

Masarykova univerzita v Brně
Lékařská fakulta
Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví

Návaznost zdravotnických služeb u pacientů po cévních mozkových příhodách

Disertační práce

MUDr. Dubravka Jaganjacová

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji tímto, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a v seznamu literatury uvedla všechny prameny, ze kterých jsem čerpala.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Praze dne 05. 08. 2011

MUDr. Dubravka Jaganjacová

Poděkování školiteli

Vyjadřuji tímto hlubokou úctu a poděkování mému školiteli prof. MUDr. Janu Holčíkovi, DrSc. za jeho lidský a odborný přístup během celého doktorandského studia. Odborná erudice a zkušenosti pana profesora mě při každém setkání obohatily odbornými znalostmi a zároveň mi dodávaly obrovskou vůli a motivaci při psaní této práce.

Souhrn

S rostoucím počtem stárnoucích a starých lidí v populaci se zvyšuje počet osob s chronickým onemocněním. Chronická onemocnění vyžadují provázanou a koordinovanou následnou a dlouhodobou péči. Příkladem onemocnění, které vyžaduje víceoborový, dobře organizovaný tým odborníků je onemocnění cévní mozkovou příhodou (dále „CMP“).

Velmi rychlý rozvoj akutní medicíny by měl být provázen rozvojem odpovídající dlouhodobé a následné péče. Ve skutečnosti tomu tak není.

Výchozím výzkumným problémem této disertační práce je současný stav a návaznost zdravotnických služeb u pacientů po CMP. Výzkumné otázky jsou zaměřeny na rizikové faktory a životní styl u zkoumané skupiny pacientů, kteří onemocněli CMP, organizovanost a návaznost zdravotních služeb a nakonec na zdravotní stav pacientů po CMP z hlediska sebeobsluhy a schopnosti vykonávat každodenní činnosti.

Analýza sledovaných výzkumných problémů má za cíl ukázat stávající stav prevence vzniku onemocnění CMP, dostupnost odpovídající akutní péče a nakonec také průběh postakutní péče.

Disertační práce je případovou studií, zaměřenou na hlavní město Praha, konkrétněji pak na lokality Prahy 9, Prahy 5 a Prahy 4. Sběr dat byl proveden s využitím dotazníku a za pomoci rozhovorů se zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky, kteří klientům poskytovali formální a neformální péči. Klienti prošli všemi fázemi léčby, počínaje od prevence (primární péče) přes akutní (sekundární) péči k postakutní (sekundární prevence) péči. Dotazováni byli jak klienti, kteří již byli v domácí péči, a kterým byla poskytována jak formální, tak neformální péče, tak i klienti umístění na lůžkách následné péče k doléčení.

Zjištěné výsledky ukázaly na vícero nedostatků v každém ze segmentů poskytovaných služeb. Nejzávažnější nedostatky se objevily v oblastech informovanosti populace o rizikových faktorech onemocnění, přístupu lékaře v primární péči, dostupnosti iktových center, kvality poskytované následné péče včetně intenzivní komplexní rehabilitace, a také v oblasti organizace a poskytování služeb a sledování zdravotního stavu klienta v domácím prostředí.

Výsledky potvrzují nevyvážené tempo rozvoje individuálně zaměřené medicíny a podpory veřejného zdraví (skutečnost nepříznivého vývoje determinant zdraví a nemoci v dané skupině onemocnění) v ČR. Hlavním úkolem budoucí strategie přístupu k onemocnění CMP je tak vyrovnání těchto rozdílů.

Obsah

1	Úvod	8
2	Výzkumný problém	10
3	Cíle práce	11
4	Teoretická východiska a dosud známé poznatky	12
4.1	Model péče o chronicky nemocné a Rámec pro inovaci péče o chronicky nemocné	13
4.2	Koncepty kvality péče o zdraví	15
4.3	Model determinant vztahů mezi pacienty a lékaři/poskytovateli zdravotnických služeb ...	16
4.4	Demografické trendy a predikce jejich vývoje ve státech Evropské unie	18
4.5	Demografické trendy a predikce jejich vývoje v ČR	19
4.6	Závažnost CMP ve světě	21
4.7	Vývoj nemocnosti CMP v ČR.....	25
4.8	Organizace péče o chronicky nemocné	29
4.9	Definice dlouhodobé péče	29
4.10	Rizikové faktory pro vznik cévní mozkové příhody	30
4.10.1	Neovlivnitelné rizikové faktory.....	31
4.10.2	Ovlivnitelné rizikové faktory	31
4.11	Analýza zdravotní politiky, která se dotýká CMP.....	32
4.11.1	Teoretický diskurs lidských práv se vztahem ke zdraví v kontextu dalších disciplín .	33
4.11.2	Strategie přístupů k prevenci a léčbě CMP v EU	35
4.11.3	Situace v ČR, stávající problémy v organizaci péče	37
4.11.4	Závazek ČR plynoucí z HD.....	39
4.12	Ekonomika zdraví ve vztahu k chronickým onemocněním.....	43
5	Metodologický přístup a použité metody	45
5.1	Přístup případové studie	45
5.2	Metodika dotazníkového šetření.....	45
5.2.1	Obsahové zaměření výzkumného nástroje (dotazníku).....	45
5.2.2	Výběr respondentů	46
5.2.3	Sběr dat.....	46
5.2.4	Kódování dat, kontrola dat a použitý software.....	47

5.2.5	Použité statistické metody	47
6	Výsledky.....	48
6.1	Charakteristika výběrové skupiny	48
6.1.1	Pohlaví respondentů	48
6.1.2	Věk respondentů.....	48
6.1.3	Nejvyšší dosažené vzdělání.....	49
6.1.4	Ekonomické postavení respondentů.....	50
6.1.5	Povolání před onemocněním	50
6.1.6	Subjektivní zařazení do společenské skupiny	51
6.1.7	Sociální postavení dle respondenta na škále od 1 (nízké sociální postavení) do 10 (vysoké sociální postavení)	51
6.2	Zjištěné nálezy.....	52
6.2.1	Rizikové faktory pacientů, životní styl.....	52
6.2.2	Organizace a návaznost péče o pacienty po CMP	60
6.2.3	Současný zdravotní stav pacientů po CMP	70
6.2.4	Problémy v současné péči o pacienty po CMP v ČR z pohledu pacientů (otevřená otázka) 76	
6.3	Shrnutí výsledků dotazníkového šetření.....	77
6.3.1	Rizikové faktory a životní styl	77
6.3.2	Organizace a návaznost zdravotní péče o pacienty po CMP.....	78
6.3.3	Současný zdravotní a psychický stav respondentů.....	79
7	Diskuse	80
7.1	Vymezení veřejně-politického problému	82
7.2	Dva základní paradigmatické přístupy a od nich odvozené strategie.....	83
7.3	Doporučení vyplývající z disertační práce	86
8	Závěry	88
9	Seznam zkratk	90
10	Seznam grafů	92
11	Seznam obrázků	92
12	Seznam tabulek.....	93
13	Použité zdroje	95

14	Přílohy	101
-----------	----------------------	------------

1 Úvod

Pokročilý vývoj v rozvoji možnosti léčby v oblasti akutní medicíny, a také demografický vývoj obyvatelstva přináší zvýšený počet chronických onemocnění a potřebu stálého vývoje v rozvoji poskytování služeb v oblasti dlouhodobé péče (ang. „Long term care“, dále „LTC“).

S rostoucím počtem stárnoucích a starých lidí v populaci se na základě probíhajících trendů zvyšuje množství osob s potřebou dlouhodobé péče. Jde zejména o osoby s chronickými nemocemi a se sníženou soběstačností. Jejich prevalence roste s věkem. Řada vyspělých států, procházejících na přelomu tisíciletí procesem demografické tranzice, se ve svých predikcích dalšího vývoje věnuje diskusím jejich ekonomických, sociálních a zdravotních důsledků v průběhu 21. století. Probíhající diskurs těchto očekávaných trendů se v České republice (dále „ČR“) odvíjí již nejméně 10 let v převažujícím konceptuálním rámci ekonomických a komerčních přístupů (směrování důchodových reforem do oblasti fondové individualizace, redukce solidarity v oblasti financování zdravotnických služeb a současně tlaky na komercializaci těchto oblastí (WAGNER, 2001b: 945-946)).

Veřejný diskurs a reálný vývoj sociálních států v tzv. „starých členských státech EU“ (dále „EU15“) nebo v převažující míře členských států Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále „OECD“) se ubírá poněkud konzervativnější cestou a klade si otázky o možnostech zvýšení efektivity v oblasti sociálních a zdravotnických služeb, zabývá se možnostmi prodloužení délky zdravých roků života, kompresí nemocnosti, dlouhodobými investicemi do zdraví, podporou zdraví (OECD 2004; WHO 2000). Státy, které již prakticky řeší důsledky stárnutí společnosti, se věnují novým přístupům k organizaci služeb, jejich financování a řízení kvality. Primárním dlouhodobým a současně i legitimním cílem tedy není demontáž sociálního státu, ale vyšší efektivita a kvalita v kontextu vývoje lidských práv a tedy důrazu na individuální svobodu a zachování autonomie nejen u starší generace. Mnohdy zjednodušující neoliberalní ekonomické přístupy jsou v převážné většině vyspělých států podrobovány reflexi v kontextu komplexnějších interpretací konceptů spravedlnosti, etiky a práva, či konceptů dalších společenských věd (filosofie, antropologie, sociologie). Za významnou výzvu pro systém zdravotní a sociální péče lze v uvedeném kontextu považovat parametry jejich kvality (dostupnost, výsledky, efektivitu v širším smyslu, kvalitu života, lidskou důstojnost, autonomii starší generace). Procesy rozvoje kvality souvisí s optimalizací organizace služeb, jejich kooperace, integrace, decentralizace a dalším rozvojem lidských zdrojů (zejména s jejich dalším vzděláváním). Rozvoj kvality zdravotnických služeb je dosahován provázaným uplatněním přístupů na makro, mezo i mikro úrovni (TŮMOVÁ-KŘEČKOVÁ, 2003).

Vývoj standardizované úmrtnosti na cerebrovaskulární onemocnění (dále „CVO“) se v ČR v průběhu 90. let vyvíjel příznivě jak ve věkové skupině 0-64 let, tak i ve všech věkových skupinách s výjimkou standardizované úmrtnosti na CVO ve všech věkových skupinách v období 2000-2005, kdy došlo k významnému pozastavení poklesu této úmrtnosti, a tím k oddálení možného vyrovnání rozdílu tohoto ukazatele v porovnání s vývojem ve státech EU15. Ohroženou skupinou jsou v tomto případě pacienti starší 64 let.

V roce 2006 Helsingborská deklarace (dále „HD“) definovala klíčové body v plánu rozvoje (do roku 2015) poskytování komplexní péče pacientům s CVO, kterými jsou: organizace služeb poskytování péče, organizace poskytování služeb v akutní fázi onemocnění, prevence CVO, evaluace a ohodnocení dosažených výsledků. Všem pacientům s CVO má být poskytnuta úspěšná, kontinuální péče, od momentu vzniku onemocnění až k následné rehabilitaci a prevenci recidivy onemocnění. Dle HD by měl být výzkum zaměřen na sledování spotřeby finančních nákladů, dlouhodobé sledování výsledků fungování modelu organizovanosti služeb, sledování sekundární prevence, identifikaci vzniklých problémů, úspěšnost edukace kompletního týmu, který pečuje o pacienta, doplňování směrnic („guidelines“), možnosti úspěšné a včasné diagnostiky CVO a poskytování primární a sekundární zdravotní péče.

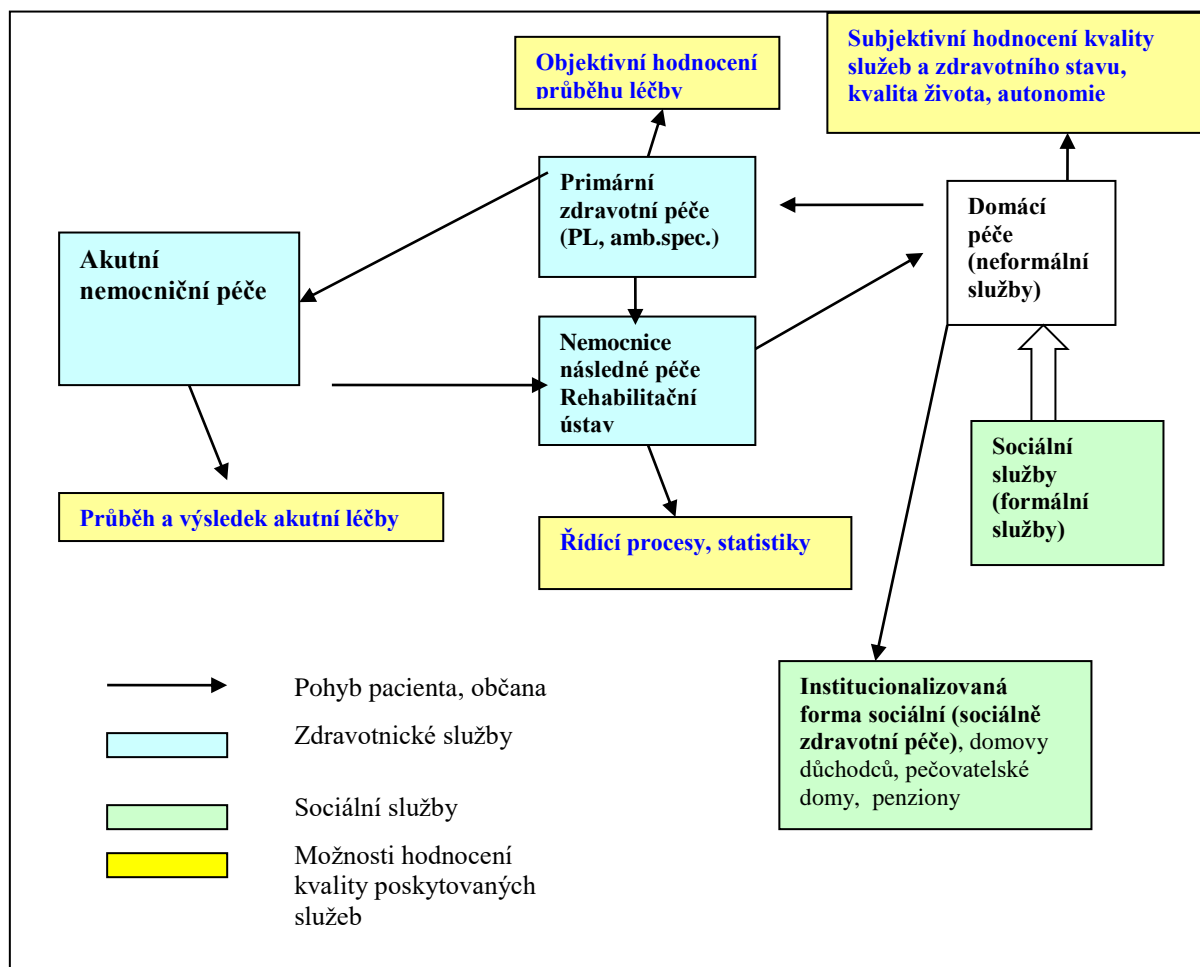
Poskytování kompletních a dobře navazujících služeb by do roku 2015 mělo snížit úmrtnost na CVO pod 15% v prvním měsíci onemocnění a u 70 % pacientů by stupeň soběstačnosti měl umožňovat plnění obvyklých denních aktivit po třech měsících od vzniku onemocnění (Helsingborg Declaration on European Stroke Strategies, 2006).

