztah s přítelem jako stejně špatný jako dříve, proto se tento vztah rozhodla ukončit.

Děti:

Komentář:

8 dotazovaných uvedlo, že mají děti. 2 respondenti jsou bezdětní.

Zvládání rodičovské role:

Komentář:

7 dotazovaných zvládá svoji roli rodiče stejně jako v době před příhodou. 1 respondentka udává, že svoji roli rodiče zvládá stejně dobře, ale nyní se snaží dětem věnovat více než dříve.

6.1.4 Vztahy

Schopnost udržování a navazování vztahů zkoumaly otázky 11 - 12: ***Jste schopen/ schopna udržovat vztahy tak jako před onemocněním? Navazujete nové vztahy? Navazujete je stejně dobře jako dříve?*** (viz Tab. 4)

Tabulka 4 – Vztahy

Rozhovor	Udržování vztahů tak jako před onemocněním	Navazování nových vztahů	Navazování nových vztahů stejně dobře jako dříve
1	stejně dobře, je citlivější	ano	stejně dobře
2	stejně dobře, více pozornosti ze strany přátel	ano	stejně špatně
3	stejně dobře, utužení vztahů	ano	stejně dobře
4	stejně dobře, utužení vztahů	ano	stejně dobře
5	hůře, výbušnější, rychle se rozčílí	uzavřený, není potřeba se seznamovat	hůře, je uzavřený
6	stejně dobře, udržuje vztahy jen s „pravými“ přáteli	ano	stejně dobře
7	stejně dobře	ano	stejně dobře
8	stejně dobře	ano	stejně dobře
9	stejně dobře	ano	stejně dobře
10	stejně dobře, častější kontakt	ano	stejně dobře

Udržování vztahů jako v době před onemocněním:

Komentář:

3 pacienti udržují vztahy stejně dobře jako v době před onemocněním. 2 respondenti udržují vztahy stejně dobře, ale udávají, že vztahy s přáteli zesílily. 1 pacientka udržuje vztahy stejně dobře jako dříve, ale v porovnání s předchozím obdobím je citlivější. 1 respondentka udržuje vtahy stejně dobře, udává zvýšenou pozornost ze strany svých přátel. 1 dotazovaný se zmiňuje, že udržuje vztahy jen s „pravými“ přáteli. 1 pacient udržuje vztahy stejně dobře, ale snaží se s přáteli stýkat častěji než dříve. 1 respondent hodnotí svoji schopnost udržovat vztahy jako zhoršenou. Udává, že je výbušnější a rychle se rozčílí, právě kvůli tomuto chování příliš přátel nemá.

Navazování nových vztahů:

Komentář:

9 respondentů odpovědělo, že navazují nové vztahy. 1 dotazovaný je spíše uzavřený a nemá potřebu se seznamovat.

Navazování nových vztahů stejně dobře jako dříve:

Komentář:

8 dotazovaných navazuje nové vztahy stejně dobře jako v době před příhodou. 1 dotazovaná navazuje nové vztahy stejně špatně jako dříve. 1 respondent navazuje nové vztahy hůře, udává, že je spíše uzavřený.

6.1.5 Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech

Zvládáním zátěže v obvyklých denních činnostech se zabývala otázka 13: ***Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech?*** (viz Tab. 5)

Tabulka 5 – Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech

Rozhovor	**Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech**
1	stejně dobře, mírně zvýšená únavnost
2	stejně dobře
3	stejně dobře, limituje ji zvýšená únavnost
4	stejně dobře
5	stejně dobře, limituje ho zvýšená únavnost
6	stejně dobře, „nehoní“ se tolik jako dřív, změnil priority
7	stejně dobře
8	stejně dobře
9	stejně dobře
10	stejně dobře

Komentář:

6 pacientů zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech stejně jako v době před příhodou. 2 dotazovaní zvládají tuto zátěž stejně, ale jsou limitováni zvýšenou únavností. 1 pacientka zvládá tuto zátěž stejně dobře, ale pociťuje mírně zvýšenou únavnost, která ji však nijak neomezuje. 1 respondent zvládá tuto zátěž dobře, ale změnil životní priority a již se tolik „nehoní“ jako dříve.

6.1.6 Délka pracovní neschopnosti

Délku pracovní neschopnosti pacientů po SAK zjišťovala otázka 14: ***Jak dlouho jste byl/ byla v pracovní neschopnosti?*** (viz Tab. 6)

Tabulka 6 – Délka pracovní neschopnosti

Rozhovor	**Délka pracovní neschopnosti**
1	9 měsíců
10	7 měsíců
3	6 měsíců
4	6 měsíců, pacientka je v současnosti na mateřské dovolené
7	4 měsíce
6	4 měsíce
5	3 měsíce
8	3 měsíce
9	3 měsíce
2	6 týdnů
Průměr	**4, 5 měsíce**

Komentář:

3 respondenti byli v pracovní neschopnosti 3 měsíce a 2 dotazovaní po dobu 4 měsíců. 2 respondenti byli práce neschopní po dobu 6 měsíců, z nichž je 1 pacientka na mateřské dovolené (MD). 1 dotazovaný byl v pracovní neschopnosti 7 měsíců a 1 respondentka po dobu 9 měsíců. 1 pacientka zůstala v pracovní neschopnosti pouze 6 týdnů, kdy sama přiznává, že návrat do práce uspěchala.

Průměrná délka pracovní neschopnosti respondentů činila 4,5 měsíce. Maximální délky pracovní neschopnosti byla 9 měsíců, minimální délka činila 6 týdnů.

6.1.7 Zaměstnání

Setrváním pacientů ve stejném zaměstnání, ve stejné pracovní pozici a ve stejném pracovním úvazku se zabývala otázka 15: ***Setrval/ setrvala jste ve stejném zaměstnání? Ve stejné pracovní pozici? Ve stejném pracovním úvazku?*** (viz Tab. 7)

Tabulka 7 – Zaměstnání

Rozhovor	Stejné zaměstnání	Stejná pracovní pozice	Stejný pracovní úvazek
1	ano	ano	ano, ale vzdala se vedlejších úvazků
2	ano	ano	ano
3	ano	snížení funkce	1/4 úvazek
4	ano	ano	1/2 úvazek při MD
5	ano	ano	ano
6	ano	ano	ano
7	ano	ano	ano
8	ano	ano	ano
9	ano	ano	ano
10	ano	ano	ano

Komentář:

Všichni dotazovaní setrvali ve stejném zaměstnání. 9 respondentů zůstalo ve stejné pracovní pozici. 1 klientka pracuje v pozici nižší, dříve byla vedoucí cukrárny, kde nyní vykonává pouze přípravné a pomocné práce. 7 dotazovaných zůstalo ve stejném pracovním úvazku, 1 respondentka snížila pracovní úvazek na 1/4 a 1 pacientka pracuje při mateřské dovolené na poloviční úvazek. 1 dotazovaná pracuje stále na plný úvazek, ale vzdala se vedlejších úvazků.

6.1.8 Zvládání zátěže v zaměstnání

Zvládání zátěže v zaměstnání zjišťovala otázka 16: ***Jak zvládáte zátěž v zaměstnání?*** (viz Tab. 8)

Tabulka 8 – Zvládání zátěže v zaměstnání

Rozhovor	**Zvládání zátěže v zaměstnání**
1	stejně dobře, ale zvýšená únavnost
2	stejně dobře
3	hůře, zvýšená únavnost
4	stejně dobře
5	hůře, zvýšená únavnost
6	hůře, zvýšená únavnost
7	stejně dobře
8	stejně dobře
9	stejně dobře
10	stejně dobře

Komentář:

6 respondentů zvládá zátěž v zaměstnání stejně dobře jako v době před příhodou. 3 dotazovaní mají výrazné potíže při výkonu zaměstnání se zvýšenou únavností, jejich výkony mírně poklesly. 1 pacientka udává, že zátěž v práci zvládá stejně jako dříve, ale pociťuje zvýšenou únavnost, která však neovlivňuje její pracovní výkony.

6.1.9 Spánek

Změny v oblasti spánku zkoumala otázka 17: ***Máte nějaké problémy se spánkem?*** (viz Tab. 9)

Tabulka 9 – Spánek

Rozhovor	Spánek
1	mírně zhoršená kvalita spánku
2	stejně dobře jako dříve
3	v průběhu noci se probouzí, zvýšená potřeba spánku
4	stejně dobře jako dříve
5	zhoršená kvalita spánku, pozdní usínání, po probuzení únava
6	časnější probouzení
7	stejně dobře jako dříve, obavy ze smrti ve spánku
8	stejně dobře jako dříve
9	stejně dobře jako dříve
10	stejně dobře jako dříve

Komentář:

5 dotazovaných spí stejně dobře jako dříve. 1 respondentka spí stejně dobře, ale udává, že má obavy ze smrti ve spánku. 1 pacient se probouzí časněji než dříve. 1 dotazovaná si stěžuje na mírně zhoršenou kvalitu spánku. 1 respondent udává zhoršenou kvalitu spánku, stěžuje si na špatné a pozdní usínání a na únavu po probuzení. 1 dotazovaná se v průběhu noci opakovaně probouzí a udává zvýšenou potřebu spánku.

6.1.10 Únava

Změny v intenzitě únavnosti zjišťovala otázka 18: ***Jste unavenější než dříve?*** (viz Tab. 10)

Tabulka10 – Únava

Rozhovor	Únava
1	mírně zvýšená
2	zvýšená, především k večeru
3	zvýšená
4	stejně jako dříve
5	zvýšená, především k večeru
6	mírně zvýšená
7	stejně jako dříve
8	stejně jako dříve
9	stejně jako dříve
10	stejně jako dříve

Komentář:

5 respondentů se necítí více unavených než v době před onemocněním. 2 dotazovaní udávají mírně zvýšenou únavnost. 2 respondenti si stěžují na zvýšenou únavnost, především k večeru. 1 dotazovaná si stěžovala na celkově zvýšenou únavnost.

6.1.11 Paměť

Změny v oblasti paměti zjišťovala otázka 19: ***Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si?*** (viz Tab. 11)

Tabulka 11 – Paměť

Rozhovor	Paměť
1	mírně zhoršená výbavnost jmen (herci,…)
2	stejně dobře jako dříve
3	porušená schopnost zapamatování, nesoustředěnost
4	stejně dobře jako dříve
5	zhoršená výbavnost, výpadky paměti
6	lehká porucha krátkodobé paměti, zhoršená výbavnost slov
7	porucha krátkodobé paměti (pro co jde, co řekla,…)
8	stejně dobře jako dříve
9	stejně dobře jako dříve
10	drobné výpadky v krátkodobé paměti, sám si je neuvědomuje

Komentář:

4 respondenti nemají s pamětí žádné potíže. 1 dotazovaná má občasné potíže s výbavností jmen herců apod. 1 pacientka si stěžovala na problémy se zapamatováním v souvislosti s nesoustředěností. 1 respondent má potíže se zhoršenou výbavností a výpadky paměti. 1 dotazovaný udává problémy v oblasti krátkodobé paměti a zhoršenou výbavnost slov. 1 pacientka má potíže s krátkodobou pamětí, nepamatuje si, co kde řekla, co nakoupila apod. 1 dotazovaný udává drobné výpadky v oblasti krátkodobé paměti, které si však neuvědomuje. Na toto skutečnost ho upozorňuje manželka.

6.1.12 Koncentrace

Potíže se soustředěním zjišťovala otázka 20: ***Máte nějaké potíže se soustředěním?*** (viz Tab. 12)

Tabulka12 – Koncentrace

Rozhovor	Koncentrace
1	mírné zhoršení, musí se nutit, „lenivost“
2	stejně dobře jako dříve
3	nesoustředěná, „roztěkaná“, hyperaktivita
4	stejně dobře jako dříve
5	stejně špatně jako dříve
6	stejně dobře jako dříve
7	stejně špatně jako dříve, hyperaktivita
8	stejně dobře jako dříve
9	stejně dobře jako dříve
10	stejně dobře jako dříve

Komentář:

6 dotazovaných vypovědělo, že nemají v oblasti koncentrace žádné problémy. 1 pacientka hodnotí svoji schopnost soustředit se jako mírně zhoršenou, musí se k některým činnostem nutit. Myslí si, že zlenivěla. 1 respondent uvedl, že se soustředí stejně špatně jako dříve. 1 pacientka se koncentruje stejně špatně jako dříve a je hyperaktivní. 1 dotazovaná uvedla, že je nesoustředěná, roztěkaná a hyperaktivní.

6.1.13 Emoce

Změnami v oblasti citů se zabývala otázka 21: ***Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve?*** (viz Tab. 13)

Tabulka 13 – Emoce

Rozhovor	Emoce
1	citlivější, plačtivější
2	zklidnění, změna priorit
3	citlivější, vnímavější
4	stejně jako dříve
5	výbušnější, snadno se rozčílí
6	zklidnění, lítostivější, plačtivější
7	trošku lítostivější
8	stejně jako dříve
9	stejně jako dříve
10	stejně jako dříve

Komentář:

U 4 respondentů nedošlo k žádné změně v citové oblasti. 1 dotazovaná je citlivější a plačtivější než dříve. 1 pacientka je citlivější a vnímavější vůči okolí oproti období před příhodou. 1 respondentka se po příhodě zklidnila a přehodnotila priority. 1 dotazovaný udává, že je po příhodě klidnější. Dále vypověděl, že je lítostivější a plačtivější. Tuto skutečnost si uvědomuje především při sledování filmů, kdy se rozpláče v situacích, které by s ním dříve nepohnuly. 1 pacientka je trošku lítostivější než dříve. 1 pacient vypověděl, že je výbušnější než dříve a snadno se rozčílí.

6.1.14 Všeobecné zpracování informací

Změny v oblasti všeobecného zpracování informací zjišťovala otázka 22: ***Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte?*** (viz Tab. 14)

Tabulka 14 – Všeobecné zpracování informací

Rozhovor	Všeobecné zpracování informací
1	stejně dobře, problémy při sledování filmu s titulky
2	stejně dobře, poškození zraku (výpadky v periferním vidění)
3	stejně dobře, poškození zraku (výpadky v periferním vidění), problémy při sledování filmu s titulky
4	stejně dobře
5	stejně dobře
6	stejně dobře
7	stejně dobře
8	stejně dobře
9	stejně dobře
10	stejně dobře

Komentář:

7 respondentů nemá žádné potíže s všeobecným zpracováním informací. 1 dotazovaná rozumí situacím, ve kterých se ocitá stejně dobře jako dříve, ale má problémy při sledování filmu s titulky. 1 respondentka nemá problémy s všeobecným zpracováním informací, ale limituje ji poškození zraku (výpadky v periferním vidění). 1 dotazovaná rozumí situacím stejně dobře jako dříve, ale udává poškození zraku (výpadky v periferním vidění) a problémy při sledování filmu s titulky.

Pacientky, které mají potíže se sledováním filmů s titulky, vypověděly, že nedokážou současně vnímat dění filmu a čtení titulků. Nemohou tyto dvě činnosti vzájemně propojit. Dříve vnímaly film i text jako celek.

6.1.15 Řešení problémů

Změny v oblasti řešení problémů zkoumala otázka 23: ***Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy?*** (viz Tab. 15)

Tabulka 15 – Řešení problémů

Rozhovor	Řešení problémů
1	stejně špatně jako dříve
2	lépe než dříve, změna priorit
3	radikálněji než dříve
4	stejně dobře
5	hůře než dříve, výbušnost
6	stejně dobře
7	hůře než dříve, výbušnost
8	stejně dobře
9	stejně dobře
10	stejně dobře

Komentář:

5 dotazovaných řeší problémy stejně dobře jako dříve. 2 respondenti vypověděli, že problémy řeší hůře než dříve, jsou výbušnější. 1 pacientka řeší problémy stejně špatně jako dříve. 1 dotazovaná uvedla, že přehodnotila priority a nyní řeší problémy lépe než dříve. 1 respondentka řeší problémy radikálněji než dříve, nechce se problémy zatěžovat déle než je nutné, vyžaduje rychlé rozhodnutí.

6.1.16 Učení

Změny v oblasti učení zjišťovala otázka 24: ***Učíte se stejně dobře jako dříve?*** (viz Tab. 16)

Tabulka 16 – Učení

Rozhovor	Učení
1	stejně dobře
2	stejně dobře
3	lepší výbavnost a rychlejší zapamatování
4	stejně dobře
5	stejně dobře
6	hůře než dříve
7	stejně dobře
8	stejně dobře
9	stejně dobře
10	stejně špatně

Komentář:

7 dotazovaných uvedlo, že se učí stejně dobře jako dříve. 1 pacientka udává lepší výbavnost a rychlejší zapamatování nových informací. 1 respondent se učí hůře než dříve. 1 pacient se učí stejně špatně jako v době před příhodou.

6.1.17 Plánování, rozhodování a organizování činností

Změny v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností zkoumala otázka 25: ***Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností?*** (viz Tab. 17)

Tabulka 17 – Plánování, rozhodování a organizování činností

Rozhovor	Plánování, rozhodování a organizování činností
1	rozhodování stejně špatně jako dříve
2	stejně dobře
3	neplánuje, rozhoduje se rychleji než dříve, řídí se více citem než rozumem
4	stejně dobře
5	stejně dobře
6	stejně dobře
7	stejně dobře
8	stejně dobře
9	stejně dobře
10	stejně dobře

Komentář:

8 dotazovaných uvedlo, že v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností nedošlo k žádným změnám. 1 respondentka se rozhoduje stejně špatně jako dříve, v oblasti plánování a organizování činností nemá potíže. 1 pacientka vypověděla, že od příhody nic neplánuje, udává, že se rozhoduje rychleji než dříve. Při svých rozhodnutích se řídí spíše citem než rozumem.