Pokles úmrtnosti v ČR ve skupině kardiovaskulárních nemocí se stal citlivým indikátorem úspěšnosti rozvoje zdravotnických služeb v kombinaci s péčí o veřejné zdraví (DRBAL, 1997; DRBAL; 2005). Podrobnější výzkum vývoje kvality zdravotnických služeb na komunitní či lokální úrovni lze v tomto kontextu považovat za významný poznatkový přínos v oblasti organizace a financování péče o chronicky nemocné (WAGNER a kol., 2001a; PŘEHNAL, 2005; HÁVA a kol., 2002).

2 Výzkumný problém

Výchozím výzkumným problémem tohoto projektu je současný stav návaznosti zdravotnických služeb u pacientů po cévních mozkových příhodách (dále „CMP“) a podmínky dalšího vývoje zlepšení návaznosti poskytování služeb zdravotní péče u skupiny chronicky nemocných. Vybraný výzkumný soubor sledovaných pacientů zahrnuje skupinu pacientů po prodělaném akutním CVO.

Rámec poskytovaných služeb je znázorněn na Obrázku 1



Obrázek 1 Rámec poskytovaných služeb

Zdroj: autorka

Vymezení výzkumného problému je vztaženo k probíhajícím společenským, reformním a organizačně právním změnám ve zdravotnictví a vychází z předpokladu jejich možné další diverzifikace a s tím spojených důsledků pro samotnou kvalitu poskytovaných služeb. Součástí výzkumného problému v domácím českém kontextu jsou také trendy mezinárodního vývoje, veřejného a teoretického diskursu přístupů k výzvám stárnoucích společností a změn ve spektru potřeb dlouhodobých zdravotnických služeb v kontextu sociálních služeb a neformálních komplementů včetně dalšího rozvoje aktivních přístupů

samotných chronicky nemocných při kontrole jejich onemocnění (pacientova vlastní péče o jeho zdraví (self-management), pacientova úroveň informovanosti o nemoci, jejích determinantách a o možnostech jejich kontroly).

Výzkumné otázky:

1. Jak se rizikové faktory a životní styl podílejí na vzniku CMP u zkoumané skupiny klientů? Jaké nedostatky se vyskytují v přednemocniční fázi onemocnění z pohledu podpory zdraví a preventivní medicíny?
2. Jaká je organizace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb v každé fázi onemocnění počínaje prevencí, přes akutní léčbu, následnou péči až po domácí péči a sekundární prevenci?
3. Jaký je zdravotní stav pacientů po CMP z hlediska sebeobsluhy a schopnosti vykonávat každodenní činnosti? Je formální a neformální péče dostačující z pohledu sekundární prevence onemocnění?

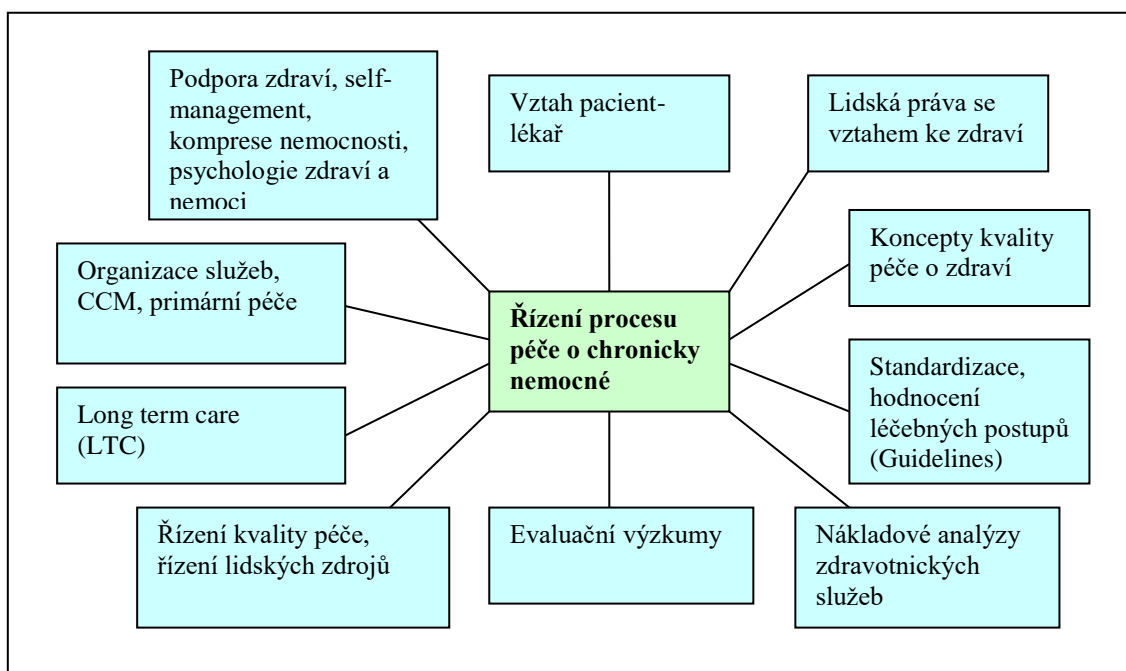
3 Cíle práce

1. Analýza rizikových faktorů a životního stylu u vybrané skupiny pacientů.
2. Analýza současného stavu organizace a návaznosti poskytování služeb pacientům po CMP, jak zdravotně-sociálních, tak ošetřovatelských, v kontextu probíhajících změn jejich organizace u vybrané části nemocných.
3. Hodnocení současného stavu pacientů po CMP z hlediska sebeobsluhy a schopnosti vykonávat každodenní činnosti.

4 Teoretická východiska a dosud známé poznatky

Použitá teoretická východiska se vztahují ke zkoumaným procesům návaznosti poskytovaných služeb v oblasti dlouhodobé zdravotní péče (viz. Obrázek 2). Kvalita zdravotní péče je koncipována ve dvou základních rozměrech: kvalita v širším smyslu (Maxwell) a v užším smyslu (Donabedian). Aspekty kvality péče o zdraví v širším smyslu zahrnují její dostupnost, subjektivní přijatelnost, výsledky, řešení souvisejících finančních rizik v rámci systémů pojištění nebo veřejných financí. Užší pojetí kvality se soustřeďuje na procesy řízení kvality služeb na úrovni poskytovatelů, na využití nástrojů standardizace, akreditace, měření výsledků, léčebné postupy, řízení lidských zdrojů.

Na mikro úrovni se předmětu výzkumu týkají koncepty vztahu pacient-lékař, obecně vztahu mezi příjemcem služeb a poskytovatelem služeb a řídicí procesy (zejména řízení kvality služeb, měření výsledků, evaluační výzkum). V současnosti dochází k většímu zájmu i k větší diskusi modelů řízení péče – Wagnerův model péče o chronicky nemocné je vyložen v následující kapitole.



Obrázek 2 Přehled souvisejících teoretických východisek poznatků

Zdroj: autorka

Organizačního uspořádání se týkají koncepty primární péče, decentralizace řízení a správy, substituce akutní nemocniční péče méně nákladnými alternativami v oblasti dlouhodobé (následné) lůžkové a primární ambulantní péče.

Na makroúrovni se předmětu týká vývoj právního rámce, tvorby národních programů, akčních plánů a z hlediska výzkumného přístupu výzkum tvorby souvisejících částí zdravotní a sociální politiky, její objektivizovaná východiska, využití výzkumu,

občanská participace na politickém rozhodování, politický a veřejný diskurs, legitimita vybraných alternativ.

Důležitým teoretickým východiskem jsou Model péče o chronicky nemocné (*Chronic Care Model* - dále „CCM“ (WAGNER, 2004), viz Obrázek 3) a Rámec pro inovaci péče o chronicky nemocné (*Innovative Care for Chronic Conditions* - dále „ICCC“ (EPPING-JORDAN, 2004), viz Obrázek 4).

4.1 Model péče o chronicky nemocné a Rámec pro inovaci péče o chronicky nemocné

Podstatou Wagnerova CCM (Obrázek 3) je vztah mezi informovaným pacientem a poskytovateli zdravotnických služeb, kteří jsou kontinuálně vzděláváni, připravováni pro účinné a účelné plnění své role v tomto modelu. Tento model byl formulován koncem 90. let ve Spojených státech amerických (dále „USA“) nejprve na základě přehledu publikovaných prací a následně pak testován a rozvíjen v sérii dalších prací (WAGNER, 1997, 2001a, 2004; DAVIS, WAGNER, GROVES, 2000; ROTHMAN, WAGNER, 2003).

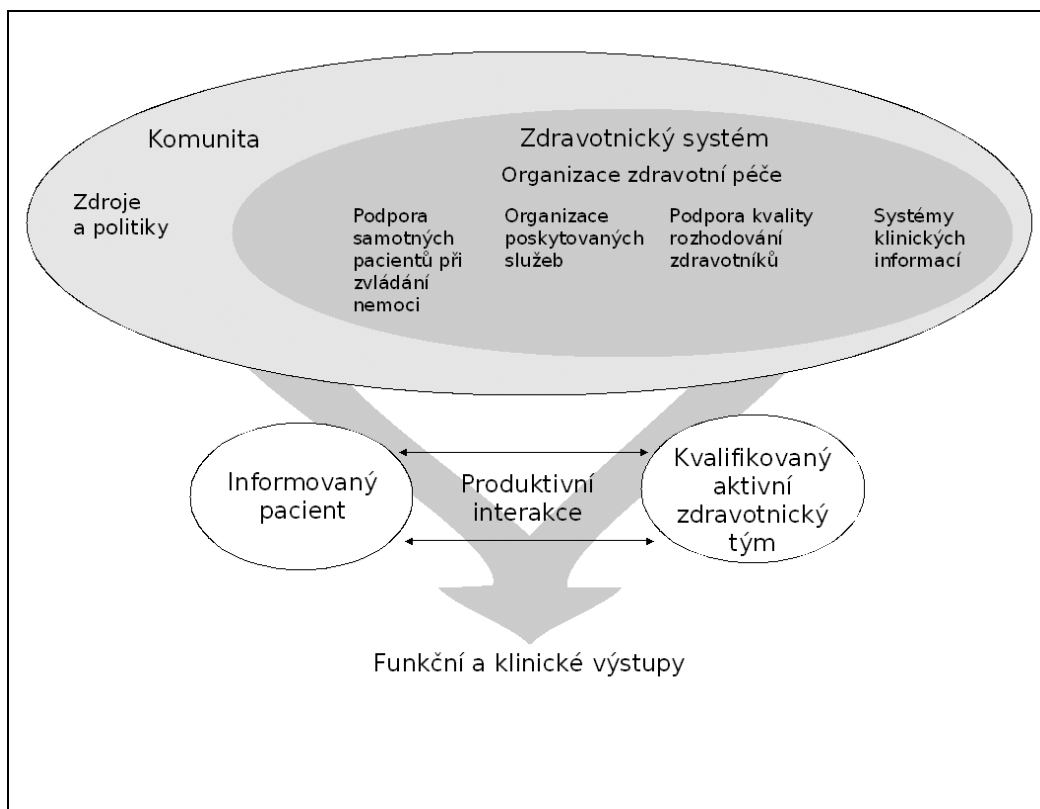
Rámec modelu CCM je v USA prakticky využíván v několika stech organizacích, poskytujících zdravotnické služby a díky němu bylo dosaženo zlepšení kvality péče. Hlavními komponentami tohoto modelu jsou: podpora samotných pacientů při zvládnání nemoci (self-management), organizace poskytovaných služeb, podpora kvality rozhodování zdravotníků (jejich další vzdělávání, dostupnost nových poznatků) a využití informačních systémů s údaji o pacientech, jejich léčbě, dosahovaných výsledcích.

Model CCM je v další inovační formě (ICCC) adaptován také na mezinárodní úrovni (EPPING-JORDAN, 2004). Světová zdravotnická organizace (dále „SZO“) přispívá k aplikaci tohoto modelu se zdůrazněním rozvoje vztahů mezi informovaným pacientem a zdravotnickým týmem na úrovni primární péče. Základní dyáda modelu CCM (pacient – zdravotnický systém) je doplněna o procesy a vztahy na komunitní úrovni (viz. ICCC na obr. 4).

V rozšířeném modelu ICCC (viz. Obrázek 4) je zdůrazněno zahrnutí komunitní úrovně. V českých podmínkách bychom mohli konkretizovat tuto úroveň jako úroveň lokálních samospráv či jejich asociací, event. v kooperaci s regionální samosprávou. Na komunitní úroveň můžeme řadit také celou řadu neziskových nestátních aktivit v oblasti služeb, jejich advokaci, činnosti rodiny, příbuzných a přátel. Podstatnou dimenzí je tak občanská participace na rozvoji a modernizaci organizačního uspořádání zdravotnických služeb s jejich integrací a kooperací. Jednou z podmínek realizace takového přístupu je také rozvoj lidských zdrojů v oblasti medicíny, ale i veřejného zdraví.

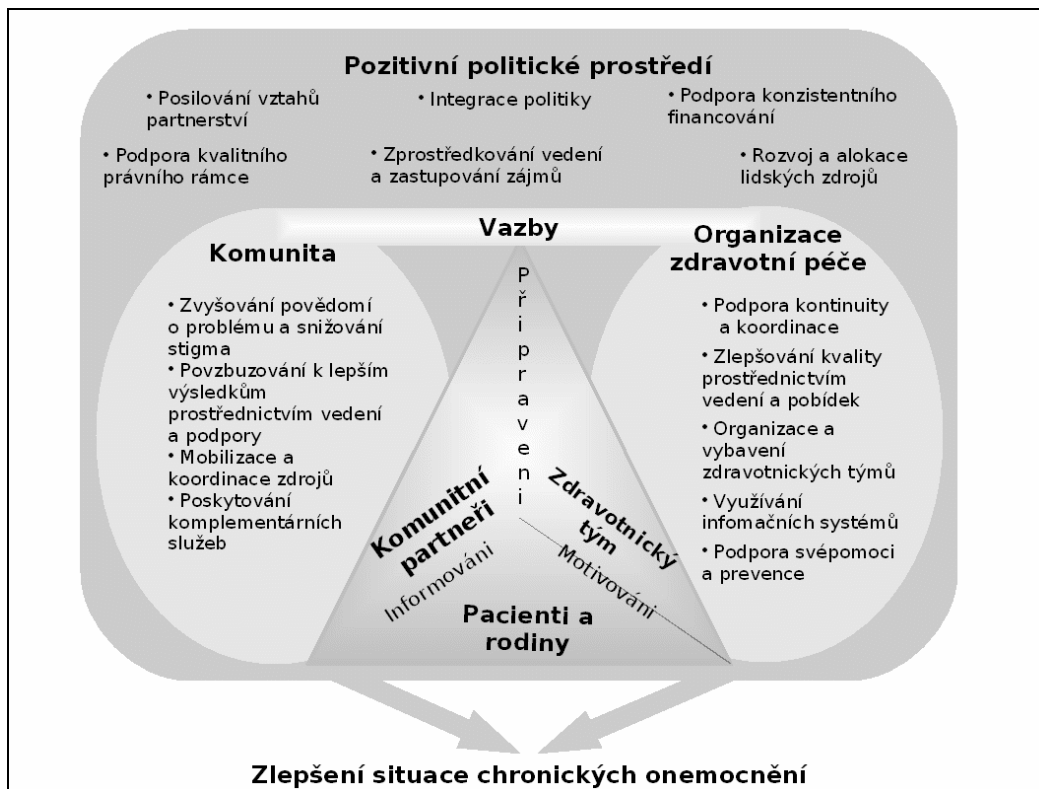
V obou modelech (CCM, ICCC) vystupuje význam kombinovaného přístupu obou základních paradigmat péče o zdraví, jimiž jsou převážně individuálně zaměřená medicína a

populačně orientované veřejné zdraví (public health). Vyspělé státy se na počátku 21. století ocitají před výzvou rostoucí zátěže důsledků chronických nemocí. Samotný scénář „medikalizace“ evidentně nepředstavuje pro budoucnost udržitelnou alternativu. Naděje do budoucna jsou spatřovány ve scénářích komprese nemocnosti a v redukci zátěže chronickými nemocemi (CUTLER, 2001). Vzhledem ke komplexnímu charakteru příčin chronických nemocí, které spočívají v kombinaci genetických a dalších determinant (životní styl, životní prostředí, zdravotnické služby), je východisko pro 21. století spatřováno ve větším rozvoji a uplatnění paradigmat veřejného zdraví (ORME et al., 2003).



Obrázek 3 Wagnerův model péče o chronicky nemocné - CCM

Zdroj: WAGNER, 2004; přeloženo autorkou



Obrázek 4 Rámec pro inovaci péče o chronicky nemocné (ICCC)

Zdroj: EPPING-JORDAN, 2004; přeloženo autorkou

4.2 Koncepty kvality péče o zdraví

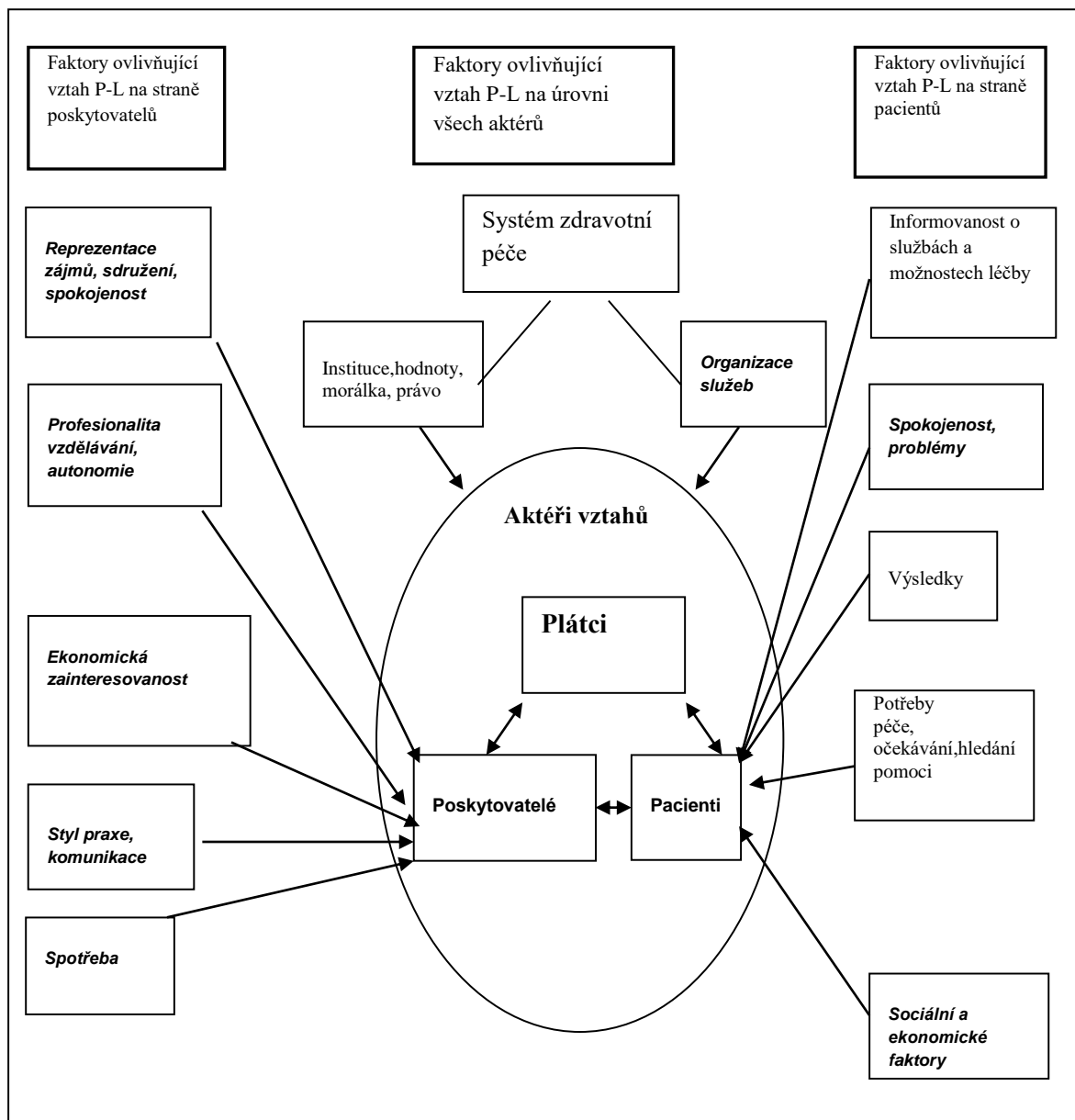
Kvalita zdravotní péče patří mezi tradiční hodnoty zdravotní péče (GLADKIJ, HEGER, STRNAD, 1999). Na kvalitu zdravotní péče lze nahlížet objektivem mnoha různých aspektů a perspektiv. Proto existuje řada definic kvality, od úzce zaměřených, až po komplexní a mnohorozměrné. Jednou z komplexně pojatých definic kvality zdravotní péče je například definice SZO, která říká: „Kvalita péče je souhrnem výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“ (WHO, 1966). Komise expertů SZO definovala následující aspekty kvality zdravotní péče: vysoká míra profesionality, hospodárnost vynaložených prostředků, minimalizace rizik pro pacienty, vysoká míra spokojenosti pacientů, medicínsky dobrý výsledek.

Pojem kvality v sobě zahrnuje i konkrétní měřitelné parametry poskytovaných zdravotnických služeb a zdravotní péče, vztahující se především k osobě pacienta samotného. Jsou jimi cenová a územní dostupnost, přijatelnost z hlediska samotného pacienta, účinnost a účelnost služeb, projevené především ve výsledcích. Faktory, které ovlivňují tyto měřitelné parametry, jsou členěny z hlediska procesu zdravotní péče na (1) vstupní (vzdělání pracovníků, přístrojové vybavení, prostory), (2) samotné diagnostické, léčebné či rehabilitační postupy/technologie (vztah pacienta s lékařem, řízení celého procesu) a (3) výsledkové. K podmínkám implementace kvality zdravotní péče patří nástroje standardizace v podobě doporučených a aktualizovaných léčebných postupů (tzv.

„guidelines“), akreditační procesy, systémy vnitřních a externích auditů či dalších monitorovacích a evaluačních postupů. Významnou zpětnou vazbou je výzkum zdravotnických služeb (BOBOMI et al., 2002; HURDOWAR, GRAHAM, BAYLEY, 2007; TOBIAS, CHEUNG, McNAUGHTON, 2002; MANT et al., 2000; IKEGAMI, HIRDES, CARPENTER, 2002). Rozvoj léčebných postupů pro oblast léčby chronických nemocí kardiovaskulárního systému prodělává v posledních 10 až 15 letech dynamický vývoj (HRADEC, 1996; KALITA, 2001; KALVACH a kol., 2004; SCOTT, THOMPSON, LEWIN, 2000).

4.3 Model determinant vztahů mezi pacienty a lékaři/poskytovateli zdravotnických služeb

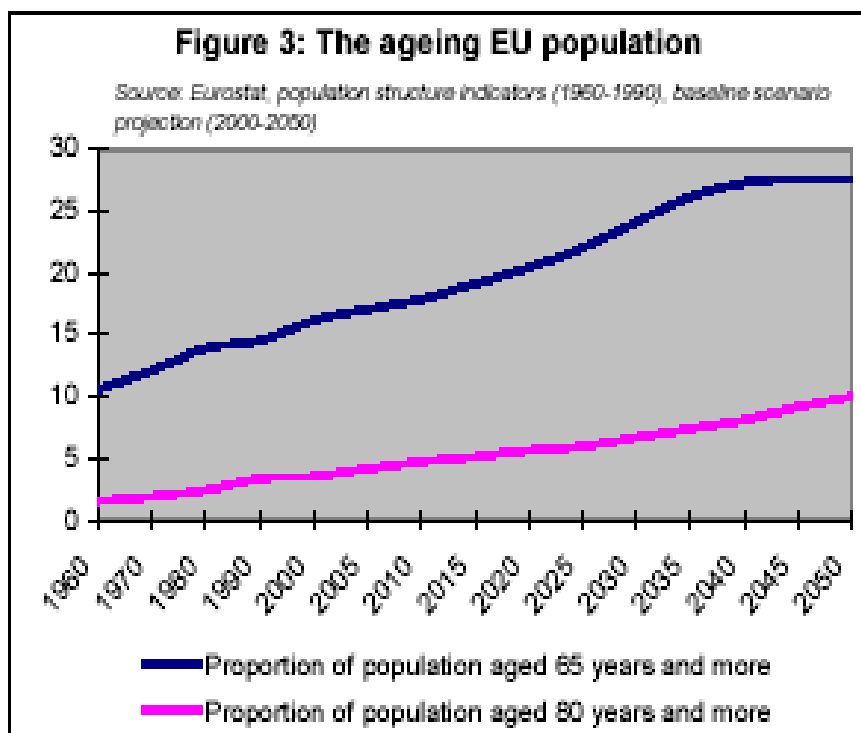
Vztah pacienta a lékaře (viz. Obrázek 5) je v teoretické rovině reflektován také s využitím psychologických poznatků (KŘIVOHLAVÝ, 1995), práva (MACH, 2003), teorií řízení a organizace. Na straně pacientů dochází sice k růstu jejich informovanosti, avšak to se týká zatím jenom menší části. V modelech řízení péče o chronicky nemocné sehrávají významnou roli vzdělávání pacientů ke zdraví, programy podpory zdraví, různé asociace pacientů. Řízení kvality péče je poměrně komplexním procesem. V úrovni kvality poskytovaných zdravotnických služeb existují značné rozdíly, veřejnost je obvykle nedostatečně informována. Péče o chronicky nemocné ve vyšších věkových skupinách je poměrně závislá na celkové úrovni výdajů na zdravotnictví. Významné rozdíly jsou z tohoto hlediska patrné při srovnání členských států Evropské unie (dále „EU“). O této skutečnosti ostatně svědčí např. i rozdíl v úmrtnosti pacientů s CMP v ČR v porovnání s pacienty ze zemí EU15.



Obrázek 5 Model determinant vztahů mezi pacienty a lékaři/poskytovateli zdravotnických služeb.

Zdroj: Výzkumný plán k výzkumnému záměru "Zdravotní politika a ekonomika" s konkrétnizací úkolů pro rok 2001, Kostelec n. Černými lesy 29. 1. 2001.

4.4 Demografické trendy a predikce jejich vývoje ve státech Evropské unie



Graf 1 Vývoj proporce obyvatelstva nad 65, resp. nad 80 let v populaci EU do roku 2050

Zdroj: Eurostat population structure indicators (1960-1990), scenario proportion (2000-2050)

Pro zdravotnictví představuje stárnutí bezesporu jeden z nejnaléhavějších problémů jedenadvacátého století. Se stoupajícím podílem seniorů v EU (viz Graf 1) přibývá výskyt zdravotních postižení a onemocnění spojených se stářím. Ve středně až dlouhodobém horizontu se bude v důsledku obecného stárnutí české populace (viz. Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050, ČSÚ, 2009) výrazně měnit struktura poptávaných zdravotních služeb. Z původních 10 % obyvatel nad 65 let na přelomu století stoupl jejich počet na 13,5 %, což představuje 1 350 000 osob. Podle statistiky (Eurobarometr, leden 2007) jsou dle názorů obyvatel nejčastěji diskriminovanou skupinou právě senioři. Relativně nejvíce seniorů žije v současné době v Itálii (18,2 %), dále v Řecku, Švédsku, Španělsku a Německu. V těchto zemích je procento seniorů v celkové populaci vyšší, než je průměrné procento seniorů v zemích bývalé patnáctky, které je 16,4 %. Celkem žije v EU po jejím rozšíření 16 % seniorů.