6.1.18 Orientace v prostoru a čase

Problémy s prostorovou a časovou orientací zjišťovala otázka 26: ***Orientujete se dobře v prostoru a čase?*** (viz Tab. 18)

Tabulka 18 – Orientace v prostoru a čase

Rozhovor	Orientace v prostoru	Orientace v čase
1	hůře než dříve, porucha periferního vidění, nejistota v šeru, při únavě	stejně dobře
2	stejně dobře	stejně dobře
3	hůře než dříve, porucha periferního vidění, nejistota v neznámém prostředí	stejně dobře
4	stejně dobře	stejně dobře
5	hůře než dříve, občasné krátkodobé výpadky, rozostřené vidění na levém oku, občasné problémy s rovnováhou	občasné krátkodobé výpadky
6	stejně dobře	stejně dobře
7	stejně dobře, zhoršení vizu (rozostřené vidění, zvýšená únavnost očí)	stejně dobře
8	stejně dobře	stejně dobře
9	stejně dobře	stejně dobře
10	stejně dobře	stejně dobře

Orientace v prostoru:

Komentář:

6 respondentů vypovědělo, že se v prostoru orientují stejně dobře jako dříve. 1 dotazovaná uvedla, že se v prostoru orientuje hůře než dříve z důvodu porušeného periferního vidění. Pociťuje nejistotu v šeru a při únavě. 1 pacientka se v prostoru orientuje hůře než dříve. Udává poruchu periferního vidění, kdy pociťuje nejistotu v neznámém prostředí. 1 respondent uvedl, že trpí občasnými krátkodobými výpadky v prostorové orientaci, dále trpí rozostřeným viděním na levém oku a občasnými problémy s rovnováhou, kdy přepadává na levou stranu.

Orientace v čase:

Komentář:

9 respondentů se v čase orientuje stejně dobře jako dříve. 1 dotazovaný uvádí, že trpí občasnými krátkodobými výpadky v časové orientaci.

6.1.19 Vliv změn na život pacientů

Vliv přítomných/ zjištěných změn na další žití pacientů zjišťovala otázka 27: ***Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvili/ y, Vaše další žití?*** (viz Tab. 19)

Tabulka 19 – Vliv změn na život pacientů

Rozhovor	Vliv změn na život pacientů
1	přecitlivělost, mírné zhoršení paměti, zvýšená únavnost, poškození zraku, sblížení s manželem
2	poškození zraku, zklidnění, změna priorit
3	obavy ze smrti, strach z promarnění života, pocit časové tísně, zásah do rodiny, změna priorit, „otevření očí“, větší užívání si života, plnění snů
4	bez následků
5	zhoršení vizu, únavnost, výbušnost, ztráta některých přátel, poruchy spánku
6	změna priorit
7	více se pozoruje, obavy ze smrti
8	obavy ze smrti
9	bez následků
10	mírné zhoršení krátkodobé paměti, sblížení rodiny

Komentář:

Paní D. vypověděla, že její život ovlivňuje přecitlivělost, díky které se snadno rozpláče a již tolik nerozumí humoru a ironii jako dříve. Snaží se svoji paměť neustále trénovat. Zvýšená únavnost ji přiměla k tomu, že se zřekla vedlejších pracovních úvazků a snaží se více odpočívat. Její kvalitu života významně ovlivňuje poškození zraku, které se projevuje zejména v šeru splýváním obrazu. Jako pozitivum hodnotí sblížení s manželem.

Paní H. výrazně omezuje porušené periferní vidění, které jí omezovalo při řízení automobilu, především při parkování. Uvádí, že jí onemocnění přineslo i pozitiva: přehodnotila priority a již se tolik nepřetěžuje jako dříve.

Paní S. má pocit, že má na všechno méně času, bojí se, aby žila právě teď a tak naplno, jak jen to jde. Má pocit, že dříve jen přežívala. Za negativní považuje negativní vliv jejího onemocnění na funkci rodiny a vývoj dětí. Jako pozitivní vnímá změnu priorit, více si užívá života a plní si sny.

Paní Š. uvádí, že na ní onemocnění nenechalo žádné následky a nijak její život neovlivnilo.

Pan V. si stěžuje na rozostřené vidění, poruchy spánku, které vedou k nadměrné únavě. Dále mu velmi vadí jeho výbušnost, která pravděpodobně, dle jeho názoru, zapříčinila ztrátu některých přátel. Zdůrazňuje však, že se asi nejednalo o opravdové přátele, když ho opustili.

Pan M. si myslí, že potíže, které udal, mu nijak jeho kvalitu života nezhoršují. Naopak si chválí, že mu onemocnění přineslo pozitiva, především ve smyslu změny priorit.

Slečna G. přiznává, že má strach ze smrti a recidivy krvácení.

Paní M. usuzuje, že nemá žádné potíže, které by měnily její kvalitu života. Uvědomuje si, že mohla zemřít a má obavy, že by ji tato příhoda mohla opět postihnout.

Paní H. po příhodě nepociťuje žádné změny, které by jí změnily život.

Pan M. si myslí, že to co ho postihlo, sblížilo celou jeho rodinu.

6.2 Analýza rozhovorů s nejbližšími příbuznými pacienta

6.2.1 Zvládání partnerských a rodičovských rolí

Jak jsou pacienti schopni plnit partnerské a rodičovské role pohledem jejich příbuzných/ přátel zjišťovala otázka 1: ***Je Váš/ Vaše manžel/ manželka, druh/ družka, přítel/ přítelkyně, otec/ matka, syn/ dcera schopen/ schopna plnit roli manžela/ manželky, druha/ družky, přítele/ přítelkyně, otce/ matky, syna/ dcery?*** (viz Tab. 20)

Tabulka 20 – Zvládání partnerských a rodičovských rolí

Rozhovor	Zvládání role partnera, přítele, syna	Zvládání rodičovské role
1	stejně dobře jako dříve	stejně dobře jako dříve
2	stejně dobře jako dříve	stejně dobře jako dříve
3	narušení manželství, zábrany ze strany manžela	stejně dobře jako dříve
4	stejně dobře jako dříve	stejně dobře jako dříve
5	stejně dobře jako dříve	0
6	stejně dobře jako dříve	stejně dobře jako dříve
7	sblížení	0
8	stejně dobře jako dříve	stejně dobře jako dříve
9	sblížení	stejně dobře jako dříve
10	sblížení	stejně dobře jako dříve

Zvládání role partnera, přítele, syna:

Komentář:

6 dotazovaných vypovědělo, že jejich blízcí zvládají roli partnera/ přítele/ syna stejně dobře jako dříve. 3 respondenti udávají, že ve vztahu s jejich blízkými (pacienty) došlo ke sblížení. Manžel paní S. vypověděl, že příhoda narušila jejich manželství, ale přiznává, že jsou zábrany spíše u jeho strany.

Zvládání rodičovské role:

Komentář:

8 dotazovaných vypovědělo, že jsou jejich blízcí schopni plnit roli rodiče stejně dobře jako v době před příhodou. 2 pacienti nemají děti.

6.2.2 Vztahy

Otázka 2 zkoumala /pohledem blízkých pacientů/, zda jsou pacienti schopni udržovat vztahy stejně jako v době před příhodou: ***Je schopen/ schopna udržovat vztahy tak jako v době před příhodou?*** (viz Tab. 21)

Tabulka 21 – Vztahy

Rozhovor	Vztahy
1	stejně dobře jako dříve
2	stejně dobře jako dříve
3	stejně dobře jako dříve, více se stýká s rodiči
4	stejně dobře jako dříve
5	zhoršení a ukončení vztahů, samotář, uzavřený
6	stejně dobře jako dříve
7	k přátelům citlivější, více s nimi soucítí
8	stejně dobře jako dříve
9	stejně dobře jako dříve
10	stejně dobře jako dříve

Komentář:

7 dotazovaných uvedlo, že jejich blízcí udržují vztahy stejně dobře jako dříve. Manžel paní S. vypověděl, že manželka udržuje vztahy stejně jako v době před příhodou, ale začala se více stýkat s jejími rodiči, což nemá příznivý vliv na jejich manželství. Matka pana V. pozoruje, že v některých synových vztazích došlo ke zhoršení a že někteří lidé s ním přerušili vztahy úplně. Stává se samotářem. Přítelkyně slečny G. udává, že je její kamarádka k přátelům citlivější a více s nimi soucítí než dříve.

6.2.3 Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech

Jak pacienti zvládají zátěž v obvyklých denních činnostech pohledem jejich příbuzných/ přátel zkoumala otázka 3: ***Jak Váš/ Vaše manžel/ manželka, druh/ družka,přítel/ přítelkyně, otec/ matka, syn/ dcera zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech?*** (viz Tab. 22)

Tabulka 22 – Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech

Rozhovor	Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech
1	stejně dobře jako dříve
2	stejně dobře jako dříve
3	stejně dobře jako dříve, větší únavnost, více času na řešení situací
4	stejně dobře jako dříve
5	stejně dobře jako dříve, větší únavnost z práce
6	stejně dobře jako dříve, větší únavnost z práce
7	stejně dobře jako dříve
8	stejně dobře jako dříve
9	stejně dobře jako dříve
10	stejně dobře jako dříve

Komentář:

7 dotazovaných vypovědělo, že jejich příbuzní/ přátelé (pacienti) zvládají zátěž v obvyklých denních činnostech stejně dobře jako dříve. 2 respondenti udávají, že jejich příbuzní/ přátelé (pacienti) zvládají zátěž v obvyklých denních činnostech stejně dobře jako před příhodou, ale je u nich patrná vyšší únavnost z práce. Manžel paní S. udal, že jeho žena zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech stejně dobře, ale je na ní patrná zvýšená únavnost a potřebuje více času na řešení některých situací.

6.2.4 Poruchy kognitivních funkcí a jiných korových činností

Přítomnost změn kognitivních funkcí a jiných korových činností zjišťovala otázka 4: ***Pozorujete na Vašem/ Vaší manželovi/ manželce, druhovi/ družce, příteli/ přítelkyni, otci/ matce, synovi/ dceři nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže?*** (viz Tab. 23)

Tabulka 23 – Poruchy kognitivních funkcí a jiných korových činností

Rozhovor	Poruchy kognitivních funkcí a jiných korových činností
1	přecitlivělost, plačtivost
2	zklidnění, zhoršení zraku
3	přerušovaný spánek, zvýšená únavnost, zapomnětlivost, změny v emotivitě, problémy s vnímáním rychlejšího děje (film), zhoršení vizu (výpadky periferního vidění), radikální řešení problémů, „černobílé“ názory, hyperaktivita, změna životních hodnot
4	beze změn
5	poruchy spánku (problémy s usínáním), zvýšená únavnost, změny v citové oblasti (mrzutost, výbušnost, hádavost), ztráta přátel, rozostřené vidění na levém oku
6	v rámci sebe sama šetření důraznější vytýkání nedostatků kolegům, impulsivnost, zvýšený zájem o vlastní osobu, preciznější řešení problémů
7	citlivější, strach ze smrti
8	beze změn
9	beze změn
10	zapomnětlivost

Komentář:

3 dotazování udávají, že u jejich blízkých (pacientů) nepozorují žádné změny v oblasti kognitivní či jiné potíže. Syn paní H. pozoruje na matce zklidnění, zhoršení zraku. Přítelkyně slečny G. udala, že je její kamarádka citlivější a často vyjadřuje obavy ze smrti. Manžel paní D. udává, že je jeho žena citlivější a plačtivější než dříve. Manželka pana M. uvedla, že manžel zapomíná více než před příhodou. Přítel pana M. vypověděl, že jeho přítel v rámci sebe sama šetření dokáže důraznější vytknout nedostatky kolegům, precizněji řeší problémy než dříve, ale je impulsivnější. Dále udává, že jeho kamarád projevuje zvýšený zájem o vlastní osobu (sebepozorování, sebešetření). Matka pana V. pozoruje na svém synovi poruchy spánku (problémy s usínáním), zvýšenou únavnost a změny v citové oblasti (mrzutost, výbušnost, hádavost), díky kterým ztratil některé přátele. Dále uvádí, že má syn rozostřené vidění na levém oku. Manžel paní S. vypověděl,

že na své manželce pozoruje tyto změny: přerušovaný spánek, zvýšenou únavnost, zapomnětlivost, změny v emotivitě (blíže je nespecifikoval), problémy s vnímáním rychlejšího děje (například sledování filmu), zhoršení vizu (výpadky periferního vidění). Dále uvedl, že manželka řeší problémy radikálněji než dříve, že má „černobílé“ názory a je hyperaktivní. Její změny životních hodnot významně ovlivnily život celé rodiny.

6.2.5 Vliv zjištěných/ přítomných poruch na život pacientů

Vliv poruch, které blízcí pacientů uvedli, na život nemocných zkoumala otázka 5: ***Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvili/ y, další žití Vašeho/ Vaší manžela/ manželky, druha/ družky, přítele/ přítelkyně, otce/ matky, syna/ dcery?*** (viz Tab. 24)

Tabulka 24 – Vliv zjištěných/ přítomných poruch na život pacientů

Rozhovor	Vliv zjištěných/ přítomných poruch na život pacientů
1	plačtivost, přecitlivělost, horší porozumění humoru a ironii
2	bez vlivu
3	úplná proměna, vliv na funkci rodiny
4	vyšší pozornost a opatrnost ze strany okolí
5	zvýšená únavnost, mrzutost, ztráta přátel, samotářství
6	neriskuje, snaha se nerozčilovat, větší přímost a upřímnost
7	větší obavy o svůj život, utužení přátelství
8	více na sebe dává pozor, dodržování léčby hypertenze, obavy z recidivy onemocnění
9	sblížení celé rodiny
10	více na sebe dává pozor, dodržování léčby hypertenze, zesílení rodinných vztahů

Komentář:

Manžel paní D. uvedl, že její další žití ovlivňuje plačtivost, přecitlivělost, horší porozumění humoru a ironii. Manžel paní S. na své ženě pozoruje úplnou proměnu, která má negativní vliv na funkci jejich rodiny. Matka pana V. vypověděla, že zvýšená únavnost, mrzutost a samotářství vedly ke ztrátě několika synových přátel a významně ovlivňují jeho život. Přítel pana M. si myslí, že by se jeho přítel již nepustil do věcí, do kterých se dříve pouštěl. Dále uvádí, že se jeho přítel snaží nerozčilovat, je více přímý a upřímný. Druh paní M. vypověděl, že na sebe družka dává větší pozor, poctivě dodržuje léčbu hypertenze a přiznává obavy z recidivy onemocnění. Manželka pana M. pozoruje, že na sebe manžel dává více pozor než dříve, dodržuje léčbu hypertenze a udává, že je pan M. více pro rodinu. Přítelkyně slečny G. udává, že došlo k utužení jejich přátelství a že má o sebe její kamarádka větší strach. Manžel paní Š. uvedl, že je ze strany blízkých manželce věnována vyšší pozornost a opatrnost. Manžel paní H. si myslí, že díky příhodě došlo ke sblížení celé rodiny. Syn paní H. se domnívá, že příhoda matčin život nijak neovlivnila.

7 DISKUZE

Tato bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů po subarachnoidálním krvácení. Zaměřuje se především na zjištění změn v oblasti sociální, emoční a kognitivní a na vliv přítomných změn na další život pacientů.

Podkladem pro mou diskuzi se staly výsledky analýzy rozhovorů a vlastního pozorování, které probíhaly s pacienty a jejich blízkými. Tito nemocní byli hospitalizováni na SIP Neurochirurgické kliniky ÚVN Praha a v době provádění rozhovorů byli rok až rok a půl po příhodě.

Proč jsem si zvolila právě období rok až rok a půl po příhodě? Z dosavadních šetření vyplývá, že právě v tomto období je nejvyšší riziko vzniku pozdních komplikací, jako například rozvoj hydrocefalu, epilepsie či rekanalizace aneuryzmatu ošetřeného endovaskulární metodou - coilem. Empirická zkušenost uvádí, že ty poruchy, které se do roka neupraví, pak zůstávají zpravidla již trvalými.

Nedá se s určitostí říci, která metoda ošetření aneuryzmatu je z dlouhodobého pohledu pro pacienty šetrnější. Clipping s sebou přináší rizika spojená s operačním výkonem jako takovým. Výhodou je ale definitivní ošetření výdutě. Pacienti jsou sledováni pro riziko rozvoje hydrocefalu a docházejí na CT vyšetření. Naopak ošetření aneuryzmatu coilem je méně invazivní, ale zato vyžaduje častější kontroly, které pacienty „omezují“. Navíc je zde riziko rekanalizace aneuryzmatu. Musíme si však uvědomit, že ne vždy lze mezi těmito metodami volit. Výsledky některých studií dokazují, že právě kvůli dlouhodobé dispenzarizaci je pro pacienty psychicky náročnější již zmiňovaný coiling.

Je známo, že česká populace nedbá na své zdraví tak, jak by měla. Ukazují to výsledky výzkumů zabývající se životním stylem, nadváhou, výskytem rakoviny aj. Málokdo z nás je ke zdravému životnímu stylu vedený již od dětství a proto se mu musíme během života s námahou a často i se sebezapřením sami učit. Oborníků, kteří by nám v této oblasti mohli poradit, je mnoho. Kolik informací z toho všeho ale člověk převede do svého podvědomí a promítne do svého chování? Co jej konečně donutí vzít na vědomí, že správná životospráva a prevence onemocnění je prvním krokem k udržení zdraví, předcházení nemoci a oddálení smrti a v neposlední řadě ke kvalitnímu a plnohodnotnému životu? Je preventivní prohlídka u praktického lékaře opravdu taková ztráta času, jak si většina z nás myslí? Výzkum ukázal, že právě u onemocnění SAK je prevence a osvěta velmi důležitá. Rizikové faktory jako hypercholesterolemie, hypertenze, kouření, nadměrná konzumace alkoholu a přítomnost cévní mozkové příhody v rodinné anamnéze

zvyšují riziko vzniku SAK. Myslím si, že právě v tomto případě je důležité pacienty i jejich příbuzné o těchto rizicích dostatečně poučit.