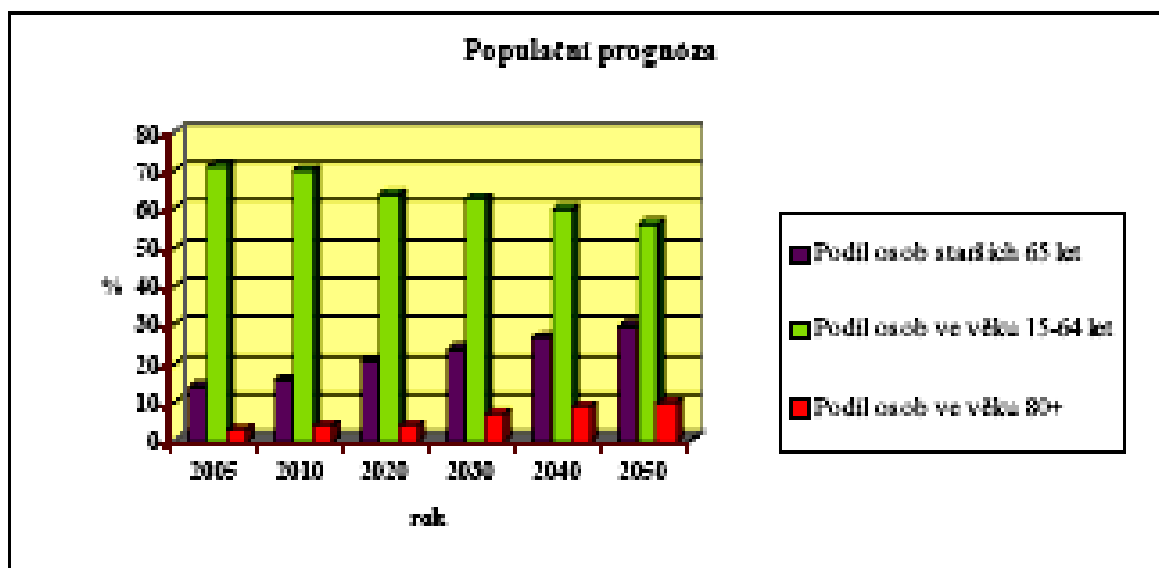
Závazkem pro stárnoucí společnost by měla být co nejdéle trvající nezávislost seniorů a život v přirozeném prostředí domova. V praxi tomu tak často není. Řetězec návaznosti akutní lůžko-postakutní lůžko (LTC)-odchod do domácí péče (rehabilitačního ústavu, sociálního lůžka, do ošetrovatelské péče nebo domovu pro seniory) velmi často na jednom nebo více místech selhává.

Velmi důležité je úspěšné propojení obou typů péče ve směru nejen profesním, ale i organizačním, a hlavně pak v otázce financování z jednotlivých rozpočtů. Určit, do jaké míry se jednotlivá péče angažuje, je velmi obtížné, často úplně nemožné.

4.5 Demografické trendy a predikce jejich vývoje v ČR

Z prognózy vyplývá, že zastoupení populace ve věkové kategorii 65 let a více by se mělo ze 14 % v roce 2005 zvýšit na 30 % v roce 2050 (viz. Graf 2). Pokud se zaměříme samostatně na procento zastoupení populace ve věku 80 let a výše na celkové populaci, mělo by se toto zastoupení zvýšit z 3 % v roce 2005 na 10 % v roce 2050 (BURCÍN, KUČERA, 2003). Přitom po 75. roce života stoupá potřeba dlouhodobé péče exponenciálně (IKEGAMI, HIRDES, CARPENTER, 2002).

Ve studované problematice se převážně jedná o obyvatelstvo ve věku nad 65 let.



Zdroj: Burcín, Kučera (2003)

Graf 2 Prognóza vzájemné proporce mladých a starších osob v ČR

Zdroj: BURCÍN, KUČERA, 2003

TABULKA 3.1. A GRAF 3.1.: POPULAČNÍ PROGNÓZA

	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Počet obyvatel (v tis.)	10 239	10 305	10 404	10 376	10 231	10 065
Podíl dětí 0-14 let (v %)	15	14	15	13	13	14
Podíl osob starších 65 let (v %)	14	16	21	24	27	30
Podíl osob ve věku 15-64 let (v%)	71	70	64	63	60	56
Podíl osob ve věku 80+	3	4	4	7	9	10
index stárnutí	96,41	111,26	141,66	171,26	200,1	214,85

Zdroj: Burcín, Kučera (2003)

Tabulka 1 Populační prognóza, vyjádřená indexem stárnutí

Zdroj: BURCÍN, KUČERA, 2003

V posledním řádku převzaté Tabulky 1 (BURCÍN, KUČERA, 2003) je spočítán ukazatel stáří populace - tzv. „index stárnutí“ či „index stáří“. Ten je počítán jako podíl populace ve věku 65 let a výše a počtu dětí ve věku 0-14 let (x 100). Zatímco v roce 2005 tento index dosáhl přibližně 96,4%, v roce 2010 by měl již překročit hranici 110% a v roce 2050 by jeho hodnota měla přesáhnout dokonce 210%. Znamená to, že v roce 2050 by na 3 013 000 seniorů ve věku nad 65 let připadlo pouze 1 402 000 dětí ve věku 0-14 let, tj. na jedno dítě ve věku 0-14 let by připadly zhruba dva seniori, přičemž v roce 2005 na jedno dítě ve věku 0-14 let nepřipadá ani jeden senior!

Zvážíme-li, že v současné době je v ČR přibližně 23 119 lůžek, na kterých je poskytována dlouhodobá péče a přijmeme-li předpoklad, že toto poměrné zastoupení počtu lůžek vůči počtu lidí ve věku 65 let a více by se s dalšími roky neměnilo, počet přibližně 23 119 lůžek dlouhodobé ústavní péče v roce 2004 by se tak zvýšil více než dvakrát na 48 406 lůžek v roce 2050.

V návaznosti na tyto prognózy odhaduje Přehnal (1999), že v české populaci starší 65 let zůstává přibližně 80 % občanů soběstačných s pomocí rodiny a nejbližší komunity. Potřebu pomoci při běžných každodenních úkonech (Instrumental Activities Daily Living - dále „IADL“), tj. pomoci v domácnosti, má podle něj přibližně 12-13 % všech lidí ve věku 65 let a výše, potřebu domácí péče pak 7-8 % a potřebu ústavní péče přibližně 2-3 %. Přehnal (1999) používá tyto odhady také v kontextu demografické prognózy pro roky 2010 a 2020: při počtu 1 639 000 seniorů v roce 2010 bude podle něj domácí péči potřebovat téměř 113 000 občanů, v roce 2020 až 136 000 občanů a v roce 2020 až 136 000 občanů. Potřebu ústavní péče autor odhaduje na 42 300 občanů pro rok 2010 a na 51 000 občanů v roce 2020 (PŘEHNAL, 1999 In: BRUTHANSOVÁ, ČERVENKOVÁ, HOLMEROVÁ, 2000).

4.6 Závažnost CMP ve světě

Rostoucí zátěž chronickými (civilizačními) nemocemi v průběhu 20. století a na počátku 21. století se v kontextu demografického vývoje, podpory zdraví a léčby, stává v procesu tvorby zdravotní politiky dominantní agendou (Konference WHO v Tallinnu 2008). CMP jsou celosvětově nejen druhou nejčastější příčinou úmrtí, ale také významným faktorem, který vede k omezení soběstačnosti chronicky nemocných, a to jak v rozvojových, tak v rozvinutých zemích (viz. Tab. 2 a 3). Jsou zodpovědné za více než 5 milionů úmrtí za rok, což celosvětově představuje asi 10 % všech úmrtí. První polovina devadesátých let přinesla díky pracím Harvard School of Public Health (MURRAY, LOPEZ, 1996) a jejich aplikaci SZO možnost konstrukce nového komplexního rámce pro hodnocení nemocnosti, úmrtnosti a současně i snížení soběstačnosti chronicky nemocných, tzv. konceptu „burden of disease“. Tehdy byl konstruován nový složený indikátor „DALYs“ (Disability adjusted life years), který je kombinací ukazatelů YLL¹ a YLD².

Srovnáme-li celosvětově nízkopříjmové a středněpříjmové země s vysokopříjmovými zeměmi³ dle tohoto ukazatele pro CMP, ve vysokopříjmových zemích se toto onemocnění nalézá po ischemické chorobě srdeční na druhém místě žebříčku, v nízkopříjmových a středněpříjmových potom až na pátém místě za příčinami jako jsou podmínky při porodu, infekce dolních cest dýchacích, ischemická choroba srdeční a HIV/AIDS (Tabulka 3; LOPEZ, 2006). CMP představuje onemocnění, které ve vyspělých zemích vede v průměru k 9,3 rokům ztraceným v důsledku předčasného úmrtí nebo invalidity (tamtéž).

Koncept „burden of disease“ (s indikátorem DALYs) se nepochybně stal východiskem nového přístupu k formulaci priorit zdravotní politiky jak v oblasti samotné medicíny, tak i podpory zdraví a významným ukazatelem zátěže nemocností.

CMP jsou dle kritérií SZO definovány jako rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového, případně difúzního mozkového postižení, předpokládaného cévního původu, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti.

¹ „Years of life lost“, neboli roky života ztracené v důsledku úmrtí.

² „Years of life lost due to disability“, neboli roky života ztracené v důsledku nemohoucnosti/invalidity.

³ Zařazení zemí do kategorií bylo provedeno na základě ukazatele hrubého domácího produktu per capita.

Země s nízkými a středními příjmy			Země s vysokými příjmy		
Příčina	Počet úmrtí (v mil.)	% z celkového počtu úmrtí	Příčina	Počet úmrtí (v mil.)	% z celkového počtu úmrtí
1 Ischemická choroba srdeční	5,70	11,8%	Ischemická choroba srdeční	1,36	17,3%
2 Cévní onemocnění mozku	4,61	9,5%	Cévní onemocnění mozku	0,78	9,9%
3 Onemocnění dýchací soustavy	3,41	7,0%	Novotvary plic	0,46	5,8%
4 HIV/AIDS	2,55	5,3%	Nemoci dýchací soustavy	0,34	4,4%
5 Úmrtí při porodu	2,49	5,1%	Chronická plicní onemocnění	0,30	3,8%
6 Chronická plicní onemocnění	2,38	4,9%	Novotvary tlustého střeva a konečníku	0,26	3,3%
7 Průjmová onemocnění	1,78	3,7%	Alzheimerova choroba a ostatní demence	0,21	2,6%
8 Tuberkulóza	1,59	3,3%	Diabetes mellitus	0,20	2,6%
9 Malárie	1,21	2,5%	Rakovina prsu	0,16	2,0%
10 Dopravní nehody	1,07	2,2%	Rakovina žaludku	0,15	1,9%

10 hlavních příčin úmrtí, 2001

Tabulka 2 Srovnání deseti nejčastějších příčin úmrtí v zemích s nízkými/středními a vysokými příjmy

Zdroj: LOPEZ et al., 2006, přeloženo autorkou

Země s nízkými a středními příjmy			Země s vysokými příjmy		
Příčina	DALYs (v mil. Let)	% z celkových DALYs	Příčina	DALYs (v mil. Let)	% z celkových DALYs
1 Úmrtí při porodu	89,07	6,4%	Ischemická choroba srdeční	1,36	17,3%
2 Onemocnění dýchací soustavy	83,61	6,0%	Cévní onemocnění mozku	0,78	9,9%
3 Ischemická choroba srdeční	71,88	5,2%	Unipolární depresivní poruchy	0,46	5,8%
4 HIV/AIDS	70,8	5,1%	Alzheimerova choroba a ostatní demence	0,34	4,4%
5 Cévní onemocnění mozku	62,67	4,5%	Novotvary plic	0,30	3,8%
6 Průjmová onemocnění	58,7	4,2%	Ztráta sluchu v dospělosti	0,26	3,3%
7 Unipolární depresivní poruchy	43,43	3,1%	Chronická plicní onemocnění	0,21	2,6%
8 Malárie	39,96	2,9%	Diabetes mellitus	0,20	2,6%
9 Tuberkulóza	35,87	2,6%	Poruchy vyvolané účinkem alkoholu	0,16	2,0%
10 Chronická plicní onemocnění	35,45	2,4%	Osteoartróza	0,15	1,9%

Tabulka 3 Srovnání deseti nejčastějších příčin DALYs v zemích s nízkými/středními a vysokými příjmy

Zdroj: LOPEZ et al., 2006, přeloženo autorkou

Země byly do nízkopříjmové, středněpříjmové a vysokopříjmové kategorie rozděleny dle hodnoty hrubého národního produktu na jednoho obyvatele. Jde o klasifikaci, kterou užívá Světová banka (World Bank, Classification of Countries).

Výzkum incidence, prevalence a úmrtnosti na CMP je založen na řadě různých zdrojů dat (nemocniční databáze pacientů, údaje ambulantní péče, demografická data o specifické úmrtnosti, populační epidemiologické studie). Možnosti srovnání těchto údajů jsou komplikovány metodologickými rozdíly, odlišně vymezenými věkovými skupinami, ale také nejistotami ohledně spolehlivosti stanovení diagnózy v souladu s definicí CMP SZO. Požadavky na spolehlivost a jednotnost metodik, včetně věkové standardizace dat, vyvstávají, obzvláště pokud jsou předmětem výzkumu dlouhodobé vývojové změny sledovaných ukazatelů (FEIGIN, 2003). Aktuální epidemiologické údaje se u CMP v případě věkově standardizované incidence u osob mladších 55 let pohybují mezi 4,2 až 11,7 na tisíc osob za rok. Zjištěné hodnoty vykazují značné rozdíly v závislosti na

sledovaných geografických územních celcích (viz. Graf 3). Průměrný věk pacienta s CMP se pohybuje u mužů kolem 70 let a u žen kolem 75 let. Více než polovina CMP se vyskytuje ve vyšším věku nad 75 let (FEIGIN, 2003; Tabulka 4).

Zdrojová studie	Věkové rozmezí	Incidence CMP	Člověkoroxy („person-years“)		Změny v incidenci CMP	Změny v úmrtnosti na CMP	Změny v závažnosti CMP („case-fatality“)
			Sledované období	Sledované období			
Rochester, MN, USA	všechny věkové skupiny	2521	1 665 257*	1955-1979 70.-80.léta	↓38% ↑19%	N/A	↔
Frederiksberg, Dánsko	všechny věkové skupiny	927	378 240	1972-1974 až 1989-1990	↑15%	N/A	N/A
Espoo-Kauniainen, Finsko	všechny věkové skupiny	1093	769 508	1972-73 až 1978-1980 1978-80 až 1989-1991	↓28% ↑9%	} ↓46%	} ↓33%
Oyabe, Japonsko	≥25	2068	460 026*	1977-1981 až 1982-1986 1982-1986 až 1987-1991 1982-1986 až 1987-1991	↓25-30% ↓9% (muži) ↑2% (ženy)		
Auckland, Nový Zéland	≥15	1776	1 774 833	1981-1982 až 1991-1992	↓9% (muži) ↑9% (ženy)	} ↓N/A	} ↓16%
Kodaň, Dánsko	≥25	1206	2 121 600	1982-1991	↓3%	↓2%	N/A
Novosibirsk, Rusko	všechny věkové skupiny	3406	1 683 754*	1982-1988 1988-1992	↓30% ↑8%	N/A	} ↓24%
Perth, Austrálie	všechny věkové skupiny	464	268 000	1989-1990 až 1995-1996	↓27%	↓35%	↑5%

↔ = beze změny, ↑ = zvýšení, ↓ = snížení. * Přibližná hodnota.

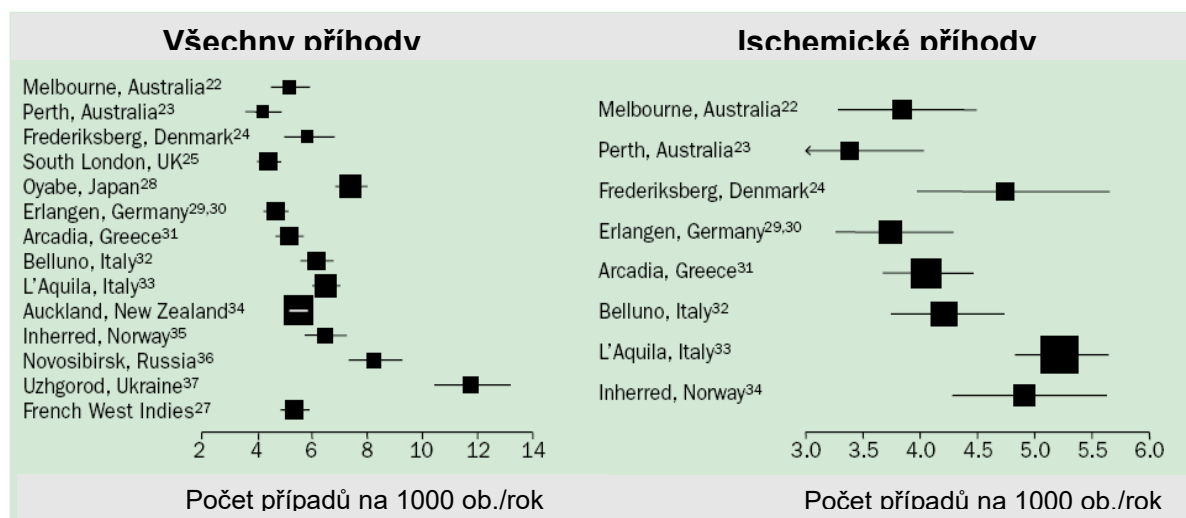
Tabulka 4 Výsledky vybraných populačních studií časového vývoje incidence a úmrtnosti CMP

Zdroj: FEIGIN, 2003

Zatímco u mladších věkových skupin jsou zjišťovány poklesy frekvence výskytu CMP, u starších věkových skupin dochází ke stabilizaci nebo zvyšování incidence. Rozdíly (variace incidence, prevalence a úmrtnosti) jsou zjišťovány také u podobných etnických skupin, kde existují také podobnosti v jejich politikách v oblasti prevence (veřejného zdraví), ale i ekonomických podmínek. Příčiny v rozdílech se tedy uvažují v oblasti kvality akutní péče a prevence v oblasti rizikových faktorů (BEJOT, 2007).

Globální celosvětový pohled na vývoj celkové zátěže nemocemi v případě CMP, včetně situace v oblasti dosahované úrovně kontroly rizikových faktorů, poskytuje publikace Centra pro kontrolu nemocí (Centre for Disease Control) v USA. Datové části (velké srovnávací mapy spojené s grafy) jsou dostupné na serveru SZO (<http://www.cdc.gov/chronicdisease/index.htm>). Roky ztraceného života a omezené aktivity (vyjádřené pomocí ukazatele DALYs) se pohybují v Severní Americe a západní Evropě pod hodnotou 5. Střední a východní Evropa spolu se státy severní Afriky dosahují hodnoty mezi 5 až 9. Nejhorší situace je v Ruské federaci a v některých státech střední Asie, jako např. v Kazachstánu (hodnoty větší než 15). S hodnotami 10-14 se setkáváme v Africe a Jižní Americe, Číně a Indii (MACKAY et al., The Atlas of Heart Disease and Stroke, 2004). Globální přístup k rozdílům v nemocnosti a v jejich determinantách se stává významným stimulem výzkumu a formulace strategií, zaměřených na řešení těchto problémů (MARMOT, 2006). V souvislosti s demografickým vývojem ve vyspělých státech a za

existujících podmínek kontroly spojených rizikových faktorů lze očekávat růst počtu onemocnění ve skupině CMP.



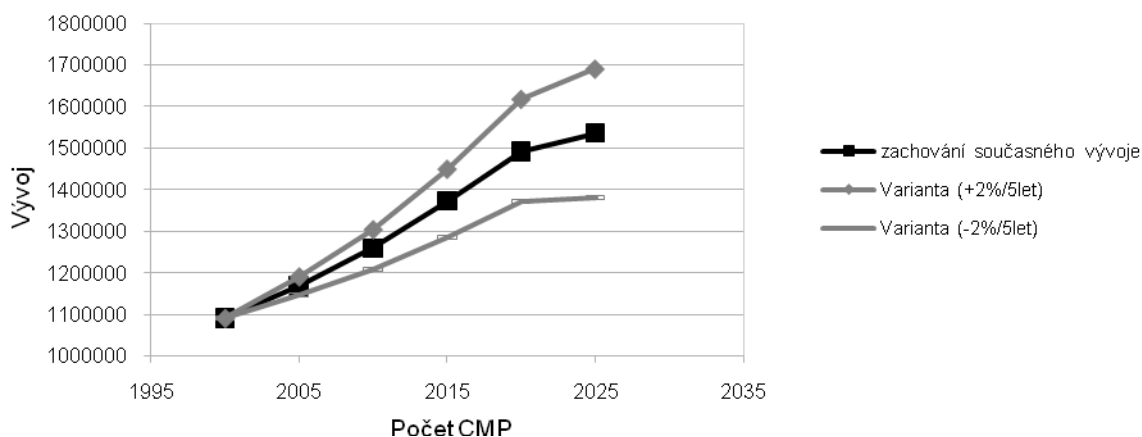
Graf 3 Rozdíly v incidenci CMP

Zdroj: FEIGIN, 2003

Zpráva European Stroke Initiative (dále „EUSI“) z roku 2003 uvádí podíly na příčinách invalidizace v přepočtu na ukazatele DALYs u mužů ve věku mezi 49-69. Na prvním místě je tuberkulóza (dále „TBC“) s hodnotou DALYs 9,3, druhé místo zaujímá ischemická choroba srdeční (dále „ICHS“) - 7,6, třetí místo pak CMP s hodnotou 6,7. Ve věku nad 60 let CMP je na prvním místě 13,8, druhé místo ICHS 11,7, třetí místo chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc (dále „CHOBPN“) - 9,6. U žen je CMP v obou věkových kategoriích na prvním místě: věk 49-69 let: CMP 8,7, TBC 5,6, ICHS 4,7, věk nad 60 let: CMP 16,5, ICHS 11,6, CHOBPN 8,1.

Z dostupných dat, dílčích studií a přehledových článků je zjevné, že význam epidemiologie v oblasti skupiny CMP byl v minulosti spíše podceňován v porovnání např. s klinickými kontrolovanými experimenty. Rozdílnosti v použitých metodických přístupech vedou k potřebě věnovat větší pozornost této problematice v rámci neurologické komunity. Příkladem takového přístupu je publikace autorů Feigin a kol. z roku 2003.

Projekce vývoje počtu cévních mozkových příhod v EU a zemích EFTA, 2000-2025



Graf 4 Projekce vývoje počtu cévních mozkových příhod v EU a zemích Evropského sdružení volného obchodu (dále „EFTA“), 2000-2025

Zdroj: TRUELSEN et al., 2004; přeloženo autorkou

Evropské epidemiologické studie předpovídají zvyšování výskytu CMP za rok v průměru o 1,5 % (EUSI, 2003). Z toho lze vyvozovat, že do 20 let může dojít k pandemii iktů (Graf 4). V zemích Evropy je roční výskyt CMP mezi 90-160 na 100 000 obyvatel (KALITA a kol., 2006).

Podle studie, která byla provedena ve vybraných státech Evropy, byla prokázána výrazná heterogenita v jednotlivých státech (KASTE, 2007: 241-243). Pouze ve čtyřech zemích – Finsko, Lucembursko, Holandsko a Švédsko - nebylo splněno 25 % očekávané úrovně péče. V Estonsku, Francii, Řecku a Portugalsku až 75 % nesplnilo stejná kritéria. Podle stejného autora, pokud se zásadně nezmění organizace zdravotní péče o pacienty s CMP, tak se v následujících 20 letech počet pacientů s CMP zvýší dvakrát, a také každý třetí člověk bude postižen demencí, CMP nebo obojím.

Z multifaktoriální povahy příčin onemocnění CMP vyplývá potřeba většího důrazu na uplatnění přístupů veřejného zdraví na místo individuálně zaměřené medicíny (ORME et al., 2003).

4.7 Vývoj nemoci CMP v ČR

V ČR přesná epidemiologická data týkající se CMP chybí. V ČR je úmrtnost na CMP u populace do 65 let dvojnásobná ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy s maximem úmrtí mužů (v kategorii 49 - 65 let). (Národní cerebrovaskulární program, viz Tabulka 5). Z toho vyplývá, že chybí výzkumná reflexe současné organizace zdravotní péče, identifikace nedostatků, vytvoření efektivnější organizace péče a následně i vyšší úrovně

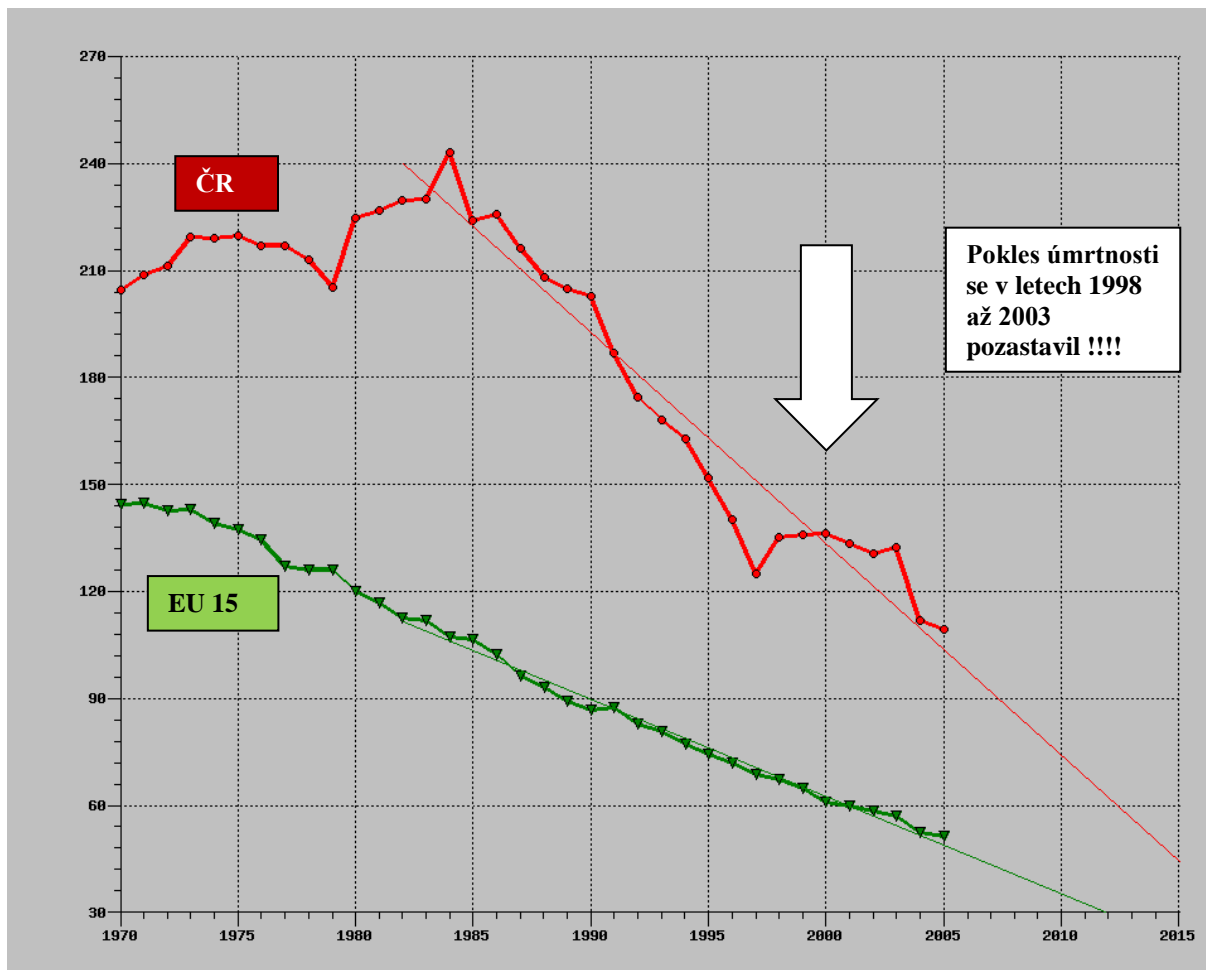
poskytnuté zdravotní péče. Efektivní řešení zde nepřinese jenom aplikace akreditačních procesů. V příštích desetiletích se očekává vzestup incidence iktů, protože se bude zvyšovat procento populace seniorů (v Evropě se předpokládá zvýšení této skupiny populace na 30 % obyvatel). CMP musí být posuzována jako urgentní stav a z této filozofie vyplývají adekvátní organizační, diagnostické a léčebné požadavky.

Vývoj standardizované úmrtnosti na cerebrovaskulární a ischemické srdeční onemocnění se v ČR v průběhu 90. let vyvíjel příznivě jak ve věkové skupině 0-64 let, tak i ve všech věkových skupinách s výjimkou standardizované úmrtnosti na CVO ve všech věkových skupinách (viz. Graf 5). V období 2000-2005 došlo k významnému pozastavení poklesu této úmrtnosti a tím k oddálení možného vyrovnání rozdílu tohoto ukazatele oproti vývoji ve státech EU15. Ohroženou skupinou jsou v tomto případě pacienti starší 64 let. Otázkou je, jaké faktory se spolupodílejí na existujícím problémovém rozdílu úmrtnosti v ČR v porovnání s vyspělými státy EU.

Odhaduje se, že každým rokem onemocní CMP 30 tisíc lidí, z čehož třetina zemře a třetina zůstane invalidních v důsledku onemocnění. Dle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále „ÚZIS“) nicméně bylo v roce 2005 hospitalizováno v ČR pro CVO více jak dvojnásobek- 65 992 případů.

Vývoj nemocnosti a úmrtnosti ve skupině CMP je v ČR bohužel dlouhodobě v porovnání s vývojem v zahraničí nepříznivý. V ČR se zatím plně nepodařilo dosáhnout možného rozvojového potenciálu péče o zdraví v oblasti CMP. Avšak z grafů vývoje specifické úmrtnosti na CMP v ČR v porovnání s EU15 vyplývá, že trend budoucího vývoje je nadějný. ČR má možnost se do roku 2015 dostat na úroveň vyspělých evropských států.

V ČR jsme svědky dynamického vývoje v oblasti rozvoje metod ke zvyšování kvality zdravotní péče. Některá pracoviště se soustředí na oblast spokojenosti pacientů, jiné aktivity jsou směřovány do akreditací nebo zpracování standardů léčebné a diagnostické péče. Mezi překážky při zavádění metod zajišťování kvality ve zdravotnických zařízeních v ČR patří doposud nedostatečná obeznámenost s konkrétními postupy, neznalost strategie zavádění těchto metod, nedostatečná motivace personálu a chybějící ekonomické podněty, neexistence propojení mezi kvalitou a ekonomikou. Podmínky dalšího rozvoje zajišťování kvality zdravotnických služeb jsou spatřovány v analýze současného stavu, přípravě a implementaci programů zvyšování kvality, hledání finančních zdrojů, v celoživotním vzdělávání zdravotnických pracovníků, otevřenosti komunikace a spolupráce mezi jednotlivými subjekty, a konečně v co nejširší mezinárodní spolupráci.