V popředí zájmu veřejnosti je zejména ischemická cévní mozková příhoda pro svoji vysokou incidenci. Počet pacientů postižených SAK však není zanedbatelný a následky jsou mnohdy vážnější než u jiných typů mozkových příhod. Je diskutabilní, zda by u pacientů, u kterých je přítomno více rizikových faktorů, především pozitivní rodinná anamnéza, hypertenze a hypercholesterolémie, nebylo vhodné preventivně provádět MRA. Uvědomuji si, že významným omezením je finanční náročnost. Zde se mi však nabízí otázka: „Nebylo by úspornější provádět preventivní opatření, než vynakládat vysoké částky na léčbu SAKu a jeho komplikací?“ A především, nikdo a nic nenahradí cenu lidského života. Vždyť až 75 % pacientů umírá časně po vzniku onemocnění nebo následkem komplikací. Významným faktorem, který by mohl uspíšit léčbu a snížit úmrtnost pacientů se SAK je včasné odhalení varovných příznaků a projevů onemocnění. K tomuto je ale třeba zvýšit informovanost populace jak odborné, tak i laické. Na SAK není v mnoha případech pomýšleno neboť mohou být jeho příznaky netypické.

Po prodělání akutní fáze onemocnění, po ukončení hospitalizace a pracovní neschopnosti, jejíž průměrná délka je 4,5 měsíce, se nemocní začínají zapojovat do běžného života a snaží se plnit své partnerské a rodičovské role. Tato adaptace však v sobě skrývá nemalá úskalí. Po překonání onemocnění na ně čekají další, zdánlivě malé komplikace, snižující kvalitu jejich života. Nemocní trpí poruchami spánku, zvýšenou únavností, poruchami paměti a emotivity. Všechny tyto komplikace mohou mít dopad nejen na pracovní vztahy a rodinu ať už v pozitivním či negativním smyslu. Někteří pacienti uvádějí, že si po příhodě začali více užívat života, změnili priority, sblížili se s rodinou a utužili přátelství. U jiných se objevily změny nálad (výbušnost, plačtivost), které vedly k narušení vztahů s partnerem. Léčba těchto komplikací je nelehká a často podceňovaná. Odborníci varují, že například nedostatek kvalitního spánku a odpočinku může vést ke zvýšení rizika kardiovaskulárních chorob, vysokému krevnímu tlaku, snížení imunity a k psychickým problémům.

Mé šetření přineslo zajímavé a překvapivé výsledky. Zjistila jsem, že dvě pacientky mají potíže při sledování filmu s titulky. Nejsou schopné vnímat současně děj filmu a číst titulky. Dříve, v době před krvácením, jim ale tato činnost nečinila problémy, vnímaly film a titulky jako celek. Nyní nedokážou tyto dvě činnosti propojit.

Dalším překvapivým zjištěním je četnost a závažnost poškození zraku u dotazovaných pacientů. U poloviny dotazovaných pacientů se objevují výpadky

v periferním vidění či rozostřené vidění. Problémy se zrakem s sebou přinášejí pocity nejistoty a strachu z neznámého prostředí, riziko poranění a omezení v používání dopravních prostředků (řízení automobilu). Tyto potíže nemocným významně ovlivňují jejich kvalitu života.

Většina pacientů v rozhovoru uvedla, že zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech stejně dobře jako v době před příhodou, což je v rozporu s tvrzením, že většina z nich trpí zvýšenou únavností. Opravdu zvládají zátěž stejně dobře jako před onemocněním? Nesnaží se jen žít a chovat tak jako by se nic nestalo, aby splňovali nemalé nároky, které na sebe kladou? Pro některé je obtížné se s následky onemocnění vyrovnat. V této situaci jim mohou nejvíce pomoci právě jejich blízcí, a to především oporou a tolerancí. Vyřešit některá úskalí by jim také mohl pomoci psycholog či praktický lékař. Proto je třeba nejen pacienty, ale i jejich rodiny o této možnosti informovat a tuto pomoc jim nabídnout.

Domnívám se, že situace, kdy našeho blízkého postihne závažné onemocnění, v nás vzbudí mnoho rozporuplných emocí. Máme strach, nevíme si rady, sami si uvědomíme, že život není takovou samozřejmostí, jak jsme se domnívali. Myslím si, že právě přítomnost psychologa, který by byl pacientům i jejich blízkým k dispozici nejen během hospitalizace, by jim velmi pomohla se postupně vyrovnávat se změnami, kterými procházejí. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že pro pacienty má přítomnost někoho známého nenahraditelnou úlohu, jsou zpravidla klidnější, uvolnění a cítí se v bezpečí.

ZÁVĚR

Za téma své bakalářské práce jsem si zvolila: Kvalita života pacientů po subarachnoidálním krvácení, protože mě toto onemocnění vždy velmi zajímalo a chtěla jsem si tímto způsobem rozšířit znalosti z dané oblasti.

Získané informace, výsledky šetření, vlastní pozorování a zkušenost z oboru mě inspirovaly k vytvoření několika doporučení pro praxi a návrhům pro další výzkumná šetření.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienty:

- Nepodceňujte význam lékařských prohlídek, i za zdánlivě banálním problémem se může skrývat závažné onemocnění. Preventivní prohlídka u praktického lékaře Vám může přinést nové poznatky o Vašem zdravotním stavu, jako například vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu, nepravidelnost srdečního rytmu aj. Včasně tak bude zahájena léčba Vašeho onemocnění a Vy si tak můžete zajistit dlouhý a plnohodnotný život.
- Informujte se u svého ošetřujícího lékaře o svém zdravotním stavu, možných rizicích a komplikacích, které Váš životní styl či onemocnění, kterými trpíte, mohou přinášet. Ptejte se na vše, co Vám není jasné a co Vás zajímá.
- Vyvarujte se rizikovému chování - kouření, nadměrné konzumaci alkoholu a stresu, dbejte na pitný režim, vyváženou stravu a dostatek pohybu. Dodržujte lékařská a ošetřovatelská doporučení, která Vám byla v souvislosti s Vaším zdravotním stavem poskytnuta. Uvědomte si, že nejste ohroženi jen ischemickou chorobou srdeční, diabetem či nádorovým onemocněním, ale i cévní mozkovou příhodou.
- Zhodnoťte svůj zdravotní stav a nepřeceňujte vlastní síly. V návratu k činnostem, které jste byli před onemocněním (SAK) zvyklí vykonávat, se vracejte postupně. Není dobré nic uspěchat. Únavu, kterou nyní pociťujete, nepřekonávejte. Dbejte na dostatek odpočinku a spánku, vždyť Vaše zdraví je pro tuto chvíli to nejdůležitější. Neostýchejte se požádat o pomoc odborníky a své blízké. Jsme tu pro Vás.

Doporučení pro ošetřovatelský personál:

- Dbejte na to, aby byl Váš pacient řádně informovaný. Zpravidla platí, že informovaný pacient je spolupracující pacient. Ale pozor, nepřekračujte své kompetence! Vyžaduje-li nemocný (či blízký pacienta uvedený v informovaném souhlasu) informace o jeho zdravotním stavu, výkonu, který ho čeká apod., kontaktujte ošetřujícího lékaře, který tyto informace pacientovi (příbuznému/ blízkému) poskytne.
- Přítomnost psychologa jako člena týmu, který by byl pacientům i jejich blízkým k dispozici nejen v průběhu hospitalizace, by jim mohla pomoci se vyrovnávat se situacemi a změnami, kterými procházejí.
- Dbejte na důsledné kontroly zraku (velikost a tvar zornic, pohyblivost očních bulbů, zraková ostrost, periferní vidění, barvocit, diplopie aj.) a poučte pacienty, aby Vás při jakékoliv změně informovali.
- Preventivní prohlídka u očního lékaře po překonání akutní fáze onemocnění v průběhu hospitalizace, po propuštění ze zdravotnického zařízení či při zrakových potížích, odhalí změny, které může SAK způsobit (krvácení do sklivce, změny na sítnici, výpadky v periferním vidění aj.). Toto zjištění umožní včasné zahájení léčby očních komplikací a může tak předejít nenávratnému poškození zraku.
- Buďte k pacientům i jejich blízkým vlídní a trpěliví, poskytujte jim psychickou oporu. Umožněte, pokud to stav nemocného dovolí, časově neomezené návštěvy jeho blízkých. Pacienti jsou zpravidla v přítomnosti někoho známého klidnější a cítí se v bezpečí.
- Vzdělávejte se v oboru, cenné informace a rady pro praxi Vám mohou poskytnout například kurzy zvládání agresivních a zmatených pacientů.

DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM:

Na tento výzkum by se dalo navázat dalším výzkumným šetřením v oblasti zjišťování kvality života pacientů po SAK v odstupu několika let. Výsledky by mohly přinést zajímavé poznatky, zda dochází či nedochází k úpravě nebo naopak k prohloubení již zjištěných poruch, a dále zda se neobjevují deficity nové.

Námětem pro nové výzkumné šetření by se také mohly stát již zmiňované oční poruchy, které vznikají v souvislosti s onemocněním SAK. Pacientům tyto změny v oblasti vidění přinášejí nemalé útrapy a významně tak snižují kvalitu jejich života.

ANOTACE

Autor:	Petra Škrášková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství

Název práce:	Kvalita života pacientů po subarachnoidálním krvácení
Vedoucí práce:	PhDr. Mariana Bažantová
Počet stran:	134
Počet příloh:	13
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	kvalita života, porucha kognitivních funkcí, aneuryzma, subarachnoidální krvácení, ošetřovatelská péče

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů po subarachnoidálním krvácení rok až rok a půl po příhodě. Důraz je kladen na dopad tohoto závažného onemocnění na psychickou, sociální a emoční oblast života pacientů. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

Pojem kvalita života se začíná objevovat a zkoumat v různých vědních disciplínách už od poloviny dvacátého století. První kapitola teoretické části práce se zabývá definicí pojmu a metodami zjišťování kvality života. Dále nastiňuje možné změny v kvalitě života u pacientů po SAK, které vyplývají z dosavadních šetření.

Poruchám kognitivních funkcí a činnosti mozkové kůry se věnuje kapitola druhá. Poukazuji na tyto poruchy proto, že u vysokého procenta přeživších pacientů po SAK výrazně snižují kvalitu jejich života.

Třetí kapitola rozvádí problematiku aneuryzmatu a spontánního SAK. Informuje o příčinách vzniku, diagnostice, léčbě a komplikacích, které mohou toto onemocnění provázet. Ošetřovatelská péče o nemocné postižené touto příhodou klade vysoké nároky na vzdělání a profesionální přístup personálu. Tato podkapitola popisuje ošetřovatelské postupy a základní potřeby pacientů v intenzivní péči.

Cílem empirické části práce bylo zhodnotit kvalitu života pacientů po SAK. Výběr respondentů byl účelový. Výzkumu, který byl prováděn na kvalitativní bázi, se zúčastnilo 10 pacientů, 7 žen a 3 muži. Zvolenou metodou výzkumu byly semistrukturované rozhovory. Při sestavování interview byla použita metoda triangulace. Interview bylo zachyceno záznamovou technikou, analyzováno a tříděno otevřeným kódováním.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že se u pacientů projevují změny především v oblasti paměti, emotivity, spánku a únavy. Překvapivým zjištěním je četnost a závažnost poškození zraku pacientů postižených SAK. Nejčastěji se objevují výpadky v periferním vidění a rozostření obrazu. Nelze však s určitostí říci, zda je toto poškození zraku zapříčiněno zvýšením nitrolebního tlaku při SAK nebo došlo ke krvácení do oka samotného.

ANNOTATION

Author:	Petra Škrášková
Institution:	Institute of social medicine, Charles University - Faculty of Medicine in Hradec Kralové Department of nursing

Thesis title:	Patients' quality of life after subarachnoid hemorrhage
Supervisor:	PhDr. Mariana Bažantová
Number of pages:	134
Number of attachment:	13
Year:	2010
Keywords:	quality of life, cognitive impairment, aneurysm, subarachnoid hemmorhage, nursing care

Bachelor's thesis is focused on patients' quality of life 1 to 1,5 years after subarachnoid hemorrhage. The primary emphasis is set on the impact of this disease on psychological, social and emotional patients' life. The thesis is divided into theoretical and empirical part.

Patients' quality of life has been studied since the second half of the last century in various medical disciplines. Definition and ways how to investigate patients' quality of life are discussed in the theoretical part of thesis. The impact of subarachnoid hemorrhage on quality of life are reviewed and discussed.

The second chapter is dealing with cognitive changes and function of brain cortex. This topic is very important since impairment of these functions significantly decrease quality of life after subarachnoid hemorrhage.

The third chapter is focused on general data about subarachnoid hemorrhage and intracranial aneurysms. The risk factors of this disease, diagnostic procedures, treatment options and potential complications are reviewed. Nursing care for patients who suffured subarachnoid hemorrhage is very demanding. The education and professional behavior of the nurses is of utmost importance. Nursing procedures and basic patients' needs in intensive care unit are described.

The goal of empirical part of my thesis was to evaluate the patients' quality of life after subarachnoid hemorrhage was. Altogether 10 patients (7 women and 3 men) were included into my investigation. Semistructural interviews were selected to study patients'

quality of life. Triangulation method was used to develop semistructural interviews. Interveiw was recored, analyzed and coded.

Changes in patients' memory, emotions, sleep and tiredness were discovered in my investigation. The frequency and severity of visual disturbances represent rather surprising outcome of my thesis. Visual temporal field deficit and defocusing were noted the most frequently. It is not possible to conclude whether increased intracranial pressure after subarachnoid hemorrhage or bleeding in eye is the cause of these visual problems.

SEZNAM PRAMENŮ

Monografie…….. 86
Diplomové a bakalářské práce…… 86
Články v periodických publikacích……..…….. 87
Elektronické zdroje……..……88

SEZNAM LITERATURY

Monografie

1. ELIŠKOVÁ, E., NAŇKA, O. *Přehled anatomie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. s. 254-259, 278-279. ISBN 978-80-246-1216-4

2. FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda. Prevence a léčba mozkového iktu.* Praha: Galén, 2007. s. 33-37. ISBN 978-80-7262-428-7

3. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9

4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 162-183. ISBN 80-247-01790

5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, 2001. s. 243-248. ISBN 80-7178-551-2

6. VAŇÁSKOVÁ, E. *Testování v rehabilitační praxi - Cévní mozkové příhody.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. s. 5. ISBN 80-7013-398-8

7. VÍŠEK, V. *Vnitřní lékařství pro 2. ročník středních zdravotních škol 2. díl*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1995. s. 8. ISBN 80-85526-46-8

8. WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D. a kol. autorů *Základy speciální neurologie* 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. s. 79-92. ISBN 80-246-1020-5

9. WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D. a kol. autorů *Základy obecné neurologie* Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. s. 140-147. ISBN 80-246-0803-0

Diplomové a bakalářské práce

10. MARKOVÁ, I. *Kvalita života u osob s lupénkou.* Diplomová práce (Mgr.) obhájená na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích v r. 2008. Depon in: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Články v periodických publikacích

11. FRIEMERT, K., HEYDENREICH, A., MANTHEY, I., BERNT, H. Klinické zkušenosti se škálou sebehodnocení k zachycení organického psychosyndromu u cerebrovaskulární insuficience. *Čs. Psychiatrie.* Rostock: Psychiatrická a neurologická klinika. Psychiatrické oddělení Rostock. ISSN 0069-2336. 1991. roč. 87, č. 3/4, s. 145-150

12. HABALOVÁ, J., KANTA, M., DOSTÁLOVÁ, V., ZÁDROBÍLEK, K. Jak monitorovat pacinty po subarachnoidálním krvácení a včas zachytit hrozící komplikace? *Neurologie pro praxi.* Hradec Králové: Neurochirurgická klinika FN. ISSN 1213-1814. 2005. roč. 6, č. supl. A, s. A13-14

13. HEŘMAN, M. Neinvazivní diagnostika subarachnoidálního krvácení. *Česká radiologie.* Olomouc: Radiologická klinika LF UP a FN. ISSN 1210-7883. 2007. roč. 61, č. 3, s. 255-263

14. HEŘMAN, M. Neinvazivní diagnostika subarachnoidálního krvácení. *Zdravotnické noviny.* Olomouc: Radiologická klinika LF UP a FN. ISSN 0044-1996. 2007. roč. 56, č. 22, s. 7-10

15. JANOUŠKOVÁ, L. Současné možnosti diagnostiky a endovaskulární léčby mozkových výdutí. *Kardiologie v primární péči.* Praha: Radiodiagnostické oddělení Nemocnice na Homolce. ISSN 1802-1379. 2008. roč. 3, č. 2, s. 58-65

16. KRAMÁŘ, F., BENEŠ, V., MOHAPL, M. Doppler scanning v chirurgii aneuryzmat. *Rozhl. Chir.* Praha: Neurochirurgická klinika 1. LF UK a IPVZ, ÚVN Praha 6. ISSN 0035-9351. 2001. roč. 80, č. 1, s. 9-11

17. KUBÍNOVÁ, K., ZADROBÍLEK, K., KŘEPINSKÁ, E., KŘÍŽ, J., KALOUSEK, I. Subarachnoidální krvácení při ruptuře aneurysmatu v graviditě. s.66-69 In: Gynekolog. Rok 2007, roč. 16, č. 2. Hradec Králové: Gynekologická a porodnická klinika FN. ISSN 1210-1133

18. MRAČEK, J., CHOC, M., RUNT, V. Pozdě rozpoznané subarachnoidální krvácení-příčina fatálních konců. *Plzeňský lékařský sborník.* Plzeň: Neurochirurgické oddělení FN. ISSN 0551-1038. 2007. sv. 73, s. 79-84

19. PERDULOVÁ, M., LYČKOVÁ, K. Péče po operaci mozkového aneuryzmatu. *Sestra.* Ostrava: Neurochirurgická klinika, FNsP Ostrava - Poruba. ISSN 1210-0404. 2003. roč. 13, č. 10, Příl. temat. sešit - Neurochirurgie, RHB, č. 118, s. 40

20. PREISS, M., BENEŠ, V., KLOSE, J., KOBLIHOVÁ, J. Psychologické následky subarachnoidálního krvácení. *Psychiatrie.* Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISSN 1211-7579. 2002. roč. 6, č. 1. s. 28-30

21. PREISS, M., KOBLIHOVÁ, J., KRÁMSKÁ, L., DUŠÁNKOVÁ, E., NETUKA, D., BERNARDOVÁ, L., BENEŠ, V. Kvalita života u pacientů po subarachnoidálním krvácení - roční katamnéza. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISSN 1210-7859. 2008. roč. 71/104, č. 3. s. 309-316

Elektronické zdroje

22. BENEŠ, V. a kol. autorů. *Subarachnoidální krvácení.* [online]. [cit.2009-03-26] Dostupné z WWW<http://www.neurosurg.cz/clanek.php?id=8

23. FEIT, J. a kol. autorů. *Subarachnoidální krvácení.* [online]. [cit.2009-03-26] Dostupné z WWW<http://atlases.muni.cz/atlases/stud/atl_cz/main+cnspatol+porkrobcns.html#nitroleb krv+subarachkrv

24. KMENT, M. *Subarachnoidální krvácení.* [online]. [cit.2009-03-26] Dostupné z WWW<http://kment.milan.sweb.cz/5.htm

25. KOWALSKI, R., CLAASSEN, J., KREITER, K., et al. Initial Misdiagnosis and Outcome After Subarachnoid Hemorrhage. [online]. s. 866-869 [cit.2010-01-23] Dostupné z WWW<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/7/866

26. KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v psychiatrii* [online]. [cit.2009-08-31] Dostupné z WWW<http://books.google.cz/books?id=6NLWjg2oov8C&pg=PA28&lpg=PA28&dq=organick%C3%BD+psychosyndrom&source=bl&ots=xzBoZostUy&sig=PNKTk_ptdWnjjwsuKxe9Ro0B7GQ&hl=cs&ei=HVGcSr2oBYX0_Aa4puy0BQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=7#v=onepage&q=organick%C3%BD%20psychosyndrom&f=false

27. *Kvalita života související se zdravím* [online]. [cit.2009-06-30] Dostupné z WWW<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/kvalita-zivota-souvisejici-se-zdravim

28. LAMBERT. *Stupnice podle Hunta a Hesse.* [online]. [cit.2009-03-26] Dostupné z WWW<http://www.mudr.org/web/subarachnoidalni-krvaceni-hunt-hess

29. MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. *Kvalita života u dětí* [online]. [cit.2009-06-30] Dostupné z WWW<www.volny.cz/uhsl/elearning/3LSbolest.doc

30. MLČOCH, Z. *Arachnoidální krvácení* [online]. [cit.2009-03-26] Dostupné z WWW<http://www.zbynekmlcoch.cz/info/neurologie/subarachnoialni_epiduralni_a_subduralni_krvaceni_priznaky_lecba_a_prevence. html

31. MOHAPL, M., KRAMÁŘ, F., BENEŠ, V. ml. *Intervenční techniky v neurochirurgii.* [online]. [cit.2009-03-26] Dostupné z WWW<http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art811

32. *Nootropní léčiva a kognitiva* [online]. [cit.2009-08-31] Dostupné z WWW<http://www.zdrava-rodina.cz/med/med698/m698_19.html

33. *Pojem subarachnoidální krvácení.* [online]. [cit.2009-03-26] Dostupné z WWW<http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/subarachnoidalni-krvaceni

34. SVOBODOVÁ *Kvalita života* [online]. [cit.2009-06-30] Dostupné z WWW<http://kvalitazivota.vubp.cz/.../soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc

35. TOPINKOVÁ, E. *Kognitivní poruchy ve vyšším věku - diferenciální diagnostika* [online]. [cit.2009-08-30] Dostupné z WWW<http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t271.rtf

36. VISSER-MEILY, A., RHEBERGEN, M., RINKEL, G., et al. *Long-Term Health-Related Quality of Life After Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage* [online]. [cit.2010-01-23] Dostupné z WWW<http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/STROKEAHA.108.531277v1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RI

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Zkratka	Vysvětlivka
a.	arteria, tepna
AN	aneuryzma, výduť
ARO	anesteziologicko - resuscitační oddělení
AVM	arteriovenózní malformace
CT	počítačová tomografie
CTA	CT angiografie
DSA	katetrizační angiografie
EKG	elektrokardiograf
ET CO_2	koncentrace oxidu uhličitého na konci výdechu
ICHS	ischemická choroba srdeční
JIP	jednotka intenzivní péče
MR	magnetická rezonance
MRA	MR angiografie
SAK	subarachnoidální krvácení
SIP	jednotka semiintenzivní péče
UPV	umělá plicní ventilace
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Aneuryzma……...……..……..25
Obr. 2 Ruptura aneuryzmatu…….. 26
Obr. 3 Coiling aneuryzmatu…….……...32
Obr. 4 Clipping aneuryzmatu……...……...34
Obr. 5 Clipping a coiling aneuryzmatu……...35

ELEKTRONICKÉ ZDROJE OBRÁZKŮ

1. *Aneuryzma* [online]. [cit.2010-04-03] Dostupné z WWW<http://mayfieldclinic.com/PE-AneurRupt.htm

2. *Ruptura aneuryzmatu* [online]. [cit.2010-04-03] Dostupné z WWW<http://strokecenter.org/patients/sah.htm

3. *Coiling aneuryzmatu* [online]. [cit.2010-03-26] Dostupné z WWW<http://columbianeurosurgery.org/2009/12/results-from-first-iml-aneurysm-coiling-v-clipping-still-a-toss-up/

4. *Clipping aneuryzmatu* [online]. [cit.2010-03-26] Dostupné z WWW<http://popovic.com.au/surgery_cranial_conditions.html

5. *Clipping a coiling aneuryzmatu* [online]. [cit.2010-03-26] Dostupné z WWW<mayoclinic.org/medicalprofs/neurointerventionalist-ncn0109.html

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Věk……...46
Tab. 2 Přítomnost rizikových faktorů…… 47
Tab. 3 Rodinný stav a zvládání rolí…… 48
Tab. 4 Vztahy……..50
Tab. 5 Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech……52
Tab. 6 Délka pracovní neschopnosti ……...53
Tab. 7 Zaměstnání……...54
Tab. 8 Zvládání zátěže v zaměstnání…….. 55
Tab. 9 Spánek……..56
Tab. 10 Únava……57
Tab. 11 Paměť……58
Tab. 12 Koncentrace……... 59
Tab. 13 Emoce…… 60
Tab. 14 Všeobecné zpracování informací……..…... 61
Tab. 15 Řešení problémů……..... 62
Tab. 16 Učení……..63
Tab. 17 Plánování, rozhodování a organizování činností…….……..... 64
Tab. 18 Orientace v prostoru a čase……65
Tab. 19 Vliv změn na život pacientů……. 66
Tab. 20 Zvládání partnerských a rodičovských rolí ……. 68
Tab. 21 Vztahy……69
Tab. 22 Zvládání zátěže v obvyklých denních činnostech……. 70
Tab. 23 Poruchy kognitivních funkcí, jiných korových činností/ funkcí a jiné potíže…. 71
Tab. 24 Vliv zjištěných/ přítomných poruch na život pacientů……. 72

III PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Škála sebehodnocení k zachycení organického psychosyndromu u cerebrovaskulární insuficience

Příloha 2: Barthelův test základních všedních činností

Příloha 3: Rozhovor č. 1 s D. Z.

Příloha 4: Rozhovor č. 2 s H. J.

Příloha 5: Rozhovor č. 3 s S. I.

Příloha 6: Rozhovor č. 4 s Š. N.

Příloha 7: Rozhovor č. 5 s V. J.

Příloha 8: Rozhovor č. 6 s M. P.

Příloha 9: Rozhovor č. 7 s G. P.

Příloha 10: Rozhovor č. 8 s M. J.

Příloha 11: Rozhovor č. 9 s H. J.

Příloha 12: Rozhovor č. 10 s M. T.

Příloha 13: Souhlas s prováděním výzkumného šetření

Příloha 1: Škála sebehodnocení k zachycení organického psychosyndromu u cerebrovaskulární insuficience

„1. Zapomínám častěji než dříve na běžné věci.

2. Obtížněji se koncentruji.

3. Potřebuji více času k řešení určitých problémů.

4. Častěji si poznamenávám věci, abych nezapomněl.

5. Unavím se rychleji než dříve.

6. Večer jsem unavenější než jindy.

7. Těžko se rozhoduji.

8. Večer špatně usínám.

9. Ráno se časněji probouzím a jsem nevyspalý.

10. Přechodně se mi zhoršuje dech.

11. Pohyblivost končetin je bolestivě omezena.

12. Trpím bolestmi hlavy a přechodnou malátností.

13. Mám stavy závrati nebo poruchy rovnováhy.

14. Jsem často ve stísněné náladě.

15. Při konfliktech reaguji rychle podrážděně.

16. Musím častěji plakat.

17. Sexuálně jsem méně aktivní.

18. Mám zábrany, málokdy se dokážu uvolnit.

19. Mám menší zájem o své okolí, stal jsem se lhostejnějším.

20. Mám bolesti u srdce, které občas vyzařují do levé paže.

21. Mám studené ruce a nohy.

22. Už jsem měl pocit hluchoty a letmého ochrnutí v oblasti jednotlivých končetin.

23. Vyskytly se letmé poruchy vidění nebo řeči (obtížné vyhledávání slov).

24. Snadno znejistím.

25. Ruší mě šelesty v uchu (hučení v uších).

Každá otázka se hodnotí podle stupně výraznosti projevu body 1 - 5: „téměř stále“ - 5 bodů, „často“ - 4 body, „někdy“ - 3 body, „zřídka“ - 2 body, „nikdy“ - 1 bod. Ze součtu všech bodů dostaneme celkový počet bodů. Nejnižší celkový počet bodů je 25, maximální počet bodů 125. Čím vyšší je celkový počet bodů, tím výraznější je organický psychosyndrom.“ (5, s. 146 -147)

Příloha 2: Barthelův test základních všedních činností

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	**Najedení, napití**	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
2.	**Oblékání**	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
3.	**Koupání**	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
4.	**Osobní hygiena**	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
5.	**Kontinence moči**	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	**Kontinence stolice**	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	**Použití WC**	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
8.	**Přesun lůžko - židle**	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	**Chůze po rovině**	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	**Chůze po schodech**	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení	Závislost	Body
	Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha 3: Rozhovor č. 1 s D. Z.

D. Z. je 42letá vdaná žena vysokoškolského vzdělání pracující jako kantorka na vysoké škole ekonomické.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: subarachnoidální krvácení dle HH 1. stupně z neprokázaného zdroje.
Vznik a průběh onemocnění: Při fyzické námaze vznikla náhlá prudká bolest hlavy s nauzeou a zvracením. V průběhu hospitalizace febrilní stav. 7. den po vzniku SAK rozvoj těžké levostranné hemiparézy, somnolence a dezorientace. CT mozku bez nálezu krvácení. Prokázány vazospazmy na a. cerebri media.
Léčba SAK: zdroj krvácení nebyl prokázaný při 2 DSA.
Komplikace SAK: vazospazmy.

Přepis rozhovoru s D. Z.

Kolik je Vám let? 42.
Kouříte? Ne, nekouřím a nikdy jsem nekouřila.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Jen příležitostně, jednou, dvakrát týdně si dáme s manželem víno. Nebo na nějaké oslavě, večírku a tak. Dám si tak jednu dvě skleničky.
Trpíte vysokým krevním tlakem? Ano. Zjistili mi to asi před třemi lety. **Léčíte se?** Ano, léky beru pravidelně a na kontroly poctivě docházím. Dávám si na to pozor.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? Ano, mám ho mírně zvýšený. **Léčíte se?** Mám jen omezovat mastné a smažené, jíst víc ovoce a zeleniny, ale na prášky to prý zatím není.
Prodělal někdo z vašich pokrevných příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? Ano, dědeček, otec matky, prodělal tři mozkové příhody. **Víte jaké?** Ano, měl klasickou mrtvičku. Ischemická mozková příhoda, říkám to správně? **Ano.**
Jste vdaná? Ano, už osmnáct let.

Jste schopna plnit roli manželky stejně jako v době před příhodou? Já bych řekla, že jo. Vnímám to tak, že máme s manželem bližší vztah. Manžel byl ke mně hrozně hodný, ale teď si už zvykl, že zase funguju. Řekla bych, že nás to určitě sblížilo.

Máte děti? Ano. Dvě dcery. Zrovna jsou obě v pubertě.

Jste schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? Myslím si, že to funguje. Mám dvě pubertální dcery. Nemáme žádné problémy. Snažím se holky vyslechnout, když to jde. Když mi chtějí vyprávět a povídat. Člověk nastaví to ucho rád, protože kdo ví, jak dlouho si budou chtít vyprávět a povídat než vyletí z hnízda.

Jste schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Nic se výrazně nezměnilo, akorát jsem citlivější. **Navazujete nové vztahy?** Ano. Nedělá mi to žádné potíže. Denně se seznamuji s novými lidmi. Mám to ráda. A při mém povolání kantora je to určitě nezbytné. **Navazuje nové vztahy stejně dobře jako dříve?** Já si myslím, že určitě. Vždy jsem se seznamovala dobře.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? Mám pocit, že funguju úplně normálně. Je možné, že na to mé okolí může nahlížet jinak. Mám pocit, že jsem asi unavenější. Ale minimálně.

Jak dlouho jste byla v pracovní neschopnosti? No, od července do konce března. To jsem se nechala uschopnit. V podstatě jsem byla doma devět měsíců.

Setrvala jste ve stejném zaměstnání? Ano. **Ve stejné pracovní pozici?** Ano. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ano. Ale vzdala jsem se učení na soukromých školách, nechala jsem si jen jednu. Zapadla jsem do starých kolejí. Měla jsem pocit, že jsem touto příhodou některé věci úplně zapomněla, asi na chvíli ano. Vím, že tam byly. A teď, když jsem začala zase studovat, tak to začalo zase krásně nabíhat. Začala jsem si uvědomovat i souvislosti, například při výkladu. Měla jsem v práci přednášet, a věci, které jsem si momentálně nepřipravovala těsně před tou přednáškou, tak mi naskakovaly.

Jak zvládáte zátěž v zaměstnání? Myslím, že dobře. Jen jsem prostě víc unavená.

Máte nějaké problémy se spánkem? No, asi mi to spaní šlo dřív líp, ale myslím si, že i teď spím relativně dobře. Snažím se dost spát. Teď spím tak těch šest hodin. Jak kdy. Dřív jsem spávala čtyři pět hodin. Teď mám špatné svědomí, když nespím aspoň těch šest. Jen vždycky, když mám například před školou, před stresovou situací nebo víc přednášek, tak je to horší. Vím, že se musím vyspat, tak už ten pocit, že se musím vyspat, vede k tomu, že nemůžu usnout.

Jste unavenější než dříve? Trošku ano. Určitě ne nijak dramaticky. Snažím se víc odpočívat a tolik se nezatěžovat. Právě proto jsem postila ty vedlejší úvazky na jiných

školách, nechala jsem si jen jednu. Myslím, že bych to všechno nezvládla tak jako dřív. Tehdy jsem tu únavu jakoby přecházela, teď si na to netroufám.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? No, porucha paměti tam po té příhodě určitě byla. To jsem měla jakoby výpadky. Ale rozhodně jsem si toto více uvědomovala více v to září, v období těsně po příhodě. Nemohla jsem si na některé věci vzpomenout, ale teď je to jakoby v normálu. Občas si nemůžu vzpomenout na jméno herce nebo něco takového.

Máte nějaké potíže se soustředěním? No, nevím, asi je to tou leností, jak říká jeden můj kolega, ale píše se mi hůře. Nevím, ale asi to bude tím, že z toho člověk totálně vypadl. Jde o to se k tomu donutit. Je to asi o té lenosti. Totálně se mi prostě nechce. Já bych prostě psát nemusela psát vůbec. Já to prostě k životu vůbec nepotřebuju. Ale pod tlakem okolností jsem schopna i psát.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? Určitě jsem po té příhodě citlivější. Konfliktnější nevím, ale plačtivější určitě jsem. Mně teď stačí opravdu hodně málo. Všechno se mi to vrací. Tak na to člověk pořád tak nějak myslí, i když nechce. Taky mi ostatní vyčítají, třeba když jsme byli na horách. Všichni si stěžovali, jak je bolí nohy, rameno, záda,… A já si stěžovat nesmím. Já řeknu, že mě bolí hlava a už jsou všichni vyděšený. Tak mám stěžování zakázaný.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Myslím si, že ano. Ale zjistila jsem, že mi dělá problémy třeba číst titulky při sledování filmu. Ne, že bych nepřečetla ty titulky. Ale dřív jsem je vůbec nevnímala. Zakoukala jsem se na film a titulky jsem vnímala jako součást kontextu. Nestíhám je číst.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? Ne. Vždy jsem měla tendenci tlačit to před sebou a řešit až v momentě, kdy už opravdu musím.