Graf 5 Standardizovaná úmrtnost na cerebrovaskulární nemoci (CMP) ve všech věkových skupinách – srovnání vývoje v ČR (červeně) oproti EU15 (zeleně) před rozšířením EU v roce 2004

Zdroj: WHO/Europe, European HFA Database, November 2007

Úmrtnost je ve statistikách výrazně ovlivněna intenzitou diagnostiky a hospitalizací. Kde se diagnostikuje celkově málo případů, je procento úmrtí vysoké, kde se diagnostikuje (nebo hospitalizuje) mnoho případů, je procento úmrtí vyšší. Tyto okolnosti mohou skutečnost značně zkreslovat.

Kód dg	Skupina základních dg	Počet případů	Počet osob	Počet ošetř. dnů	Prům.ošetř. doba	Prům. věk
Muži						
I60	Subarachnoidální krvácení	750	424	8 399	11,2	52,9
I61	Intracerebrální krvácení	1 987	1 381	27 906	14,0	63,0
I62	J.neúraz.intrakraniální krvác.	297	237	4 414	14,9	64,0
I63	Mozkový infarkt	10 279	8 572	128 937	12,5	68,2
I64	Cévní příhoda mozková neurčená	7 697	6 769	95 582	12,4	70,1
I65	Okl.a sten.př.mo.te.nek.mo.in.	3 409	2 375	19 342	5,7	66,1
I66	Okl.a sten.mo.te.nekonč.mo-in.	225	212	2 298	10,2	70,0
I67	Jiná cévní onemocnění mozku	3 793	3 304	56 960	15,0	75,1
I69	Následky cévních nemocí mozku	1 409	1 284	43 377	30,8	67,2
Ženy						
I60	Subarachnoidální krvácení	955	535	10 486	11,0	55,8
I61	Intracerebrální krvácení	1 652	1 166	22 903	13,9	68,9
I62	J.neúraz.intrakraniální krvác.	206	163	3 143	15,3	67,5
I63	Mozkový infarkt	10 168	8 578	144 304	14,2	74,1
I64	Cévní příhoda mozková neurčená	8 795	7 760	134 223	15,3	76,0
I65	Okl.a sten.př.mo.te.nek.mo.in.	1 971	1 474	14 102	7,2	69,0
I66	Okl.a sten.mo.te.nekonč.mo-in.	234	226	3 546	15,2	74,5
I67	Jiná cévní onemocnění mozku	6 482	5 588	138 392	21,4	78,4
I69	Následky cévních nemocí mozku	1 430	1 279	49 491	34,6	71,7
Celkem						
I60	Subarachnoidální krvácení	1 705	959	18 885	11,1	54,5
I61	Intracerebrální krvácení	3 639	2 547	50 809	14,0	65,7
I62	J.neúraz.intrakraniální krvác.	503	400	7 557	15,0	65,5
I63	Mozkový infarkt	20 447	17 150	273 241	13,4	71,2
I64	Cévní příhoda mozková neurčená	16 492	14 529	229 805	13,9	73,3
I65	Okl.a sten.př.mo.te.nek.mo.in.	5 380	3 849	33 444	6,2	67,1
I66	Okl.a sten.mo.te.nekonč.mo-in.	459	438	5 844	12,7	72,3
I67	Jiná cévní onemocnění mozku	10 275	8 892	195 352	19,0	77,1
I69	Následky cévních nemocí mozku	2 839	2 563	92 868	32,7	69,4

Tabulka 5 Diagnózy, ošetrovací doby a průměrný věk postižených při hospitalizacích pro mozkový iktus v České republice, 2006. V horní tabulce muži, v dolní ženy

Zdroj: Národní registr hospitalizovaných

Jako signatář HD z roku 1995 je ČR zavázána od roku 2006 snížit úmrtnost obyvatel v produktivním věku v prvním měsíci pod 20 %, také snížit riziko úmrtí na opakovanou CMP nebo jinou kardiovaskulární chorobu v následných 2 letech pod 40 %. Znamená to,

mimo jiné, hospitalizovat všechny nemocné s iktem, a to pokud možno do 3 až 6 hodin od vzniku iktu se zahájením léčby.

Situace u skupiny CMP je na rozdíl např. od zřetelnějšího a jednoduššího problému kouření a nádoru plic komplikována jejich multifaktoriální kombinací rizikových faktorů, podílejících se na jejich vzniku. (ADAMS, 2005; KALVACH a kol., 2004; SACCO, 1997)

Z asi 60 000 hospitalizací pro cerebrovaskulární poruchy v ČR (detaily viz. Tabulka 5), přijímají odd. neurologie přibližně 25 000. Celkově se pouze 2,6 % osob po iktu dostává na lůžkovou rehabilitaci, která má v České republice pouze 1 160 lůžek. Přitom doporučení Ministerstva zdravotnictví (dále „MZd ČR“) vyžaduje 30 lůžek na 100 000 obyvatel. Lůžková rehabilitace je z 200 českých nemocnic pouze ve 35. Při incidenci iktů u nás kolem 300/100 000 obyvatel, (akutní iktus tvoří jen část výše zmíněných „cerebrovaskulárních hospitalizací“) doporučuje naše Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále „ČLS JEP“) 1 iktovou jednotku na 200 000 obyvatel. Ta by při péči o 600 pacientů ročně měla mít při obratu 8 dní průměrné hospitalizace, tj. 4 800 lůžkodnů, podle regionálních poměrů 8 – 12 lůžek. Takováto kapacita představuje naléhavý vzrůst ze současných 220 neurologických lůžek intenzivní péče v republice na 400 – 600.

4.8 Organizace péče o chronicky nemocné

V průběhu uplynulých let bylo vydáno několik doporučení a dokumentů vypracovaných na základě všeobecného konsensu (ADAMS, 2005; GORELICK et al., 1999; Report on Pan European Consensus Meeting on Stroke Management, 1997). Tento nově zpracovaný souhrn doporučení navrhuje EUSI, což je společný orgán tří předních evropských společností, působících v oblasti neurologie a léčby pacientů s CMP: Evropské neurologické společnosti (European Neurological Society – dále „ENS“), Evropské federace neurologických společností (European Federation of Neurological Societies – dále „EFNS“) a Evropské rady pro cévní mozkovou příhodu (European Stroke Council – dále „ESC“), která rovněž reprezentuje Evropskou konferenci pro cévní mozkovou příhodu (European Stroke Conference). Autoři vypracovaného souhrnu doporučení předkládají EUSI přehled prokázaných, zavedených či široce používaných léčebných postupů, a také hodnocení slibných, ale prozatím neprokázaných léčebných strategií.

4.9 Definice dlouhodobé péče

Nejproblematictější oblastí péče o starší nemocné je oblast LTC neboli dlouhodobé, chronické lůžkové péče (označované jako péče následná, tj. navazující na akutní nemocniční péči). Senior na lůžku LTC potřebuje komplexní péči, zahrnující péči lékařskou,

ošetřovatelskou, rehabilitační, sociální a psychologickou. Tento multidisciplinární/týmový přístup by měl být velmi dobře koordinován a řízen, za plného respektu k etickým normám a právním předpisům.

Samozřejmě ekonomické podmínky jsou základem kvalitní péče. Všechny jednotlivé faktory a jejich koordinace pak mají vliv na úroveň poskytovaných služeb, která se vyjadřuje „kvalitou“ péče. Z toho vyplývá nutnost důsledněji a velmi pečlivě kontrolovat kvalitu dlouhodobé péče o seniory.

Long Term Care (LTC) je obvykle definována jako „*spektrum zdravotnických a sociálních služeb, poskytovaných jedincům, kteří z důvodů psychických nebo fyzických obtíží potřebují trvalou asistenci*“ (IKEGAMI et al., 2002). Služby mohou být poskytovány v institucích, doma nebo v rámci komunity a zahrnují neformální služby poskytované rodinnými příslušníky nebo přáteli, stejně tak jako péči poskytovanou odborníky či agenturami. V poskytování LTC se setkáváme s tzv. formální a neformální péčí. Formální péče je odborná dlouhodobá péče ustavní nebo domácí poskytovaná profesionálními službami. Neformální péče je poskytována v rámci rodinného kruhu, nebo jde o dobrovolnou péči okolí. Pro rok 2000 je podíl neformální péče v průměru u zemí OECD odhadován na 80 % z celkové poskytované péče a podíl celkové formální péče se pak liší od 11 % (v případě Belgie) až po 27 % (v případě Austrálie) u všech lidí ze stejné věkové kategorie (GIBSON, GREGORY, PANDYA, 2003). Je proto nutné počítat s tím, že struktura poptávaných služeb se mění a nadále bude měnit. Důležité je přitom do našich úvah zahrnout také faktory, které podmiňují tento vývoj směrem k rostoucím nebo klesajícím potřebám zdravotnických a sociálních služeb (kontrola determinant zdraví a nemoci). V rozvinutých zemích se v průběhu 20. století nepodařilo dosáhnout efektivní kontroly nad vývojem chronické nemoci a je zřejmé, že je zapotřebí této oblasti věnovat mnohem větší pozornost (např. oblasti obezity, kontroly tabáku, veřejné politiky orientované na investice do zdraví).

4.10 Rizikové faktory pro vznik cévní mozkové příhody

V soudobé medicíně získává preventivní medicína čím dál tím důležitější roli. Základem úspěšné prevence je znalost rizikových faktorů a dostatečná informovanost obyvatelstva. Rizikové faktory, které se podílejí na vzniku CMP, se dělí na neovlivnitelné a ovlivnitelné.

4.10.1 Neovlivitelné rizikové faktory

- Věk.
- Dědičnost (rodinná anamnéza) - riziko mrtvice je vyšší, pokud rodič, prarodič, sestra nebo bratr měl mrtvici. Např. Afroameričané mají mnohem vyšší riziko úmrtí na CMP. Je to částečně proto, že černoši mají vyšší riziko vysokého krevního tlaku, cukrovky a obezity.
- Pohlaví („gender“) - mrtvice je častější u mužů než u žen. Ve většině věkových skupin onemocní CMP více mužů než žen v daném roce. Nicméně více než polovina celkového úmrtí nastává u žen.
- Prodělaná onemocnění - riziko CMP je mnohonásobně vyšší u někoho, kdo už měl v minulosti tranzitorní ischemickou ataku (dále „TIA“) nebo CMP. TIA jsou považovány za "varování " a jsou silnými prediktory mrtvice. Osoba, která již jednou nebo vícekrát prodělala TIA, je téměř desetkrát více ohrožená CMP, než osoba stejného věku a pohlaví, která TIA neprodělala. Rozpoznání a léčení TIA může snížit riziko závažné CMP. (Circulation, 2002)
- Infarkt myokardu (dále „IM“) - osoby s IM v anamnéze jsou vystaveny vyššímu riziku mozkové mrtvice.

4.10.2 Ovlivnitelné rizikové faktory

- Vysoký krevní tlak - vysoký krevní tlak je hlavní příčinou mrtvice a nejdůležitějším rizikovým faktorem pro kontrolovatelné mrtvice. Mnoho lidí věří, že účinná léčba vysokého krevního tlaku je klíčový důvod pro urychlený pokles v úmrtnosti na CMP.
- Kouření cigaret - v posledních letech výzkumy ukázaly, že kouření cigaret je důležitým rizikovým faktorem CMP. Nikotin a oxid uhelnatý v cigaretovém kouři poškozuje kardiovaskulární systém v mnoha ohledech.
- Užívání hormonální antikoncepce v kombinaci s kouřením cigaret značně zvyšuje riziko mrtvice.
- Diabetes mellitus - diabetes mellitus je nezávislým rizikovým faktorem CMP. Mnoho lidí s diabetem má také vysoký krevní tlak, vysokou hladinu cholesterolu a nadváhu. Tím se zvyšuje riziko ještě více.
- Vysoká hladina cholesterolu.
- Obezita.
- Fibrilace síní - tato porucha srdečního rytmu může vést k vzniku krevní sraženiny. Krevní sraženina se může oddělit a vstoupit do krevního oběhu některé z tepen, vedoucích do mozku.

- Jiné choroby srdeční - ICHS, srdeční selhání, dilatační kardiomyopatie, cor pulmonale, onemocnění srdeční chlopně a některé typy vrozených srdečních vad také zvyšují riziko vzniku mozkové mrtvice.
- Srpkovitá anemie - genetická porucha, která postihuje zejména afroamerické a hispánské děti. Červené krvinky jsou méně schopné nést kyslík do tělesných tkání a orgánů. Tyto buňky mají tendenci se držet na stěnách krevních cév, to může blokovat tepny do mozku a způsobit CMP.
- Špatná strava - strava s vysokým obsahem nasycených tuků může zvýšit hladinu cholesterolu krvi. Diety s vysokým obsahem sodíku (soli) mohou přispět ke zvýšení krevního tlaku. Diety s nadbytkem kalorií mohou přispět k obezitě. Strava obsahující pět nebo více porcí ovoce a zeleniny denně snižuje riziko vzniku CMP.
- Nedostatek tělesného pohybu
- Sociálně-ekonomické faktory – CMP častěji vzniká u osob s nižším příjmem (sociálně-ekonomické faktory mohou podmiňovat výše uvedené faktory životního stylu).
- Konzumace alkoholu.
- Zneužívání drog - drogová závislost je často chronické recidivující onemocnění, spojené s řadou společenských a se zdravím souvisejících problémů. Mrtvice způsobené užíváním drog lze vidět i u mladší populace.
- Těhotenství.

4.11 Analýza zdravotní politiky, která se dotýká CMP

V posledních desetiletích došlo postupně k formování nového paradigmatu v oblasti péče o zdraví, k posunu od předchozího bio-medicínského pohledu k empiricky podloženému širšímu sociálně-ekologickému paradigmatu péče o zdraví. Zdravotní stav jedinců a tím i populací je determinován faktory z oblastí: (1) životního prostředí, (2) životního stylu, (3) zdravotnických služeb a (4) vlastnostmi vrozené genetické informace. Promítnutí těchto poznatků do tvorby zdravotní politiky bylo realizováno v posledních třech desetiletích především díky úsilí SZO a jejímu nadnárodnímu programu Zdraví pro všechny do roku 2000. V návaznosti na 38 cílů tohoto programu vypracovala celá řada států své národní verze a postupně se tak s větší či menší úspěšností jednotlivé státy snaží řešit vliv determinant zdraví. Program SZO byl koncem minulého století přepracován pro 21. století a v Evropě je doplněn také dalšími nadnárodními aktivitami na bázi spolupráce mezi ministry životního prostředí a zdravotnictví (v ČR viz Akční plán zdraví a životního prostředí ČR, 1998).