Učíte se stejně dobře jako dříve? Ano. Učím se dobře. Jen se k tomu donutit. Na každou přednášku se musím připravovat a na věci, které jsem dlouho nepřednášela, se samozřejmě musím připravovat více. Zopakovat si to.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? To si myslím, že je normální. Vždy jsem se špatně rozhodovala. Trvá mi to dlouho a jsem nerozhodná. Čas si organizuji naštěstí dobře.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? V čase se orientuji dobře. V prostoru je to trošku hůře kvůli očím. Po příhodě se mi zhoršil zrak. Nejméně o půl dioptrie. Největší problémy mám s periferním viděním při únavě a v šeru. Jsem taková jakoby nejistá. Ano.

Hlavně v šeru a při únavě. To si musím dávat víc pozor na cestu. Lépe se cítím, když jde někdo se mnou.

Ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvily, Vaše další žití? Vadí mi ta přecitlivělost a větší únava. Také mě dost omezují ty potíže s očima. Nejvíce asi když jdu už v šeru po ulici, tak mi některé věci splývají. Jsem jistější, když jde někdo se mnou. Kolikrát si pomyslím, co by se stalo, kdybych přehlídla auto…No, radši na to nemyslet. A ta paměť, ta se dá trénovat. Něco pořád s tou hlavou dělat. Ale co považuji za pozitivum je naše sblížení s manželem.

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru s manželem D. Z.

Je Vaše žena schopna plnit roli manželky stejně jako před příhodou? Myslím, že ano.

A roli matky? Pořád se chová stejně jako předtím. Taková ta opičí láska.

Je schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě ano. S přáteli se stýká jako dřív. Myslím, že v tomto se nijak nezměnila.

Jak Vaše manželka zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? No, řekl bych, že tam nedošlo ke změně. Zvládá všechno tak jak dřív.

Pozorujete na Vaší manželce nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? Určitě je víc přecitlivělá. Stačí jí troška a hned se rozbrečí. Jinak si myslím, že se nic nezměnilo.

Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvili další žití Vaší manželky? Je to o tom, že se velmi snadno rozbrečí. Je velmi přecitlivělá. A já jsem slzy neměl nikdy rád. To mě osobně jako vadí. A nerozumí tolik, ne nerozumí, díky té přecitlivělosti tolik nechápe ironii a srandu. **Děkuji Vám za rozhovor.**

Vlastní postřehy

Paní D. je velmi citlivá, v průběhu rozhovoru se jí často v očích objevovaly slzy. Reagovala adekvátně a ochotně. S manželem i dcerami má hezký vztah. Při setkání na mě rodina působila velmi kladným dojmem. Je patrné, že paní D. má stabilní zázemí, které jí je velkou oporou. Je zjevné, že jí zvýšená citlivost vadí. Přála by si být silnější a odolnější. Změny v kvalitě zraku nebyly při běžných činnostech, v průběhu našeho rozhovoru, nijak patrné. V prostoru se orientovala dobře, chůzi měla jistou, četba jí nečinila potíže.

Příloha 4: Rozhovor č. 2 s H. J.

H. J. je 38letá rozvedená žena středoškolského vzdělání pracující jako hlavní účetní ve zdravotnickém zařízení.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: SAK dle HH 1. stupně z AN na a. ophthalmica.
Vznik a průběh onemocnění: Večer po práci měla pocit únavy a tlaku za krkem. V klidu, ve sprše, pocítila lupnutí v zátylku. Přestávala vidět na levé i pravé oko, jen chvílemi viděla bílou skvrnu. Tlak v týle se rozšířil v bolest. Nauzeu neměla, nezvracela. Zavolala si RZP. Byla vyšetřena na neurologické ambulanci nejmenované nemocnice, odkud byla propuštěna se závěrem vertebrogenní etiologie. Ráno šla do práce, přetrvávalo rozostřené vidění, píchání za očima, tlak v týle a bolest za krkem. Na pracovišti si vyžádala provedení CT vyšetření, kde bylo nalezeno SAK. Po domluvě byla převezena na neurochirurgickou kliniku ÚVN Praha.
Léčba SAK: clipping AN na a. ophthalmica.
Komplikace SAK: bez komplikací.

Přepis rozhovoru s H. J.

Kolik je Vám let? 38.
Kouříte? Nekouřím.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Jen příležitostně na oslavě či večírku a tak. Dám si jednu dvě skleničky. Pije jen víno, tvrdý alkohol nikdy.
Trpíte vysokým krevním tlakem? No, doktor mi několikrát naměřil trošku vyšší tlak, ale říkal, že jsou to jen hraniční hodnoty. **Léčíte se?** Ne, léky zatím neberu, ale musím chodit každé tři měsíce na kontrolu.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? Ano. Naposledy jsem ho měla mírně zvýšený. Snažím se jíst zdravě. Hodně zeleniny a tak.
Prodělal někdo z vašich pokrevných příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? Ano, dědeček, otec matky. Prodělal dvě ischemickou cévní mozkové příhody. A v šedesáti letech měl masivní subarachnoidální krvácení, které bylo příčinou jeho úmrtí.

Jste svobodná nebo vdaná? Ne, jsem několik let rozvedená. **Máte přítele?** Ano. Jsme spolu zatím jen krátce…asi půl roku.

Jste schopna plnit roli družky stejně jako v době před příhodou? Ano. Nic se z mého pohledu nezměnilo.

Máte děti? Ano, mám osmnáctiletého syna.

Jste schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? Ano. Syn studuje mimo Prahu, tak se tolik nevídáme. Ale na našem vztahu se určitě nic nezměnilo. Vše je v pořádku. Máme hezký vztah. Možná se o mě trošku víc bojí. Já mám ale strach, když máme toto onemocnění v rodině, jestli by nebylo lepší, aby šel raději taky na vyšetření. Bojím se, aby taky třeba neměl aneuryzma. Chci se na to při kontrole profesora zeptat.

Jste schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě ano. Uvědomuju si, že se o mě přátelé bojí více než dříve. Jsou vůči mé osobě vnímavější a pozornější. Ale mě to přijde přirozený. Určitě mě to neobtěžuje. Mám ve svém okolí několik lidí, kteří jsou po vážném úrazu. Pro mě je samozřejmostí, že si jich teď více všímám a dávám na ně „pozor“. **Navazujete nové vztahy?** Ano. Samozřejmě. Při svém povolání i v osobním životě poznávám stále nové lidi. **Navazujete nové vztahy stejně dobře jako dříve?** Stejně špatně jako předtím. Pro mě je strašně těžký najít člověka, s kterým bych si mohla normálně popovídat.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? Stejně jako předtím. Nic se nezměnilo.

Jak dlouho jste byla v pracovní neschopnosti? Šest neděl. Ale zpočátku jsem si trochu vyčítala, že jsem to uspěchala. Jednou jsem si zajela autobusem a musela jsem vyšlapat ten kopec k práci. Myslela jsem, že to nezvládnu. Byla jsem hrozně vyčerpaná. Ale postupně se to upravilo. Teď už takovou zátěž zvládám v pohodě.

Setrvala jste ve stejném zaměstnání? Ano. **Ve stejné pracovní pozici?** Ano. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ano. **Jak zvládáte zátěž v zaměstnání?** Dobře. Mám tu klid. Práci si organizuju tak, abych si toho nebrala moc najednou. Někdy to ale moc nejde. Za chvíli jsou tu zase daně… tak to zase bude. Ale určitě se snažím víc šetřit a odpočívat.

Máte nějaké problémy se spánkem? Já bych řekla, že spím určitě stejně. Je období, že se mi hůře nebo naopak lépe spí. Ale nijak to neřeším. Když jsem přepracovaná a přetáhnu to, tak se mi samozřejmě hůř spí. Když jsem přetažená delší dobu, tak mě začnou bolet záda a ta hlava. Ale jinak si myslím, že výrazné problémy určitě nemám.

Jste unavenější než dříve? V poslední době ano. Hlavně k večeru se cítím dost vyčerpaná. Jsem ráda, když dojedu domů a můžu se natáhnout.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? Paměť si myslím, že mám v pořádku. Abych měla výpadky v takovém množství, aby si toho okolí všimlo, že bych třeba zapomněla na schůzku nebo něco podobného, to si nemyslím.

Máte nějaké potíže se soustředěním? Soustředit se umím dobře, žádné změny jsem si nevšimla. Samozřejmě si dělám během práce přestávky, abych se trošku osvěžila.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? Citlivější nebo vztahovačnější určitě nejsem. Spíš mě to hodilo někam dál. Uklidnila jsem se. Z určitých věcí si dělám určitě menší hlavu. Dost se mi změnily priority.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Ano, okolní dění vnímám dobře. Ale vím, že mi to krvácení nějakým způsobem poškodilo zrak. Ještě když jsem opouštěla nemocnici, tak jsem špatně viděla. Vadilo mi hlavně přímé světlo nebo naopak přítmí. Problémy mi to dělá dosud, ale určitě v menší míře. Na vyšetření mi nějaké výrazné změny nezjistili, ale řekli mi, že mám porušené periferní vidění. Asi tři měsíce jsem nemohla řídit auto, to jsem měla strach. Problémy mi dělalo především parkování. Nemyslím si, že mám to periferní vidění na sto procent zpátky.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? Já si myslím, že jo. Ale k lepšímu. Změnila jsem priority, tak se nezabývám zbytečnostmi. Problémy ráda řeším tak, jak přicházejí. Neodkládám je, stejně se tomu nevyhnu a nechci se jimi zabývat déle, než je nutné.

Učíte se stejně dobře jako dříve? To si myslím, že je v pořádku. Ve své práci se pořád učím něco nového. Připadá mi, že se učím stejně dobře.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? Určitě ne. Vše je v pořádku.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? Ano. Určitě s tím nemám žádný potíže.

Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvily, Vaše další žití? Hodně mě omezuje to porušené periferní vidění. Jinak si myslím, že mi to přineslo pozitiva. Určitě se tak nehoním, jako dřív, změnil se mi pohled na život. Přehodnotila jsem priority.

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru se synem H. J.

Je Vaše matka schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? Myslím, že jo. Je to v pohodě. Rozumíme si tak jak dřív.
Je schopna plnit roli družky stejně jako v době před příhodou? Asi ano, má přítele. Jsou spolu asi půl roku. Mamka vypadá spokojeně.
Je schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě ano. Stýká se, alespoň co vím, se stejnými lidmi. Seznamuje se dobře. Je společenská.
Jak zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? Určitě dobře. Moc často se nevídáme, ale co tak můžu posoudit, tak všechno zvládá stejně jako dřív.
Pozorujete na Vaší matce nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? Připadá mi pořád stejná, možná trochu klidnější. Ale dost si stěžovala, že hůř vidí. Nejvíc jí to vadí asi při řízení. Musí dávat víc pozor. Ale jinak v pohodě.
Ovlivňují Vámi uvedené změny další žití Vaší matky? Ne, určitě ne.
Děkuji Vám za rozhovor.

Vlastní postřehy

Paní H. je vyrovnaná, klidná a společenská. Reagovala adekvátně a ochotně. Odpovídala rozvážně. Zdůrazňovala, že po příhodě přehodnotila priority. Se synem má velmi hezký vztah. Změny v kvalitě zraku nebyly při běžných činnostech, v průběhu našeho rozhovoru, nijak patrné. V prostoru se orientovala dobře, chůzi měla jistou, četba ani práce s počítačem jí nečinila potíže.

Příloha 5: Rozhovor č. 3 s S. I.

S. I. je 35letá vdaná žena. Maximální dosažené vzdělání - vyučená. Pracuje jako vedoucí cukrárny.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: SAK dle HH 1. stupně z prasklého mikroaneuryzmatu v bifurkaci a. cerebri media.
Vznik a průběh onemocnění: V noci byla nalezena manželem na WC pozvracená. Křičela, byla agitovaná. Vyšetřena na interní a neurologické ambulanci nejmenované nemocnice, kde přetrvávala agitovanost, spolupráce byla porušená. Fatická porucha - převážně expresivní, pouze jednoslovná odpověď. Bylo nutné omezení v pohybu. Zhoršená reakce na oslovení. Bylo vysloveno podezření na intoxikaci, které bylo dle laboratoře vyloučeno. Bylo provedeno CT mozku, kde bylo nalezeno SAK. Akutně přeložena do ÚVN.
Léčba SAK: clipping AN na a. cerebri media.
Komplikace SAK: hydrocefalus.

Přepis rozhovoru s S. I.

Kolik je Vám let? 35.
Kouříte? Nekouřím. Ani jsem to nikdy nezkoušela.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Piji alkohol jen příležitostně. Ráda si dám víno k dobrému jídlu. Nebo při oslavě, grilování, ale tvrdý alkohol nepiju, nedělá mi dobře.
Trpíte vysokým krevním tlakem? Ne, tlak mám v pořádku.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? Ano. Doktor mi říkal, že ho mám v normě.
Prodělal někdo z vašich pokrevných příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? Babička. **Matka matky nebo otce?** Matka matky. Zemřela v 55 letech na cévní mozkovou příhodu, ale nevím jakou. Jak se jí to stalo, krvácela z ucha.
Jste vdaná? Ano. Letos to bude třináct let.
Jste schopna plnit roli manželky stejně jako v době před příhodou? Já si myslím, že jo. Samozřejmě to narušilo náš vztah. Manžel se s tím, že jsem po mozkové příhodě a s tím,

že jsem se změnila, nedokáže zatím nějak úplně vyrovnat. Chtěl by mě takovou, jaká jsem byla dřív. Ale to už prostě nejde.

Máte děti? Ano, mám dva syny. Staršímu je jedenáct a mladšímu osm.

Jste schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? Určitě, určitě. Snažím se klukům věnovat víc než předtím. Ne, že bych se tím předtím nevěnovala, ale teď vím, že každá minuta musí být využitá.

Jste schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Jo, to si myslím, že určitě. Vztahy s kamarádkami naopak zesílily. Jak jsem víc doma, tak na ně mám víc času. **Navazujete nové vztahy?** Ano, pořád poznávám nové lidi. Myslím si, že se tou příhodou zvětšil zájem o moji osobu a tak. **Navazujete nové vztahy stejně dobře jako dříve?** Ano, dobře. Nemám s tím žádný problém.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? Já si myslím, že to zvládám stejně jako předtím. Ale s tím, že je tam větší únava.

Jak dlouho jste byla v pracovní neschopnosti? Asi půl roku. Pak už jsem chtěla jít do práce, doma jsem se hrozně nudila. Ale rodina z toho nebyla moc nadšená. Chtějí mě pořád tak nějak brzdit. Abych na sebe moc nespěchala.

Setrvala jste ve stejném zaměstnání? Ano. **Ve stejné pracovní pozici?** Ne. Dělám teď spíš výpomocné práce. Nechtějí mě ještě tolik zatěžovat. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ne. Nastoupila jsem zpočátku na pár směn, jednu nebo dvě týdně. Spíš čtvrteční úvazek. **Jak zvládáte zátěž v zaměstnání?** Můžu říct, že mě to dost vyčerpává. Práce je dost fyzicky náročná. Takže když přijdu večer domů, jsem zničená.

Máte nějaké problémy se spánkem? Dá se říct, že ano. V noci se probouzím, chodím na záchod nebo se jdu projít. Někdy spím i po obědě. Když jsem unavená, tak si lehnu a okamžitě usnu.

Jste unavenější než dříve? Jo, určitě jsem víc unavená. Někdy je to hrozný. Přijdu z práce a jsem úplně vyřízená. Dřív jsem toho zvládala určitě víc.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? Já si myslím, že jsem spíš taková nesoustředěná než že bych zapomínala. Myslím si, že tomu, co mi někdo říká, věnuju pozornost, a pak si uvědomím, že vím, že mi to někdo říkal nebo že jsem to špatně pochopila, anebo že jsem to prostě vypustila.

Máte nějaké potíže se soustředěním? Určitě někdy ano. Jsem roztěkaná. Chci stihnout hodně věcí.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? Asi jo. Spíš jsem taková vnímavější a citlivější.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Ano. Ale mám problémy třeba při sledování filmu. Nezvládám sledovat film s titulky. **A dřív jste to zvládala dobře?** Ano. Teď když sleduju film s titulkama, tak sleduju ty titulky a utíká mi film a naopak. Já mám teda spíš pocit, že je to od těch očí. **Jaké máte potíže se zrakem?** Mám významné výpadky v periferním vidění. Při šeru je to horší. Při únavě se přidá ještě dvojité vidění a to je ještě horší.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? Myslím, že tam není změna. Možná je řeším radikálněji než předtím.

Učíte se stejně dobře jako dříve? Mám spíš pocit, že se teď učím hrozně rychle, jako bych to oprašovala. Jako bych to tam už někde měla. A s tím, že mám pocit, že je to neznám, pak si uvědomím, že to vlastně vím a že si to teď líp zapamatuju. Možná líp než předtím.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? Já teď neplánuju vůbec nic. Rozhodování… Chci mít to rozhodnutí rychle. A spíš se řídím při rozhodování citem než rozumem. Asi to ovlivňuje všechno. Život je krátkej, nevím, kdy umřu, tak se snažím plně využívat každou minutu.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? V prostoru se orientuju těžko. Kvůli těm očím. V prostorech, kde to znám, tak to jde, protože vím, kde co je. Ale jak přijdu někam, kde to neznám, tak se cítím strašně špatně. Pak se hrozně špatně orientuju. Mám problémy s periferním viděním. Takže vůbec kolem sebe pořádně nevidím, jsem pak strašně nesvá, jsem nervózní a pak mám strach, jak to tam vypadá. Abych se zorientovala. Mám s tím strašný problémy. V čase se orientuju dobře. Nemyslím si, že bych s tím měla problém.

Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvily, Vaše další žití? Já mám teď pocit, že mám na všechno míň času. Že všechno musím stihnout mnohem rychleji. Sice nevím, jestli se zase něco nemůže stát. Vím, že když člověk umře, tak už nemá čeho litovat. Ale já se teď jenom bojím, abych žila naplno. Abych si ten život vychutnala. Abych si to všechno vyzkoušela. A abych prostě žila. Já jsem vlastně dřív jenom přežívala. Myslela jsem si, že mám na všechno dost času. Co se týče vlivu na rodinu. Myslím si, že to byl do rodiny velký zásah. Byl to tvrdý zásah do vývoje dětí. Kluci mě po příhodě učili znovu sčítat, odčítat, násobit. Vodili mě kolem domu, když jsem se učila chodit bez hole. Úplně to změnilo pohled dětí na mě a vlastně když mám teď sebemenší zdravotní problémy, tak už to vše hodně vnímají.

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru s manželem S. I.

Je Vaše žena schopna plnit roli manželky stejně jako v době před příhodou? Běžná komunikace na úrovni partnerství, jako třeba jaký byl den, co bylo v práci a podobně, to se nezměnilo. Úzký kontakt…tak to nevím, jestli je tak jako předtím. Ale myslím si, že tam jsou spíše zábrany z mé strany.

Je schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? To si myslím, že se nezměnilo. Po té příhodě to na tu chvilku připadlo víc na mě. Kluci jsou teď větší, tak asi proto teď víc lnou ke mně, protože jsem „jako kluci". Ale jako matka, tam si myslím, že žádný problém není.

Je schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Ano. Ale začala se více stýkat se svými rodiči, což nemá úplně dobrý vliv na náš vztah. Její rodiče mě nemají příliš rádi, takže ty vztahy docela váznou.

Jak zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? Myslím si, že pořád stejně jako předtím. No, příhodou je tam samozřejmě znát nějaká větší únavnost. Některé situace potřebují delší čas na to, aby se vyřešily. Ale myslím si, že běžné věci, co se týče úklidu, praní, vaření a podobně, zvládá naprosto v pořádku. Tak jako předtím.

Pozorujete na Vaší manželce nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? Hm, určitě jsou tam poruchy spánku. Ale ne ve smyslu nespavosti, ale víckrát za noc se probouzí, třeba odchází na toaletu, napít se a podobně. Určitě je taky zvýšená únava. To je nejvíc patrný, třeba když přijde z práce. Její tělo reaguje na únavu poměrně stresově. V minulosti to bylo tak, že po návratu z práce ještě zastala činnosti okolo rodiny a tak. A teď přijde, lehne si na gauč a odpočívá. Je tam určitě znát větší únavnost z práce než v minulosti. **A co paměť?** Hm, částečné ztráty tam jsou. Třeba když plánujeme nějaký sraz, tak na to mnohdy zapomene. **Má nějaké potíže se soustředěním?** Nějaké výrazné změny v soustředění nepozoruji. **Pozorujete nějaké změny v oblasti citů?** Myslím si, že tady to není taky úplně asi v pořádku. Ono se to totiž změnilo úplně kompletně celý. Předtím na tom byla emočně úplně jinak. Dneska je to taky úplně něco jiného. **Rozumí dobře situacím, ve kterých se ocitá?** Určitě jí dělá třeba problém sledovat rychlejší děj. Třeba ve filmu. Ta koncentrace toho vjemu obrazu a zvuku není úplně bez problémů. Nicméně to přikládám tomu, že má teď změny zraku, hlavně co se týče periferního vidění. Ale nevím, jestli je to tou změnou vidění nebo celkovou změnou toho mozku, to fakt nevím. **Zvládá Vaše žena řešit problémy stejně jako v době před příhodou?** Tam je taky problém. Já se jí ty problémy k řešení snažím moc nedávat,

aby toho nemusela moc řešit. Víceméně se je snažíme řešit společně, ale ona je řeší dost natvrdo. Má „černobílý“ názory.

Změnila se nějak v plánování či rozhodování? Hmm, chce stihnout hrozně moc věcí najednou. Mám pocit, že se snaží stihnout to, co dřív nestihla nebo věci, které dřív nemohla nebo nechtěla dělat. Snaží se žít na 100%. **Orientuje se dobře v prostoru a v čase?** Určitě ano. Zpočátku, ale bych spíš přidružil k té koncentraci, tak se vracela z práce a měla ruce pořezané od nožů.

Ovlivňují Vámi uvedené změny další žití Vaší manželky? Všechno toto celé ovlivnilo všechno. I. se úplně změnila. Ale nevím, jestli si tu svoji „proměnu“ dostatečně uvědomuje. Naše rodina byla už nějak nastavená, nějak fungovala, měla nějaká pravidla a bylo to v klidu. Teď je to vlastně přesně rok po té příhodě. Tak si na to ještě všichni zvykáme. Já doufám, že se ještě nějak upraví, stabilizuje. Asi to nebude tak, jako předtím, to asi ne, ale prostě doufám, že to nějak zapadne do sebe.

Vlastní postřehy

Paní I. je velmi usměvavá, společenská a aktivní žena. Je velmi spontánní a upřímná. Jak sama říká, co na mysli, to na jazyku. Často zdůrazňovala, jak se často cítí unavená, ale v den našeho rozhovoru, se cítila moc dobře. Těšila se na naše setkání. Byla hyperaktivní, chvilkami nesoustředěná. Se syny má krásný vztah, jejich vzájemná láska je patrná na první pohled. Zato vztah s manželem je poněkud chladný. Bylo znát, že se snaží nedávat svoje potíže najevo, přesto jsem cítila určité napětí. Oba se shodují na tom, že jim I. nemoc velmi změnila život. Manžel paní I. několikrát zdůrazňoval své přání, aby se vše vrátilo do starých kolejí, jako v době před příhodou. Paní I. to vnímá trochu jinak, ne tak černě. Ví, že se změnila, ale hodnotí to spíše tak, že jí tato událost otevřela oči. Uvědomuje si, že mohla zemřít, tak si teď chce užívat života tak, jak jen to půjde. Snad nejvíce si stěžovala na potíže se zrakem, které ji limitují především v neznámém prostředí. V domácím prostředí se pohybovala naprosto jistě.

Příloha 6: Rozhovor č. 4 s Š. N.

Š. N. je 32letá vdaná žena středoškolského vzdělání pracující jako fakturantka. V současné době je na mateřské dovolené.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: SAK dle HH 1. stupně z AN na a. communis posterior.
Vznik a průběh onemocnění: Ráno na WC po námaze vznikla náhlá prudká velmi intenzivní bolest hlavy. Cefalea přetrvávala bez závislosti na změně polohy. Na CT je patrné drobné SAK. Byla meningeální, světloplachá. Nyní druhé těhotenství - 27. týden gravidity, první gravidita proběhla bez komplikací. V den přijetí byl po konzultaci s radiologem a gynekologem proveden coiling AN. V podvečer pacientka udávala bolesti břicha a dechovou tíseň. Vše odeznělo po aplikaci kyslíku. Po dohodě byla přeložena na jednotku intenzivní péče gynekologického oddělení nejmenované nemocnice, kde byl indikován porod císařským řezem.
Léčba SAK: coiling AN na a. communis posterior.
Komplikace SAK: bez komplikací.

Přepis rozhovoru s Š. N.

Kolik je Vám let? 32.
Kouříte? Ne, nekouřím.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Pouze příležitostně a jen v malém množství, skleničku, nejvíš dvě.
Trpíte vysokým krevním tlakem? Ne. Krevní tlak mám v pořádku.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? Ano. Cholesterol mám trošku zvýšený, ale žádná hrůza. Doktor mi říkal, že se nemusím nijak omezovat.
Prodělal někdo z vašich pokrevných příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? Ne, nikdo.
Jste vdaná? Ano. Devět let.
Jste schopna plnit roli manželky stejně jako v době před příhodou? Určitě ano. Alespoň si to myslím. Manžel si nikdy nestěžoval, že by se něco změnilo.

Máte děti? Ano. Mám dvě děti, syna v kojeneckém věku a dceru v předškolním věku.

Jste schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? Ano, nechci se chválit, ale myslím, že to zvládám výborně. Snažím se dětem plně věnovat.

Jste schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě ano. Některé vztahy s přáteli se více utužily. **Navazujete nové vztahy?** Určitě ano. Ráda poznávám nové lidi. **Navazujete nové vztahy stejně dobře jako dříve?** Ano. Nic se nezměnilo.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? Myslím si, že funguju úplně stejně jako předtím.

Jak dlouho jste byla v pracovní neschopnosti? V současné době jsem na mateřské dovolené. Ale asi až půl roku po příhodě jsem začala zase pracovat jako fakturantka.

Setrvala jste ve stejném zaměstnání? Ano. **Ve stejné pracovní pozici?** Ano. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ne, kvůli dětem pracuji jen na poloviční úvazek. S hlídáním mi pomáhají moji i manželovi rodiče. Tak to zvládám dobře.

Jak zvládáte zátěž v zaměstnání? Zvládám to dobře. Práci mám víceméně klidnou, nikdo mě nehoní. Určitě se nevracím domů unavená. Vychází mi vstříc s pracovní dobou, kvůli dětem.

Máte nějaké problémy se spánkem? Spím dobře. Určitě se nic nezměnilo.

Jste unavenější než dříve? Ne. Určitě ne. Cítím se moc dobře.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? Ne. Pamatuji si dobře. Samozřejmě si občas nemůžu vzpomenout na nějakou drobnost, ale nemohu říct, že by to bylo horší nebo lepší než před tím krvácením.

Máte nějaké potíže se soustředěním? Ne. Soustředím se stejně dobře jako dřív.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? Ne, vše zůstalo při starém.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Ano. Vše je v pořádku.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? Ne. Stejně jako dřív nechci nic řešit déle, než je nezbytně nutné.

Učíte se stejně dobře jako dříve? Ano. Učím se dobře.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? To si myslím, že je stejné. Bez problémů.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? Jo, určitě jo. V pohodě.

Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvily, Vaše další žití? Nemám žádné potíže. Jsem absolutně bez následků.

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru s manželem Š. N.

Je Vaše žena schopna plnit roli manželky stejně jako v době před příhodou? Ano. Já osobně si nemůžu stěžovat. **A roli matky?** Je výbornou matkou. Myslím, že je spokojená. Daří se jí věnovat dětem tak, jak vždycky chtěla.
Je schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě ano. Má mnoho přátel. Je velmi společenská a přátelská. Snaží se maximálně udržovat vztahy s celou rodinou.
Jak Vaše manželka zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? Určitě stejně dobře jako dřív.
Pozorujete na Vaší manželce nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? Ne, určitě se nic nezměnilo. Nepozoruji, že by se nějak změnila.
Ovlivňují Vámi uvedené změny další žití Vaší manželky? Nemá žádné následky. Zaplať pánbůh. Ale určitě jsme vůči ní pozornější a opatrnější.
Děkuji Vám za rozhovor.

Vlastní postřehy

Paní Š. je vyrovnaná, klidná, přátelská a pozitivně laděná. S manželem a dětmi má velmi hezký vztah. Při rozhovoru nejsou patrné žádné potíže v oblasti kognitivních funkcí. Reaguje pohotově a adekvátně na všechny dotazy. V prostoru se orientovala dobře, chůzi měla jistou a řeč plynulou.

Příloha 7: Rozhovor č. 5 s V. J.

V. J. je 37letý svobodný muž. Maximální dosažené vzdělání - vyučený. Pracuje jako sklenář. Žije s matkou.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: SAK dle HH 1. stupně z AN na a. communis anterior.
Vznik a průběh onemocnění: V podvečer v klidu vznikla náhlá krutá bolest hlavy v oblasti zátylku, která po podání analgetika ustoupila. Opakovaně zvracel.
Léčba SAK: clipping AN na a. communis anterior.
Komplikace SAK: bez komplikací.

Přepis rozhovoru s V. J.

Kolik je Vám let? 37.
Kouříte? Ano. Kouřím asi 15 let. Posledních deset let kouřím kolem 40 cigaret denně. **Zkoušel jste přestat nebo to alespoň trochu omezit?** Ne. Kouřím rád a nemám důvod přestat. Doktoři mi mockrát říkali, ať s tím něco udělám, ale mě je to jedno. Vím, že bych asi měl. Ale nechce se mi.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Tak nějak příležitostně. Rád si zajdu s kámošem na pivo, ale že by to bylo často, tak to ne. Asi dvakrát týdně. Dám si dvě tři piva a jdu domů.
Trpíte vysokým krevním tlakem? Jo. Mívám tak kolem 160. **Léčíte se?** No, prášky mi doktor napsal, ale já je moc neberu. Jenom někdy, spíš když si vzpomenu. **Chodíte na kontroly k praktickému lékaři?** Ne. Nemám čas. Přece si kvůli tomu nebudu brát volno. A je mi docela dobře. Když by mi bylo špatně, tak bych samozřejmě šel.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? Jo, to jste mi vyšetřovali u vás. Mám ho vysokej. **Léčíte se?** Ne. Doktoři mi nakázali upravit jídlo, ale to by mě zničilo. Mám rád uzeniny, řízky a slaný věci. Nehodlám se v jídle nijak omezovat. Jím prostě to, co mám rád. A prášky jíst nebudu. Nesnáším to. **Nechci se Vás dotknout, ale víte, to co jste mi právě popsal, ten Váš životní styl, spěje jen k tomu, abychom se spolu zase v nemocnici setkali. Možná byste se měl alespoň pokusit některé věci omezit a především se s tím**

tlakem řádně léčit. Zkuste o tom alespoň popřemýšlet. Já vím, že to se mnou myslíte dobře. Možná o tom popřemýšlím, ale nic Vám neslibuju.

Prodělal někdo z vašich pokrevných příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? Ne, alespoň o nikom nevím.

Jste svobodný nebo ženatý? Svobodný.

Jste schopen plnit roli druha stejně jako v době před příhodou? To nevím, přítelkyně mě před pár měsíci opustila. Byli jsme spolu asi tři roky. Vadilo jí, že jsem tak náladový, často jsme se kvůli tomu hádali. Asi je to po tom krvácení horší, jsem hádavější a zlostnější než dřív.

Máte děti? Ne.

Jste schopen udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Asi spíš ne, ale jsem výbušnější. Rychle je rozčílím, tak to občas skřípe. **Navazujete nové vztahy?** Moc ne. Nemám moc potřebu se s někým seznamovat. **Navazujete nové vztahy stejně dobře jako dříve.** To ne. Spíš špatně, jsem teď spíš takový uzavřenější než dřív.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? Asi stejně jako předtím. Ale cítím se mnohem víc unavený, hlavně k večeru.

Jak dlouho jste byl v pracovní neschopnosti? Tři měsíce.

Setrval jste ve stejném zaměstnání? Ano. **Ve stejné pracovní pozici?** Ano. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ano.

Jak zvládáte zátěž v zaměstnání? Musím. Ale určitě mě to hodně unavuje, víc než dřív.

Máte nějaké problémy se spánkem? Nespím moc dobře. Jak kdy. Špatně usínám a navíc pozdě, kolem jedné, druhé hodiny ráno. Vstávám v šest hodin a neprobouzím se zrovna odpočatý. Když mám volno a ráno nemusím vstávat, tak zvládnu spát i sedm, osm hodin.

Jste unavenější než dříve? Ano. To určitě ano. Hlavně po práci. Nejhorší je to k večeru.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? Ano. Občas mám výpadky, nemůžu si na některé věci vzpomenout. Dřív jsem to tolik neměl.

Máte nějaké potíže se soustředěním? Ano, ale to jsem měl i dřív. Že by to teď bylo víc, to říct nemůžu.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? Jsem výbušnější, velmi snadno se rozčílím.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Ano. To se nezměnilo.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? Ano, jsem výbušnější. Velice snadno vylítnu. Dřív jsem byl klidnější a rozvážnější.

Učíte se stejně dobře jako dříve? Asi ano. Ale já se vlastně nic moc učit nemusím.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? To si myslím, že je stejné. Nezhoršilo se to.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? Občas se hůř orientuju v čase. Po chvíli se ale zorientuju a dobrý. Je to otázka pár vteřin. V prostoru se orientuju dobře, jen mám někdy taky takový krátký výpadky. Někdy mám takový blikanec, je to v řádu pár vteřin, že nevím, kde jsem. Po chvilce se to ale vždycky srovná. Ale že bych se ztrácel nebo něco podobnýho, tak to ne. Taky bych řekl, že se mi určitě zhoršil zrak. Špatně zaostřuju na levé oko. Někdy ztrácím balanc a přepadávám doleva. Nevím, jestli je to od toho oka nebo je něco špatně v mém mozku. **Byl jste na kontrole u lékaře?** Ne, na kontrole u očního lékaře jsem ještě nebyl. Asi bych měl, co? **Určitě ano. Neměl byste to odkládat.**

Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvili, Vaše další žití? Nějak výrazně asi ne. Nejvíc mě štve to oko, taky ta únava a výbušnost. Kvůli té náladovosti nebo jak to mám nazvat, jsem přišel o několik přátel. Ale asi to nebyli zas až tak dobří kamarádi, když se na mě vykašlali. Každej jsem nějakej, ne? Jo, a taky mi dost vadí to, že se pořádně nevyspím. Možná proto jsem pak tak protivnej. Asi fakt budu muset k tomu doktorovi jít, třeba mi napíše něco na spaní. To by mi fakt pomohlo.

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru s matkou V. J.

Je Váš syn schopen plnit roli syna stejně jako v době před příhodou? Asi ano. Dá se říct, že se ke mně chová pořád stejně. Máme docela hezký vztah.

Je schopen udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? To je asi horší. Nedávno se s ním rozešla přítelkyně. Hodně se hádali. Prostě ji to moc neklapalo. Přátel moc nemá. Občas jde s kamarádem na pivo, ale spíš je samotář. Dřív trávil víc času s přáteli a asi jich měl víc. Nevím, co se mezi nimi stalo, že se přestali stýkat. Syn o tom se mnou nemluví. Celkově toho moc nenamluví.