Zvládání odvrátitelných rizikových faktorů (např. tabák, pohyb, životospráva, kvalita potravin) zdravotního stavu obyvatelstva vedlo v několika vyspělých státech k velice pozitivním výsledkům. Významný vývoj poměru vlivu jednotlivých determinant zdraví lze v nadcházejícím století očekávat v souvislosti s rozvojem molekulární medicíny a tím od zásahů do genetické determinanty zdraví, ale také pokud jde o životní styl a sociální determinanty (BLANE, 2005; DRBAL, 2005; DETELS et al., 2004). Scénáře dalšího vývoje vlivu determinant zdraví a jejich kontroly mohou být poměrně různé. Dochází tak k narůstající aktuálnosti potřeby jejich soustavné analýzy z hlediska tvorby zdravotní politiky.

4.11.1 Teoretický diskurs lidských práv se vztahem ke zdraví v kontextu dalších disciplín

Přístup ke studiu a výzkumu problematiky práva a lidských práv je v obdobné pozici jako u ostatních společenských věd (teorie a filosofie práva). Se sociální nebo veřejnou politikou či ekonomikou se současně setkáváme v reálných společenských procesech a událostech a současně se těmito oblastem v rámci výzkumu (teoretické reflexe společenských procesů) a rozvoje našeho poznání věnujeme v rovině teoretických disciplín. Nejinak je tomu v oblasti práva a lidských práv. V případě lidských práv se bohužel někdy setkáváme v ČR se zjednodušujícím a možná často i účelově formovaným pohledem, který klade důraz na normativní (hodnotový) aplikační aspekt práva, jako na výsledek politického rozhodnutí nebo recipované mezinárodní smlouvy v rámci systému mezinárodního práva.

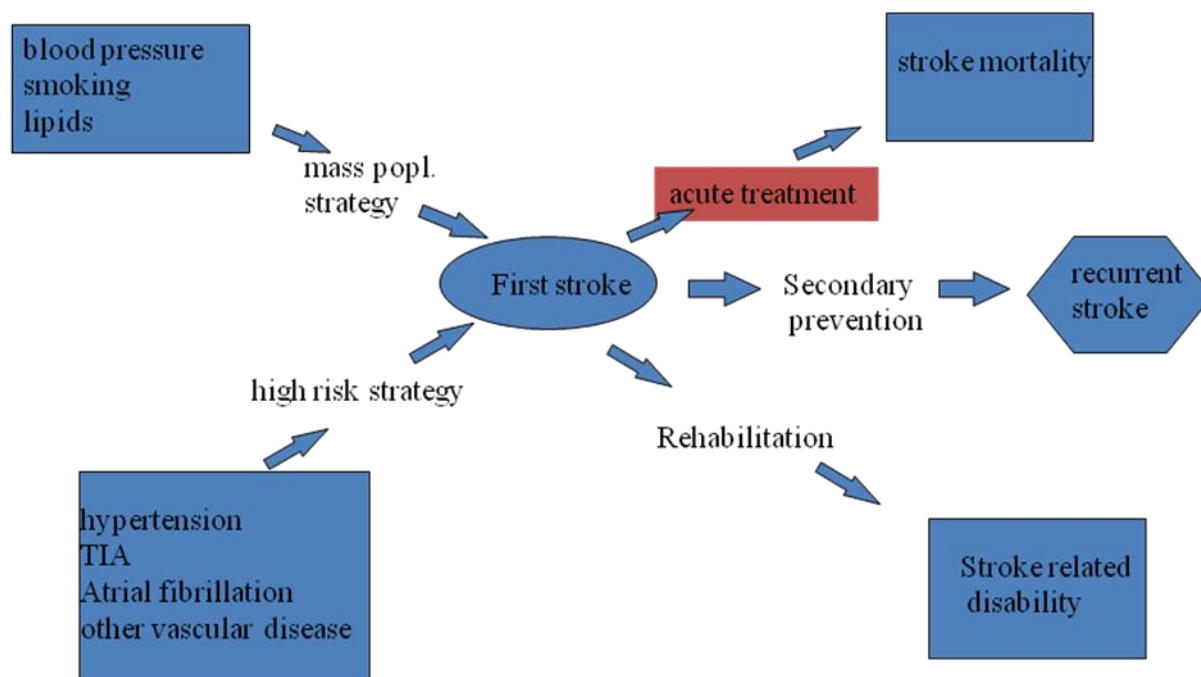
Na různých úrovních (mezinárodní/národní/ústavní) se však otázkami lidských práv zabýváme v rámci disciplín, které přímo souvisí s lidskými právy jako s teoretickými koncepty, ale v této souvislosti je vhodné zdůraznit také četné souvislosti s dalšími vědními disciplínami, jako jsou např. politická filosofie, demokracie, sociologie práva, historie, veřejná a sociální politika (BLAHOŽ, 2005). Sociálně vědní disciplíny nelze v teoretickém diskursu zjednodušeně izolovat od teoretických pohledů na problematiku lidských práv nebo prostě tyto multidisciplinární vazby nezohledňovat. Snadno bychom se tak mohli dostat do redukujícího přístupu v rámci pozitivního práva a negovat celou oblast přirozenoprávní. Četné trpké historické zkušenosti lidstva, ubírající se takovým směrem, naopak vedly k důrazu na vyvážený vývoj práva v obou těchto dimenzích. V průběhu druhé poloviny minulého století lze naopak pozorovat poměrně dynamický obrat v oblasti přirozenoprávního přístupu a důrazu na obecnější principy včetně vývoje v oblasti lidských práv (teorie práva).

Lidská práva jsou v naší současnosti reflektována jako významný faktor pro utváření protiváhy rostoucí ekonomické moci v současném světě ekonomické globalizace (BECK, 2007). Lidská práva a systém mezinárodního práva nejsou v ČR v posledních 20 letech

odpovídajícím způsobem akceptována především při procesech legislativní tvorby v oblasti péče o zdraví (MALENOVSKÝ, 2003). Takový stav je nepřehlédnutelnou příčinou snížení efektivity tvorby zdravotní politiky (HÁVA, 2008). Poměrně intenzivní teoretický diskurs lidských práv je v ČR veden také v souvislosti s hodnocením vývoje zkušeností s Ústavou ČR, koncipovanou počátkem 90. let a jejími změnami po roce 2000 (Euronovela Ústavy ČR 2001). V oblasti zdravotní politiky došlo k významnému posunu interpretace lidských práv se vztahem ke zdraví. Jde především o článek 12 Mezinárodního paktu o ekonomických, sociálních a kulturních právech. Lidská práva se vztahem ke zdraví a zejména pak jejich interpretační posun se v podobě zpracovaného protokolu staly předmětem rozsáhlého mezinárodního teoretického diskursu s významnými praktickými důsledky pro přístupy k tvorbě a reflexi zdravotní politiky. Teoretický i praktický normativní rámec lidských práv se staly významným evaluačním východiskem zdravotní politiky. Podobně je tomu také v oblasti sociální politiky (MATOUŠEK, 2007).

Teoretická reflexe lidských práv se vztahem ke zdraví je zásadním východiskem pro koncipování strategií v oblasti péče o zdraví a pro tvorbu a realizaci zdravotní politiky. Ignorování nebo záměrné nedocení těchto skutečností je rizikem společensky efektivního vývoje péče o zdraví s důsledky v narůstající nerovnosti ve zdraví, rozdílné dostupnosti zdravotnických služeb, či velmi benevolentního přístupu k organizačním změnám ve zdravotnictví, které vedou v případech privatizace financování a nemocniční péče k zásadním deficitům právě ve vztahu k působnosti lidských práv (otázka právní subjektivity subjektů veřejného a soukromého práva). Pro oblast tvorby celého spektra standardů, řízení kvality péče o chronicky nemocné a rozhodování o rozsahu poskytovaných zdravotnických služeb jde o zásadní neopominutelné aspekty.

4.11.2 Strategie přístupů k prevenci a léčbě CMP v EU



Obrázek 6 Strategies for preventing stroke and reducing stroke disability

Zdroj: BALDWIN, Modern advances in the management of stroke.

Rizikové faktory, které nejvíce ovlivňují populaci, jsou vysoký krevní tlak, prodělaná tranzitorní ischemická ataka, srdeční arytmie (fibrilace síní) a další vaskulární onemocnění. Kouření a porucha metabolismu lipidů jsou další dva ohrožující faktory. Akutní CMP může vést k uzdravení s možnou přítomností menší nebo větší invalidity, může vést ke vzniku nové CMP, a také může být příčinou úmrtí (viz. Obrázek 6).

Evropská strategie léčby CMP je již od počátku 90. let předmětem poměrně intenzivního odborného diskursu, který byl již několikrát zveřejněn v souhrnné formě (Helsingborg 1995, Mannheim 2004, Helsingborg 2006). Poměrně podrobné informace o tomto vývoji jsou průběžně publikovány v časopise Cerebrovascular Disease (KASTE, 2007).

HD vznikla na základě konsenzu, zastřešeného SZO. Prohlášení z roku 2006 je rozděleno do pěti hlavních oblastí (organizace péče o pacienty s mozkovou mrtvicí, akutní péče, řízení, prevence, rehabilitace po mrtvici, hodnocení dosažených výsledků a kvality). HD z roku 2006 stanovuje cíle pro Evropu do roku 2015. Tyto cíle se vztahují na všechny pacienty po CMP. Nicméně toto prohlášení neobsahuje přímé odkazy na publikace v odborných časopisech a knihách, takže cíle spíše nastiňují směr žádoucí akce. Do procesu tvorby deklarace byli zapojeni také zástupci pacientů. S přihlédnutím k potřebě multidisciplinárního přístupu představuje "zastřešující strategie" SZO významnou příležitost pro vzájemné setkání jak zástupců lékařských oborů, tak veřejného zdraví a podpory

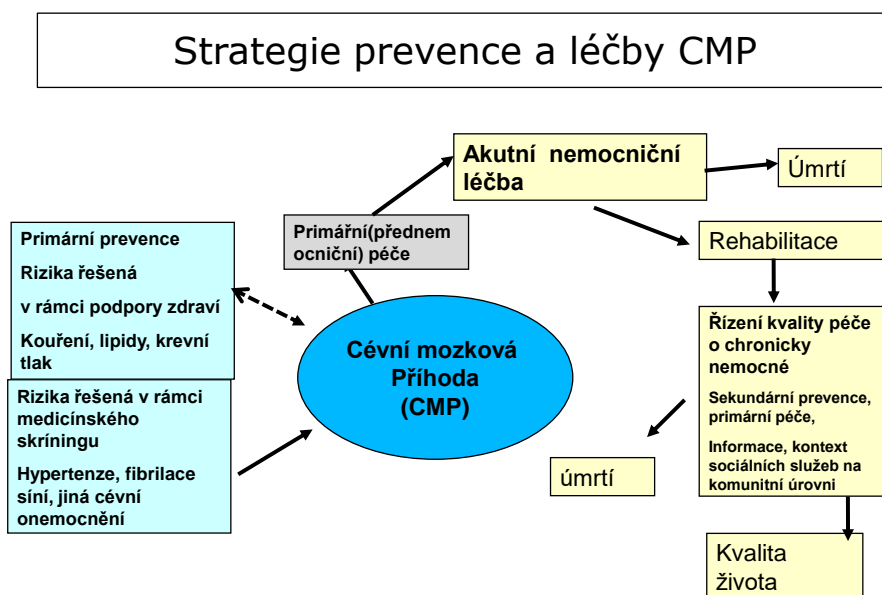
zdraví. Z formulace v HD je zřejmé, že existuje příležitost pro spolupráci více oborů, spolupráci, která může vést k významnému snížení zátěže CMP.

Odborný diskurs dochází k závěru, že v této oblasti existují poměrně adekvátní poznatková východiska včetně dostupnosti potřebných údajů. Problémem a výzvou však zůstávají existující rozdíly v úrovni kvality, organizace a dostupnosti zdravotnických služeb či aktivit v oblasti podpory zdraví. Klíčovou otázkou budoucí strategie pro Evropu je tedy jak tyto rozdíly a mezery ve zdraví vyrovnat.

Strategie přístupů k prevenci a léčbě onemocnění CMP je mezinárodně diskutována v rámci několika vědních disciplín, které jsou primárně různě zaměřeny (viz. Obrázek 8). Medicínské obory jako jsou neurologie a kardiologie a jim odpovídající odborné společnosti v USA, v Evropě či v ČR formulovaly v posledních 20 letech řadu doporučení, do kterých jsou postupně zapracovávány nové výzkumné poznatky. V USA je souhrn odkazů na doporučené postupy léčby a prevence CMP dostupný volně na internetu (A Primer on Stroke Prevention and Treatment. AHA/ASA Stroke Guideline Handbook). Od poloviny 90 let až do současnosti jsou specificky zaměřené jednotlivé součásti těchto doporučení publikovány také v časopise Stroke. Jde o společnou produkci Americké kardiologické společnosti (American Heart Association – „AHA“) a Americké společnosti pro CMP (American Stroke Association – „ASA“). Objem finančních prostředků na výzkum v této oblasti evidentně převyšuje vynaložené zdroje v Evropě a tomu také odpovídá rozdíl v produkci nových poznatků. V USA je navíc mnohem otevřenější tradice výzkumu zdravotnických služeb než např. v ČR a výsledky jsou běžně používány v další modernizaci přístupu poskytování péče.

Podrobnější údaje jsou v Evropě předmětem Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack (2008). Tento dokument byl formulován EUSI. Tuto evropskou aktivitu lze srovnávat s americkými AHA a ASA. Evropská doporučení pro léčbu CMP z roku 2008 jsou formulována na 80 stranách a doplněna seznamem asi 400 odkazů na odbornou literaturu. V tomto směru je srovnatelná s produkcí v USA, avšak je zřejmé, že v USA jsou odpovídající dokumenty nejen rozsáhlejší a četnější, ale jsou také podrobněji argumentačně doloženy. Je zajímavé, že v doporučení Evropské organizace pro CMP (European Stroke Organization – dále „ESO“) (Guidelines for management of Ischaemic Stroke, 2009) je na str. 6. uveden budoucí záměr harmonizovat prostřednictvím SZO ve spolupráci s ESO globální doporučení pro léčbu a prevenci s národními doporučeními. Klíčovým úkolem budoucích strategií pro Evropu je vyřešit otázku, jak bychom mohli snížit zdravotní rozdíly mezi zeměmi. Pacienti s CMP by měli být léčeni ve specializovaných centrech iktových jednotek (Stroke Unit Trialists Collaboration, 1997). Mezi minimální požadavky na tato centra patří nepřetržitá dostupnost počítačové tomografie (Computed tomography – dále „CT“). Centra a jednotky pro tyto pacienty nejsou

jediným předpokladem pro léčbu pacientů s CMP. Optimální fungování celého systému je možné pouze na základě dostupné, dobře zavedené a fungující sítě, která by posílala pacienty do specializovaných center a rehabilitačních zařízení. Spolupráce s praktickými lékaři v oblasti primární a sekundární prevence je zjevnou podmínkou. Pokud by péče měla být optimální, je naprosto nezbytné, aby všichni pacienti s CMP byli okamžitě převezeni do nemocnice, ve které jim mohou poskytnout adekvátní péči. Pacienti mají největší prospěch z péče na iktových jednotkách (LANGHORNE, DENNIS, 1998). Pacienti v kritickém stavu musí být umístěni na resuscitační jednotce (European Ad Hoc Consensus Group, 1997). Evropská kardiologická společnost (dále „ESC“), AHA a European Ad Hoc Consensus Group důrazně doporučují řídit se v akutní fázi CMP klinickým stavem pacienta.