Jak Váš syn zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? Asi stejně jako dřív. Ale je víc unavený z práce.

Pozorujete na Vašem synovi nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? Spí hůř. Pozdě usíná, ráno je pak unavený a mrzutý. Unavený je určitě o poznání víc než předtím. Problémy s pamětí…ty já osobně asi nepozoruji, ale někdy si stěžuje, že si hůř vybavuje některé věci a podobně. Soustředí se asi dobře, nepřijde mi roztěkaný. Nejvíc se změnil asi po citové stránce. Je teď mrzutý,

výbušnější, dost se hádá a tím přišel i o některé přátele. Ale to je jen moje domněnka. Jak už jsem říkala, není typ, co by se svěřoval. Jinak jsem si asi žádné významné změny nevšimla. Ano, vlastně ještě si stěžoval, že hůř vidí na levé oko. Říkal mi, že jakoby rozmazaně, ale u doktora s tím určitě nebyl. Jeho nedostanete k doktorovi ani párem volů. Snažila jsem se ho k tomu tak nějak nenápadně donutit, ale je to marné. Prostě si nedá poradit.

Ovlivňují Vámi uvedené změny další žití Vašeho syna? Určitě. Ta únava ho dost zmáhá. A tou výbušností a nevrlostí přišel o dost přátel. Vyhýbá se společnosti. Prostě se z něho stává mrzutý samotář. Myslím si, že ho to mrzí a trápí, ale nedokáže s tím asi moc udělat. Nebo neví jak na to.

Děkuji Vám za rozhovor.

Vlastní postřehy

Pan V. byl v průběhu našeho rozhovoru spíše nervózní a bylo zjevné, že se snažil kontrolovat. Udával nespočet zlozvyků, s kterými zatím nehodlá nic dělat. Zdůrazňoval, že rád kouří, pije alkohol a jí „nezdravá“ jídla. Nemá však tu správnou motivaci k tomu, aby s tím přestal nebo tyto zlozvyky alespoň omezil. Na budoucnost moc nemyslí, je mu jedno, jestli ho postihne další příhoda nebo jiné onemocnění. Pravděpodobně sám sebe nemá příliš rád. Jeho nejbližší osobou je matka. Během našeho setkání se k ní choval slušně a s úctou. V prostoru se orientoval dobře, chůzi měl jistou a řeč plynulou.

Příloha 8: Rozhovor č. 6 s M. P.

M. P. je 46letý svobodný muž středoškolského vzdělání. Pracuje jako technik.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: SAK dle HH 1. stupně z AN na a. communis anterior.
Vznik a průběh onemocnění: Pacient měl cca měsíc bolesti krční páteře. Ráno při čištění zubů udával náhlé zhoršení bolestí s propagací do ramenou a paresteziemi horních končetin. Měl bolesti hlavy, nauzeu a opakovaně zvracel.
Léčba SAK: coiling AN na a. communis anterior.
Komplikace SAK: vazospazmy.

Přepis rozhovoru s M. P.

Kolik je Vám let? 46.
Kouříte? Nekouřím.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Minimálně. Dám si maximálně jedno, dvě piva za měsíc. Nedělá mi to moc dobře. Rychle mi to stoupá do hlavy. Alkohol k životu skutečně nepotřebuju.
Trpíte vysokým krevním tlakem? Ne. Praktik mi říkal, že tlak mám v normě.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? Ano. Hladinu cholesterolu mám v normě.
Prodělal někdo z vašich pokrevných příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? Ano, můj dědeček, otec otce, zemřel v 38 letech na poli při práci na cévní mozkovou příhodu. Co vím, tak to bylo pravděpodobně subarachnoidální krvácení. Tehdy ta medicína nebyla ještě na takové úrovni jako teď.
Jste svobodný nebo ženatý? Jsem svobodný. Ale mám dlouholetý vztah. Já nějak na ženění nejsem.
Jste schopen plnit roli druha stejně jako v době před příhodou? Máme s družkou dlouholetý vztah. Já si myslím, že je to stejné. Moje paní tvrdí, že je to lepší, než to bylo. Jako s ohledem vůči ní. Dřív jsem hodně pracoval. Teď jsem prostě přehodnotil priority.
Máte děti? Ano. Mám sedmnáctiletého kluka.

Jste schopen plnit roli otce stejně jako v době před příhodou? Myslím si, že ano. Náš vztah se nijak nezměnil.

Jste schopen udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? No, to si myslím, že jo. Ale zase to mám tak změněný, že si vážím jiných věcí, než jsem si vážil dřív. Někdy ten vztah, když byl někdo jenom vyčůranej, tak tam už teda funguju trošku jinak. Udržuju spíše jen ty vztahy, o kterých jsem přesvědčený, že ti lidé jsou opravdoví přátelé. **Navazujete nové vztahy?** Ano. Určitě se tomu nebráním. **Navazujete nové vztahy stejně dobře jako dříve?** Ano. Alespoň nevím o tom, že bych měl problém. Jestli mají ostatní, to nevím.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? No, když to vezmu tak, jak to bylo tenkrát, tak si myslím, že úplně stejně. Tak nějak problémy mám, ale že by to mělo vliv na život jako takový, tak to ne. A tím pádem, když by na mě někdo nastartoval, že honem honem, tak už jsem schopný říct ne. A nemám s tím vůbec žádný vnitřní problém.

Jak dlouho jste byl v pracovní neschopnosti? Čtyři měsíce.

Setrval jste ve stejném zaměstnání? Ano. **Ve stejné pracovní pozici?** Ano. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ano. **Jak zvládáte zátěž v zaměstnání?** Myslím si, že mě to unavuje víc než dřív. Asi to má i souvislost s tím, jak se na to dívám. Protože dřív jsem se docela hnal, někdy až na hranici mých možností.

Máte nějaké problémy se spánkem? Ráno se probouzím dřív. Časněji. Problémy jsem s tím dřív neměl.

Jste unavenější než dříve? Ano. Určitě jsem unavený víc než dřív.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? Částečně ano, ale spíš v oblasti krátkodobé paměti. Tam mi to občas hapruje. Mám problémy, že se nemůžu vyjádřit, najít to správné slovo. Dřív jsem tento problém neměl.

Máte nějaké potíže se soustředěním? Ne.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? No, já jsem byl dřív dost velkej křikloun. Teď jsem se dost zklidnil. Dřív jsem neměl problém koukat, když to přeženu, jako třeba na pohádky, které jsou nějak smutné. Tak to teď ve mně vyvolává pocity, že se až divím. **Chcete tím říct, že jste plačtivější?** Ano. A po té operaci to teda byla úplná bomba. To jsem brečel skoro pořád. Teď se to teda trošku upravilo, ale určitě se to nevrátilo tak, jak to bylo. To ne. Jsem teď dost citlivej.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Ano. Bez problémů.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? No, v mé práci řešíme náročné problémy denně. Nemám s tím problém.

Učíte se stejně dobře jako dříve? Jako nový věci…to si myslím, že jde hůř. Ale nedokážu posoudit o kolik. Ale tolik se tím netrápím.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? Myslím, že to zůstalo všechno tak nějak stejně. Nikdy mi to nedělalo problém.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? Ano.

Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvili, Vaše další žití? Já si myslím, že neovlivňují. To, co se mi stalo, mi naopak přineslo pozitiva a změnilo pohled na některé věci. A řekl bych, že pro život lepší. Ne jako honící pes, kterej musí všechno okamžitě udělat úplně na knot. Víc si užívám samotnýho života.

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru s přítelem M. P.

Je Váš kamarád schopen plnit roli přítele stejně jako v době před příhodou? Co tak můžu posoudit, tak je stejný. Nevidím v tom žádný rozdíl.

Je schopen plnit roli otce podle svých představ? To si myslím, že určitě ano.

Je schopen udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě stejně dobře jako dřív.

Jak zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? Stejně jako předtím. Občas dochází k únavě, nebo spíš k fyzickému vyčerpání z dlouhého sezení a koukání do výkresů. Ale neregistruju, že by to bylo nějak výrazně víc než to bylo původně.

Pozorujete na Vašem příteli nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? V oblasti paměti určitě ne. Podle mě si pamatuje velmi dobře. Co se koncentrace týče, tedy pokud je unavený, třeba ze sezení nebo práce celkově…dokážu si představit, že je unavený a že se možná trošku hůř koncentruje, ale já bych v tom neviděl zásadní rozdíl. **Změnil se nějak po citové stránce?** Tady bych řekl, že trošku ano… v rámci sebe sama šetření dokáže zpérovat nebo vytknout důrazněji chybu kolegům, kteří ji udělali. Beru to tak, že si jakoby chrání svůj prostor a svůj čas. Ale je to spíš takový, že „musím na sebe dávat pozor, musím si dobře rozdělit svoje věci, svoji práci a to ostatní mě nezajímá“. A v tomto okamžiku mu já říkám, že je vystřelovací, protože to z něho vždycky okamžitě vypadne. Dělal to vždycky, ale teď bych řekl, že je to víc. **Zdá se Vám unavenější?** Zvýšenou únavnost na něm nepozoruji. **Změnil se nějak v řešení problémů?** Ty řeší standardně, pořád stejně. Řekl bych, že možná teď ještě precizněji

než dřív. Tak, aby bylo jasný, co kdy kde kdo má udělat. Tak, aby se s tím problémem nezatěžovat víc, než je zdrávo. Jinak si myslím, že v ničem žádné jiné problémy nemá.

Ovlivňují Vámi uvedené změny další žití Vašeho přítele? Z mého pohledu, jestli ho to v něčem omezuje nebo ovlivňuje, je to, že už by se nepustil do věcí nebo do různých záležitostí, do kterých by se dřív pouštěl. A s tím, že se snaží nerozčilovat, tak dnes nemá problém komukoliv na rovinu říct svůj názor. Jinak je to téměř bez problémů.

Děkuji Vám za rozhovor.

Vlastní postřehy

Pan M. je klidný člověk. Je znát, že hodně přemýšlí o své osobě i životě. Opakovaně zmiňuje, že přehodnotil své priority. Reaguje adekvátně, ochotně a rozvážně. S kolegy na pracovišti má přátelský vztah. Změny v emotivitě a v kvalitě paměti nejsou při našem rozhovoru nijak patrné. Cítí se trochu unavený. V prostoru se orientoval dobře, chůzi měl jistou a řeč plynulou.

Příloha 9: Rozhovor č. 7 s G. P.

G. P. je 26letá svobodná bezdětná žena vysokoškolského vzdělání. Pracuje v cestovní kanceláři. Žije s rodiči.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: SAK dle HH 1. stupně z AN na a. communis anterior.
Vznik a průběh onemocnění: Při cvičení - spinningu vznikla náhlá bolest hlavy, opakovaně zvracela. Po příchodu domů tonická křeč, pěna u úst, zvrácení hlavy dozadu. Pooperační období bylo provázeno rozvojem vazospazmů s levostrannou hemiparézou.
Léčba SAK: clipping AN na a. communis anterior.
Komplikace SAK: vazospazmy.

Přepis rozhovoru s G. P.

Kolik je Vám let? 26.
Kouříte? Bohužel ano. Vykouřím tak 10 cigaret denně. Ale chci s tím přestat, jen jsem zatím nenašla odvahu.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Jen příležitostně. Když jdeme na diskotéku nebo večírek, tak si dám. Nebráním se tomu, ale samozřejmě s mírou. Nikdy do opilosti, jen ta náladička..aby byl člověk uvolněnější.
Trpíte vysokým krevním tlakem? Ne, tlak mám v pořádku.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? Jo, určitě jsem ho měla v pořádku. Byla jsem na odběrech asi před půl rokem.
Prodělal někdo z Vašich pokrevných příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? Ano, bohužel babička, zemřela v 60 letech na cévní mozkovou příhodu. Ale nevím, o jaký druh příhody se jednalo, usnula a ráno už se neprobudila.
Jste svobodná nebo vdaná? Jsem svobodná.
Jste schopna plnit roli družky stejně jako v době před příhodou? Určitě ano. Ale teď nikoho nemám. No, asi před třemi měsíci jsem se po čtyřech letech rozešla s přítelem. Asi bych se s ním za normálních okolností rozešla dřív, ale měla jsem dost práce a starostí sama se sebou. Tak jsem k tomu dozrála až teď.

Máte děti? Ne.

Jste schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě ano. Ale díky té příhodě jsem zjistila, kteří lidé, z okruhu mých známých, jsou skuteční přátelé. **Navazujete nové vztahy?** Jasně, pořád. Jsem ráda mezi lidma a patří to i k mé práci. **Navazujete nové vztahy stejně dobře jako dříve?** Ano, to se nezměnilo.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? Dobře. Úplně v pohodě. Po fyzické stránce určitě nemám žádné omezení.

Jak dlouho jste byla v pracovní neschopnosti? Čtyři měsíce.

Setrvala jste ve stejném zaměstnání? Ano. **Ve stejné pracovní pozici?** Ano. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ano. **Jak zvládáte zátěž v zaměstnání?** Dobře. Nic se nezměnilo.

Máte nějaké problémy se spánkem? Ne. Spím dobře. Někdy, když jdu spát a bolí mě hlava, tak se bojím usnout. Bojím se, že se neprobudím. Co s tím ale udělám, když nepůjdu spát, nic.

Jste unavenější než dříve? Ne.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? To ano. Spíš mám problémy s tou krátkodobou pamětí. Někdy, když pospíchám z domu a už jsem obutá, tak si vzpomenu na něco, co jsem zapomněla. Tak se zase vyzuju, utíkám a v půlce chodby zjistím, že jsem zapomněla, pro co vlastně jdu. Je jasný, že takto člověk může zapomenout, ale když se to stává častěji než je zdrávo, tak to člověka štve. Někdy si třeba nemůžu vzpomenout, co jsem komu řekla den předtím. Vím jen útržky. Taky se mi stává, že si něco koupím dvakrát. Prostě zapomenu, že jsem si to už koupila a přijdu na to až doma, když tu věc vidím.

Máte nějaké potíže se soustředěním? Nesoustředím se zrovna nejlíp. Ale to bylo už předtím. Již od dětství jsem hyperaktivní.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? Asi jsem trošku lítostivější.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Ano. Úplně v pohodě.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? Asi je to trochu horší. Řekla bych, že jsem výbušnější. Štve mě asi víc lidí, s kterými se setkávám, než dřív.

Učíte se stejně dobře jako dříve? Asi ano. Ale vlastně moc nevím. Od té doby jsem se nic pořádně neučila.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? Ne, to se nijak nezměnilo.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? Určitě ano. Ale po příhodě se mi určitě zhoršil zrak. Vidím rozostřeně a rychleji se mi ty oči unaví. Hlavně v šeru nebo v zakouřené místnosti. Dřív mi ten kouř vadil samozřejmě taky, ale teď je to o poznání horší.
Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvily, Vaše další žití? Nemám pocit, že by mě to nějak zvlášť ovlivňovalo nebo omezovalo. Samozřejmě si na sebe dávám větší pozor. Když mě bolí hlava, tak trošku panikařím. To víte, že to člověku vrtá hlavou, jestli se to nemůže stát znovu. Doktoři mě sice pořád ujišťují, že je ta výduť definitivně ošetřená, ale to víte, lehko se řekne, hůř udělá. **Děkuji Vám za rozhovor.**

Přepis rozhovoru s přítelkyní G. P.

Je Vaše kamarádka schopna plnit roli přítelkyně stejně jako v době před příhodou? Určitě ano. Řekla bych, že je naše přátelství teď pevnější. Jo, určitě nás to sblížilo. Trávíme spolu víc času.
Je schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě ano. Myslím si, že je vůči přátelům citlivější. Víc s ostatními lidmi soucítí.
Jak zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? Stejně dobře jako dřív. Myslím si, že se určitě nic nezměnilo.
Pozorujete na Vaší přítelkyni nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? Ne, myslím, že je všechno v pořádku. Jen je hyperaktivní, ale to byla vždycky. Často vyjadřuje obavy z toho, že se jí to může stát znovu. Má strašně ráda život. Skutečnost, že by mohla umřít, je pro ni strašná. Ale pro koho by nebyla. Já si to taky nepřipouštím, a to se mi nic jako jí takového nestalo.
Ovlivňují Vámi uvedené změny další žití Vaší přítelkyně? Možná má o sebe větší strach. Jinak si myslím, že ne. Naše přátelství se tou příhodou určitě utužilo.
Děkuji Vám za rozhovor.

Vlastní postřehy

Slečna G. je společenská, velmi komunikativní a hyperaktivní mladá žena. V průběhu rozhovoru opakovaně zmiňovala obavy o své zdraví. Bojí se, že ji může SAK zase někdy postihnout. Neví, co ji v budoucnu čeká. Má moc ráda život a to vědomí, že si může znovu sáhnout až na „dno“, ji děsí. Těší se, že pojede v květnu s kamarádkou na dovolenou. Doufá, že to bude určitý zlom, příležitost, jak se se vším vyrovnat a odpočinout si.

Příloha 10: Rozhovor č. 8 s M. J.

M. J. je 40letá rozvedená žena středoškolského vzdělání. Pracuje jako ošetřovatelka v nemocnici.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: SAK dle HH 1. stupně z AN na a. communis anterior.
Vznik a průběh onemocnění: V práci vznik náhlé bolesti hlavy v oblasti týlu, poté si již nic nepamatuje. Dle dokumentace zkolabovala. Byla přijata na JIP interní kliniky nejmenované nemocnice, kde proběhl amentně delirantní stav. Na CT nebyl zcela jasný nález, proto byla provedena lumbální punkce. Přetrvávaly mírné bolesti v zátylku. Potvrzena diskrétní přítomnost krve v subarachnoidálních prostorech.
Léčba SAK: coiling AN na a. communis anterior.
Komplikace SAK: vazospazmy.

Přepis rozhovoru s M. J.

Kolik je Vám let? 40.
Kouříte? Nekouřím.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Tak příležitostně. Občas si s přítelem otevřeme lahev vína. Ale samozřejmě to nepřeháním. Dám si tak skleničku, maximálně dvě. Prostě jen tak na chuť.
Trpíte vysokým krevním tlakem? Ano, už asi dva roky. **Léčíte se?** Ano, beru prášky a na kontroly chodím pravidelně. Vím, že je to důležité mít ten tlak v pořádku. Někdy mi ho kontrolují i kolegyně v práci, když je poprosím.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? No, mám ho zvýšený. Dodržuju dietu, ale není to prý zas tak hrozný, abych na to musela brát léky.
Prodělal někdo z Vašich pokrevných příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? No, co vím, tak babička, matka otce, zemřela v 65 letech na cévní mozkovou příhodu, ale nevím, o jaký druh příhody se jednalo. Ale pamatuju si, že zemřela 8 dní po té příhodě.
Jste svobodná nebo vdaná? Jsem několik let rozvedená. Ale mám přítele.

Jste schopna plnit roli družky stejně jako v době před příhodou? Myslím si, že ano. Žiji s přítelem už několik let, všechno si to se mnou prožil. To, co se stalo, nás hodně sblížilo. Moc hezky se ke mně choval a staral se.

Máte děti? Mám dvě dcery s bývalým manželem, jedné je 21 a druhé 22.

Jste schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? Myslím, že jo. Vztahy se mezi námi určitě nezměnily. Jde to.

Jste schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Ano. Úplně bez problémů. **Navazujete nové vztahy?** Určitě ano. **Navazujete nové vztahy stejně dobře jako dříve?** Myslím si, že ano. Zatím jsem s tím neměla žádný problém.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? Dobře, myslím si, že je to úplně stejné jako dřív.

Jak dlouho jste byla v pracovní neschopnosti? 3 měsíce.

Setrvala jste ve stejném zaměstnání? Ano. **Ve stejné pracovní pozici?** Ano. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ano. **Jak zvládáte zátěž v zaměstnání?** Stejně jako před tou příhodou. Nic se nezměnilo.

Máte nějaké problémy se spánkem? Ne.

Jste unavenější než dříve? Ne. Ani ne.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? Ne, paměť si myslím, že mám v pořádku.

Máte nějaké problémy se soustředěním? Nemám. Soustředím se dobře.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? Ne. Nezměnila jsem se. Jsem veselý člověk a citlivá jsem byla vždycky. Je to stejný.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Ano. Nemám s tím žádné potíže.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? Ne, vše je při starém.

Učíte se stejně dobře jako dříve? To je asi stejný. Moc nových věcí jsem se od té doby učit nemusela, ale myslím, že je to v pohodě.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? Ne, určitě ne.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? Ano.

Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvily, Vaše další žití? Co tak můžu posoudit, tak nemám žádné potíže. To víte, člověk stále myslí na to, že utekl hrobníkovi z lopaty. Někdy se bojím, že se mi to stane znova. Snažím se dělat všechno proto, abych tomu předešla, ale nikdy nevíte.

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru s druhem M. J.

Je schopna plnit roli družky stejně jako v době před příhodou? Určitě ano. Všechno je při starém a v pořádku. To, co se jí stalo, nás hodně sblížilo.
Je schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? Určitě ano. Vztahy s dětmi se nijak zvlášť nezměnily, možná…asi nás teď víc navštěvují.
Je schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Jo, určitě jo. S přáteli se stýká stejně jako dřív, myslím, že to všechno zůstalo při starém.
Jak Vaše družka zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? Já bych řekl, že stejně jako před tím.
Pozorujete na Vaší družce nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? Ne. Asi ty tři, čtyři měsíce po příhodě si trošku hůř pamatovala. Měla takové výpadky, ale nic zásadního. Byla i unavenější. Ale pak se to překlenulo zase zpátky, tak jak to bylo před tím.
Ovlivňují Vámi uvedené změny další žití Vaší družky? Ne, myslím si, že nemá žádné potíže. Určitě na sebe dává větší pozor. Poctivě se léčí s vysokým tlakem. Prostě se snaží dělat všechno proto, aby se jí zase něco podobného nestalo.
Děkuji Vám za rozhovor.

Vlastní postřehy

Paní M. J. je velmi přátelská, moc se na náš rozhovor těšila. Chtěla se „pochlubit“, jak se s tím vším vypořádala a že se jí dobře daří. Hlavním důvodem k našemu setkání pro ni však byla ta skutečnost, že chtěla nějakým způsobem poděkovat za péči, která jí byla na našem pracovišti poskytnuta. Během našeho setkání byla veselá a vyrovnaná. V prostoru se orientovala dobře, chůzi měla jistou a řeč plynulou. S přítelem mají velmi pěkný vztah. Příhoda na ní nezanechala žádné následky, ale připouští obavy z možné recidivy onemocnění.

Příloha 11: Rozhovor č. 9 s H. J.

H. J. je 47letá vdaná žena středoškolského vzdělání. Je podnikatelka.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: SAK dle HH 1. stupně z AN na a. basilaris.
Vznik a průběh onemocnění: Pacientka při přijetí udávala tři dny trvající bolest hlavy. Byla hospitalizována na neurologickém oddělení nejmenované nemocnice, kde narůstala ztuhlost šíje, jiné obtíže neměla. Na CT nález perimezencefalického nakrvácení. Poté byla přeložena na neurochirurgické oddělení ÚVN Praha, kde bylo provedeno CTAg, kde byla nalezena tři AN - na a. basilaris a na a. communis media bilaterálně. Byl proveden coiling AN na a. basilaris. Aneuryzmata na a. communis media bilat. nebyla ošetřena.
Léčba SAK: coiling AN na a. basilaris.
Komplikace SAK: bez komplikací.

Přepis rozhovoru s H. J.

Kolik je Vám let? 47.
Kouříte? Ne, nekouřím.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Jenom příležitostně, na oslavách, na silvestra a tak. Určitě to nijak nepřeháním.
Trpíte vysokým krevním tlakem? Ano, už 10 let. Po dětech se i to tak nějak rozjelo. **Léčíte se?** Určitě. Léky beru poctivě, protože se bojím, že by se mi mohlo něco podobného opakovat. Myslím tím tu mrtvici. Doktor mě pravidelně kontroluje a měřím se i sama doma. Dostala jsem loni k vánocům tlakoměr.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? No, mám ho prý trošku zvýšenej, ale nic hroznýho. Snažím se omezovat mastný a smažený jídla. **Léčíte se?** Zatím ne, doktor mi říkal, že na prášky to zatím není. Ale musím chodit na kontroly.
Prodělal někdo z Vašich pokrevných příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? Ne. Určitě ne, to bych věděla.
Jste vdaná? Ano, už 25 let.

Jste schopna plnit roli manželky stejně jako v době před příhodou? Ano, alespoň si to myslím. S manželem si rozumíme. Máme moc pěkný vztah.

Máte děti? Ano, mám dvě dcery. Jsou už dospělé.

Jste schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? Určitě ano. Mám s holkama velmi pěkný vztah. Už s námi nebydlí, ale pravidelně se vídáme.

Jste schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Ano. **Navazujete nové vztahy?** Samozřejmě. **Navazujete nové vztahy stejně dobře jako dříve?** Zcela bez problémů.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? Myslím si, že stejně jako dříve.

Jak dlouho jste byla v pracovní neschopnosti? Tři měsíce.

Setrvala jste ve stejném zaměstnání? Ano. Jsem podnikatelka. Vlastním malý obchod. **Ve stejné pracovní pozici?** Ano. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ano. **Jak zvládáte zátěž v zaměstnání?** Dobře. Asi stejně jako dříve. Pořád je hodně práce. Teď je toho trochu víc, protože dřív mi pomáhala maminka, ale ta je teď nemocná.

Máte nějaké problémy se spánkem? Ne.

Jste unavenější než dříve? Ne.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? Nemám. Určitě ne.

Máte nějaké problémy se soustředěním? Ne.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? Nic takového na sobě nepozoruju, ani nikdo z mého okolí mě neupozornil, že bych se nějak změnila.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Ano. Absolutně bez problémů.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? Určitě ne.

Učíte se stejně dobře jako dříve? Ano. Učím se pořád stejně dobře. Jsem podnikatelka a vlastním obchod, to s sebou přináší pořád nějaké novinky. Takže i nějaké to učení. Naštěstí všechno funguje tak, jak má.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? Ne. Všechno zůstalo při starém. Vždy jsem si řádně organizovala hlavně čas a práci. Rozhoduji se celkem rychle, myslím si, že nemá smysl to odkládat. Stejně to člověka nemine.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? Ano, nemám žádné problémy.

Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvily, Vaše další žití? Nemám žádné potíže. Naštěstí jsem absolutně bez následků. Byla jsem i na kontrole u psycholožky a ta mi říkala, že jsem úplně v pořádku.

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru s manželem H. J.

Je Vaše žena schopna plnit roli manželky stejně jako v době před příhodou? Myslím, že je spokojená. Máme pěkný vztah. Ta příhoda nás sblížila. Já jsem tedy spokojený určitě.
Je schopna plnit roli matky stejně jako v době před příhodou? Určitě ano. S holkama si rozumí dobře. Řekl bych, že se s námi dcery od té doby snaží trávit víc času.
Je schopna udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě ano. Máme hodně přátel, se všemi se stýkáme jako dřív. Vztahy se určitě nijak zvlášť nezměnily. Určitě se o manželku zajímají víc, než dřív, ale to si myslím, že je přirozené.
Jak zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? Myslím si, že stejně dobře jako předtím.
Pozorujete na Vaší manželce nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? Určitě ne. Myslím si, že určitě nemá žádné následky.
Ovlivňují Vámi uvedené změny další žití Vaší manželky? Je v pořádku. Určitě nás to ale sblížilo, celou naši rodinu.
Děkuji Vám za rozhovor.

Vlastní postřehy

Paní H. je velice příjemná, klidně vystupující žena. Příhoda na ní nezanechala žádné následky. O své zdraví poctivě pečuje, dbá na dodržování lékařských doporučení. S manželem mají pěkný vztah, oba se shodují na tom, že je její onemocnění velmi sblížilo. Během našeho setkání se v prostoru orientovala dobře, chůzi měla jistou a řeč plynulou.

Příloha 12: Rozhovor č. 10 s M. T.

M. T. je 36letý ženatý muž středoškolského vzdělání. Pracuje jako technik.

Stručný souhrn průběhu onemocnění

Hlavní diagnóza: SAK dle HH 1. stupně z AN na a. communis anterior.
Vznik a průběh onemocnění: Doma v klidu vznik náhlé bolesti hlavy v oblasti týlu, parestezie horních končetin. Na CT nález SAK.
Léčba SAK: coiling AN na a. communis anterior.
Komplikace SAK: bez komplikací.

Přepis rozhovoru s M. T.

Kolik je Vám let? 36.
Kouříte? Ne, nekouřím.
Jak často a v jakém množství konzumujete alkohol? Jen příležitostně, a v jakém množství…pár piv, dvě někdy tři. Většinou si dám pivo při grilování nebo na oslavě. Tvrdému se vyhýbám, nedělá mi moc dobře na žaludek.
Trpíte vysokým krevním tlakem? Ano, zjistili jste mi to, jak jsem u vás ležel. Do té doby jsem nevěděl, že mám vysoký tlak. **Léčíte se?** Určitě. Beru prášky a na kontroly chodím tak, jak mám. Dávám si na to pozor.
Znáte svoji hladinu cholesterolu? No, mám ho mírně zvýšený. **Léčíte se?** Ne, doktor říkal, že to zatím není potřeba. Trošku jsem upravil jídelníček a chodím jednou za rok na kontrolní odběry.
Prodělal někdo z Vašich pokrevních příbuzných, prarodiče, rodiče nebo sourozenci, cévní mozkovou příhodu? Babička, matka matky, zemřela v 65 letech asi týden po ischemické cévní mozkové příhodě.
Jste svobodný nebo ženatý? Jsem ženatý.
Jste schopen plnit roli manžela stejně jako v době před příhodou? Asi ano. Myslím si, že se nic nezměnilo. Manželka si nestěžuje.
Máte děti? Ano, dva syny, starší má osm a mladší šest.

Jste schopen plnit roli otce stejně jako v době před příhodou? Jo, to si myslím, že zvládám určitě dobře.

Jste schopen udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Ano. Úplně bez problémů. S nikým jsem se nepřestal stýkat. Naopak se snažím s přáteli vídat častěji. **Navazujete nové vztahy?** Ano. Určitě se tomu nebráním. **Navazujete nové vztahy stejně dobře jako dříve?** Myslím si, že stejně dobře. Nikdy jsem se seznamováním neměl problémy.

Jak zvládáte zátěž v obvyklých denních činnostech? To se nijak zvlášť nezměnilo.

Jak dlouho jste byl v pracovní neschopnosti? Sedm měsíců.

Setrval jste ve stejném zaměstnání? Ano. **Ve stejné pracovní pozici?** Ano. **Ve stejném pracovním úvazku?** Ano. **Jak zvládáte zátěž v zaměstnání?** Myslím si, že dobře. Stejně jako dřív.

Máte nějaké problémy se spánkem? Ne.

Jste unavenější než dříve? Ne.

Pociťujete na sobě nějaké potíže ve smyslu pamatovat si? Já si myslím, že ne. Ale manželka mi občas nadává, že zapomínám. Prý si někdy nepamatuju, co jsem řekl a tak. Ale já sám si to neuvědomuju.

Máte nějaké problémy se soustředěním? Ne. Soustředím se dobře.

Jste citlivější nebo konfliktnější než dříve? Ne. Myslím, že jsem stejnej.

Rozumíte situacím, ve kterých se ocitáte? Ano. Je to úplně v pohodě.

Změnila se nějak Vaše schopnost řešit problémy? Určitě ne.

Učíte se stejně dobře jako dříve? Asi ano. Nebyl jsem učení moc zdatný ani předtím, určitě to není horší.

Pociťujete na sobě nějaké potíže v oblasti plánování, rozhodování a organizování činností? Ne. Všechno zvládám dobře.

Orientujete se dobře v prostoru a v čase? Určitě ano.

Jak ovlivňují potíže, o kterých jsme mluvili, Vaše další žití? Myslím si, že to, co mě postihlo, sblížilo celou naši rodinu. Já si neuvědomuji, že by mě to nějakým způsobem změnilo nebo ovlivnilo. Až na tu paměť, jak, říká manželka, tak jsem úplně v pořádku.

Děkuji Vám za rozhovor.

Přepis rozhovoru s manželkou M. T.

Je Váš muž schopen plnit roli manžela stejně jako v době před příhodou? Určitě jo. Myslím si, že náš vztah je pěkný a harmonický. Určitě nás to, co se stalo, velmi sblížilo.
Je schopen plnit roli otce stejně jako v době před příhodou? To si myslím, že určitě. Je dobrým tátou. Děti ho zbožňují.
Je schopen udržovat vztahy tak jako v době před onemocněním? Určitě. Má hodně kamarádů, s kterými se pravidelně vídá. S nikým vztahy neomezil ani nepřerušil.
Jak Váš manžel zvládá zátěž v obvyklých denních činnostech? Asi stejně jako dřív. Nemyslím si, že by se něco změnilo.
Pozorujete na Vašem manželovi nějaké změny například v oblasti spánku, únavy, paměti, soustředění, citů či jiné potíže? Někdy zapomíná. O něčem se bavíme a on si to druhý den prostě nepamatuje vůbec nebo jen útržky. Není to ale nijak hrozný. Ale někdy to bohužel vede k drobným nedorozuměním. Jinak si myslím, že je v pořádku.
Ovlivňují Vámi uvedené změny další žití Vašeho manžela? To určitě ne. On si ty potíže s pamětí ani neuvědomuje. Od té příhody je takový víc pro rodinu a samozřejmě si na sebe dává větší pozor. Poctivě chodí na kontroly a tak.
Děkuji Vám za rozhovor.

Vlastní postřehy

Pan M. T. budí dojem klidného, spíše tišího člověka. Během našeho setkání se cítil uvolněný, ale přesto odpovídal s rozvahou. Příhoda ho nijak zvlášť nepoznamenala. Poukazoval pouze na potíže s pamětí, které si však sám neuvědomuje. S manželkou mají harmonický vztah, oba se shodují na tom, že je jeho onemocnění sblížilo. Dodal, že se také snaží více stýkat s přáteli. Během našeho setkání se v prostoru orientoval dobře, chůzi měl jistou a řeč plynulou.

Příloha 13: Souhlas s prováděním výzkumného šetření

Vážená paní
Mgr. Lenka Gutová MBA
Hlavní sestra ÚVN Praha
U vojenské nemocnice 1200
Praha 6
160 00 V Třebusicích dne 18.11.2009

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Neurochirurgické klinice ÚVN Praha

Vážená hlavní sestro,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na neurochirurgické klinice ÚVN Praha, jež by mělo být součástí mé závěrečné bakalářské práce. Pracuji na Neurochirurgické klinice, oddělení JIP od 9/2006. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu ošetřovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Téma mé práce je Kvalita života pacientů po subarachnoidálním krvácení. Cílem této práce je zjistit kvalitu života u 6- 10 pacientů po SAK. Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného strukturovaného rozhovoru.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Mariany Bažantové, Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové a doc. MUDr. Davida Netuky Ph. D., Neurochirurgická klinika ÚVN Praha.

Přikládám k nahlédnutí Zadání bakalářské práce.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem Petra Škrášková

Vyjádření vedení instituce:
□ Souhlasím
□ Nesouhlasím

Odůvodnění:
Datum: Podpis, razítko