Obrázek 7 Model organizace péče o zdraví a kvalita léčby ve vztahu k CMP

Zdroj: upraveno podle BALDWIN, Modern advances in the management of stroke

4.11.3 Situace v ČR, stávající problémy v organizaci péče

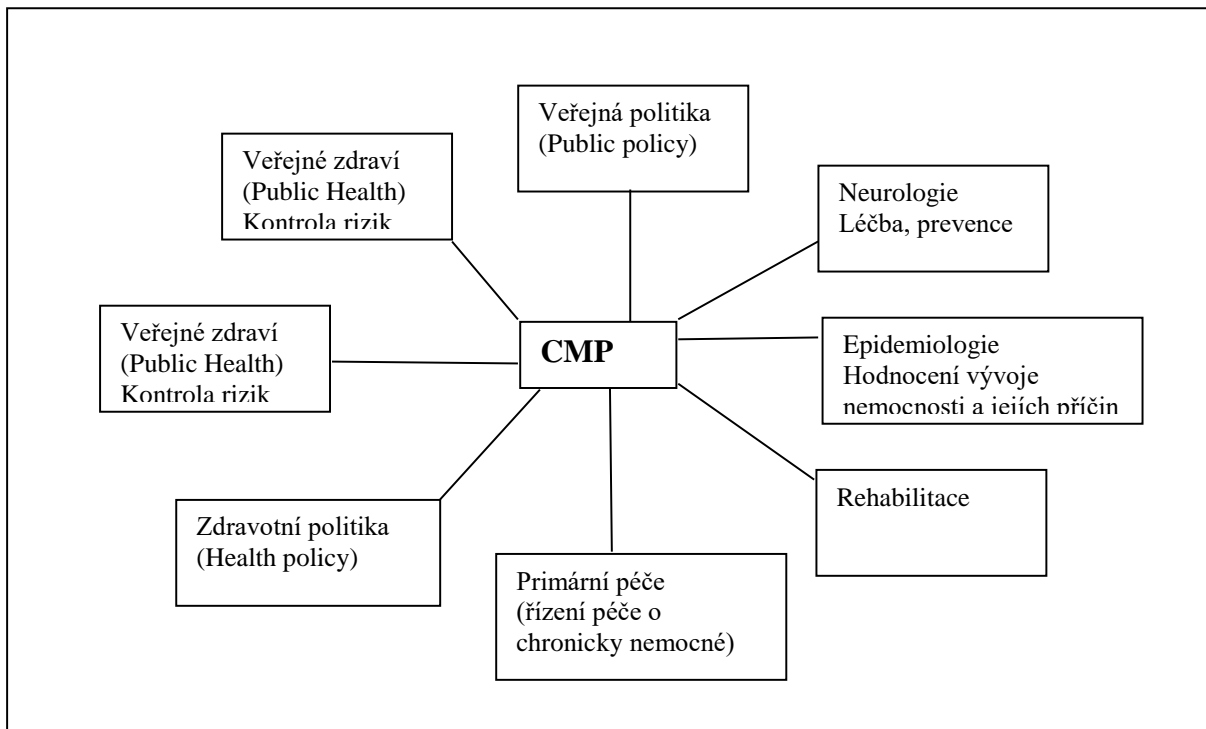
Odborný diskurs je v ČR skromnější. Na internetových stránkách Cerebrovaskulární sekce neurologické společnosti ČLS JEP je k dispozici Národní cerebrovaskulární program, který však není konkrétně datován. Lze se domnívat, že je z roku 2003 a odvolává se ještě na HD z roku 1995 a současně se ani nemůže vztahovat k doporučením EUSI z roku 2008. Tento dokument neobsahuje odkazy na odbornou literaturu a jeho přílohy nejsou pro veřejného uživatele přístupné. U epidemiologických údajů, uvedených v tomto dokumentu není uvedeno, zdali jsou věkově standardizovány. Validita jejich srovnání s uvedenými zahraničními daty je tak nejistá.

Podle výsledků Mnohonárodního monitoringu trendů a determinant kardiovaskulárních onemocnění (Multinational MONItoring of trends and determinants in

CARDIOVASCULAR DISEASE – dále „MONICA“), realizovaného SZO v roce 1995, nemá např. ČR zvládnutou kontrolu nad rizikovými faktory, zde tedy má deficit a výzvu.

Organizaci péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním upravuje Věstník č. 2/2010 MZd ČR. Věstník uvádí materiální, technické a personální zajištění komplexních cerebrovaskulárních center a iktových center, tvořících síť zařízení, která jsou schopna poskytovat akutní i následnou péči pacientům s CMP. Důvodem existence sítě zdravotnických zařízení - komplexních cerebrovaskulárních center (dále „KCC“) a iktových center (dále „IC“) je nutnost, aby všichni pacienti od 1.1.2011 s akutní CMP byli transportováni do nejbližšího zdravotnického zařízení (IC, KCC), které splňuje personální i materiální podmínky k poskytnutí akutní i následné léčby. Síť je koncipována na principu dostupnosti akutní rekanalizační terapie (systémové trombolýzy nebo endovaskulární terapie) v rámci IC nebo KCC pro každého indikovaného pacienta s CMP. Dle názoru expertů pouze striktní centralizací akutní péče s koncentrací vzdělaného personálu a materiálních podmínek dosáhneme zvýšení procenta pacientů léčených pomocí systémové intravenózní trombolýzy v akutní fázi mozkového infarktu. V roce 2009 byla v ČR léčena pouhá 4 % všech pacientů s ischemickou CMP (BAR, CHMELOVÁ, 2011).

Závazkem pro společnost by měla být co nejdéle trvající nezávislost pacienta a život v přirozeném prostředí domova. V praxi tomu tak často není. Řetěz návaznosti akutní lůžko - postakutní lůžko (LTC) - odchod do domácí péče (rehabilitačního ústav, na lůžko sociální, ošetrovatelské péče nebo do domova seniorů) velmi často na jednom nebo více místech selhává (viz. Obrázek 7). Velmi důležité je úspěšné propojení obou typů péče ve směru nejen profesním, ale i organizačním a hlavně pak v otázce financování z jednotlivých rozpočtů. Určit, do jaké míry se jednotlivá péče angažuje, je velmi obtížné, často nemožné.



Obrázek 8 Víceoborová diskuse strategie přístupů k péči ve skupině nemocí - CMP

Zdroj: autorka

Hlavním úkolem efektivní strategie v prevenci CMP je porozumět sociálním podmínkám, biologickým podmínkám a podmínkám životního prostředí, ve kterém se mohou projevit známé rizikové faktory vzniku CMP. CMP se staly problémem nejen medicínským, ale i sociálním a ekonomickým.

4.11.4 Závazek ČR plynoucí z HD

Jako signatář HD má ČR snížit úmrtnost obyvatel v produktivním věku v prvním měsíci od CMP pod 20 % a snížit riziko úmrtí na opakovanou CMP nebo jinou kardiovaskulární chorobu v následných 2 letech pod 40 %. Znamená to, mimo jiné, hospitalizovat všechny nemocné s iktem, a to pokud možno do 3 až 6 hodin od vzniku se zahájením léčby a monitoringem na jednotkách intenzivní péče nebo v druhé alternativě se zahájením léčby specializovaným cerebrovaskulárním týmem. Jde o činnost interdisciplinární s nezastupitelnou úlohou neurologa, potřebou internisty nebo kardiologa, týmu specializovaných zdravotních sester a rehabilitačního týmu s dostupností neurochirurga a angiochirurga, event. neuroradiologa.

Organizační opatření:

- Realizovat přijetí nemocného s akutním iktem do 1 hodiny ve městě s příslušným nemocničním pracovištěm a nejpozději do 3 hodin z okolní spádové oblasti.
- Zapojit se do systému mezinárodní spolupráce (randomizované studie, systém evropské databáze apod.) a mezinárodních vzdělávacích programů.

- Umožnit užívání racionální farmakoterapie podle posledních poznatků vědy a výzkumu (pozitivní zdravotní politika pojišťoven).
- Zajistit komplexní systém rehabilitační péče, který bude podřízen potřebám nemocného a jeho rodiny.
- Zajistit pro každého nemocného eventuelně i chirurgickou sekundární prevenci.

Obsah základního protokolu péče o CMP:

- informace o podpoře vitálních funkcí,
- identifikace subtypů CMP,
- etiologická diagnóza,
- preventivní zajištění komplikací a event. zhoršení,
- návody základní léčby,
- časná (a pozdější) rehabilitace,
- korekce rizikových faktorů a sekundární prevence (farmakologická/chirurgická).

Personální předpoklady – sestava týmu odborníků:

- praktický lékař (soustavně vzdělávaný v problematice CMP), rychlá záchranná pomoc (dále „RZP“) s kvalifikovaným a poučeným týmem,
- cerebrovaskulární tým (nejlépe na cerebrovaskulárním oddělení intenzivní péče – stroke unit): neurolog, internista (kardiolog), specializované zdrav. sestry (optimálně 2 na jedno lůžko),
- specializovaný rehabilitační tým (fyzioterapeut, logoped, psycholog, léčba zaměstnáním),
- dostupný by měl být neurochirurg a angiochirurg, event. neuroradiolog.

Doléčovací systém:

- akutní geriatrická oddělení a rehabilitační oddělení (ústavy),
- léčebny dlouhodobě nemocných (dále „LDN“) a sociální lůžka,
- systém domácí ošetrovatelské péče (např. domovinka),
- gerontopsychiatrie a ústavy sociální péče.

Technické předpoklady diagnostického komplementu:

- standard: optimum:
- CT mozku(ihned) MRI mozku,
- EKG Intrakraniál. Sonografie,

- EEG (dostupná 24 hod.),
- neurologické a interní vyšetření DSA (event. MRangio aj.),
- základní laboratoř Echokardiografie (transtorakální,
- Ultrasonografie transesofageální),
- mozková angiografie Testy pro koagulopatie.
- Monitoring vitálních funkcí na specializované cerebrovaskulární jednotce intenzivní péče,
- SPECT mozku (HMPAO).

Charakteristika pracovišť:

Pacienti s CMP by měli být předáni do specializovaných center, kde jsou zřízeny iktové jednotky (Stroke Unit Trialists Collaboration, 1997). Minimální požadavky takovýchto středisek zahrnují nepřetržitou dostupnost CT vyšetření, přítomnost neurologů či jiných lékařů schopných ošetřit tyto pacienty, přítomnost odborného personálu a dodržování směrnic pro poskytování péče a ošetření. Střediska a jednotky pro takto postižené pacienty nejsou jediným předpokladem kvalitního ošetření pacientů s CMP. Optimální fungování celého systému je možné pouze na základě dostupné, dobře zavedené a fungující sítě pracovišť, která odesílají pacienty do specializovaných center. Na tato centra musí navazovat síť rehabilitačních zařízení. Spolupráce s praktickými lékaři ve sféře primární a sekundární prevence je samozřejmou podmínkou.

Má-li být péče věnovaná pacientům postiženým mozkovou mrtvicí optimální, je naprosto nezbytné, aby byli tito lidé okamžitě přepraveni do takové nemocnice, ve které je možno pacientovi s CMP poskytnout veškerou adekvátní péči. To nemusí být vždy nutně nemocnice nejbližší. Pacientům s CMP prospívá péče na iktových jednotkách (LANGHORNE, DENNIS, 1998). Pacienti v kritickém stavu musí být umístěni na resuscitačních jednotkách (European Ad Hoc Consensus Group, 1997). Z doporučení Stroke Council of AHA a European Ad Hoc Consensus Group vyplývá, že je nutné v akutní fázi provést třídění pacientů dle klinického stavu.

Iktové jednotky:

Pacienti s CMP by měli být léčeni na speciálních jednotkách. Metaanalýza vypracovaná na základě společné práce „Stroke Unit Trialists' collaboration“ (LANGHORNE, DENNIS, 1998) prokázala u pacientů léčených na speciálních jednotkách 18% snížení mortality, 29% snížení mortality nebo závislosti na péči okolí a 25% snížení mortality či potřeby ústavní péče ve srovnání s pacienty léčenými na standardních

odděleních (úroveň I). V Norsku byla provedena velká randomizovaná studie na pacientech s CMP, kteří byli léčeni v akutním a subakutním stavu. Tato studie prokázala snížení úmrtnosti pacientů léčených na speciálních jednotkách o 46 % ve srovnání se skupinou pacientů léčených na standardních odděleních (RØNNIG, 1998).

Iktová jednotka představuje samostatné nemocniční oddělení nebo část nemocnice, která se věnuje výhradně nebo téměř výhradně pacientům s CMP. Pilířem dobře fungujících iktových jednotek jsou dobře školení zaměstnanci, multidisciplinární přístup k léčbě a poskytované péči. Základní kameny multidisciplinárního přístupu jsou: lékařská péče, ošetrovatelská péče, fyzioterapie, léčba zaměstnáním, logopedie a sociální péče. Optimální velikost takovéto speciální jednotky pro pacienty s CMP, vyjádřená v počtu lůžek, není známa. Jako efektivní se ukázaly již jednotky s pouhými šesti lůžky.

Výsledky společné práce „Stroke Unit Trialists' collaboration“ (1997) ukazují, že léčba a rehabilitace poskytované na iktových jednotkách prospívají všem typům pacientů postižených mozkovou příhodou bez rozdílu pohlaví, věku, klinického stavu a typu CMP.

Typy iktových jednotek specializované péče o pacienty s CMP:

- Jednotky akutní péče, které provádějí akutní příjem pacientů a vedou léčbu po dobu několika dnů, ovšem obvykle ne déle než 1 týden. Dle doporučení pro diagnostiku a léčbu CMP mají být tyto jednotky 4–8 lůžkové (ideálně 6 lůžkové) pro region 200–300 tisíc obyvatel (aproximativní údaj a doporučení) s doporučenou délkou pobytu 2–7 dnů (s průměrem 4–5 dnů). (Doporučení pro diagnostiku a léčbu cévních mozkových příhod, 1997)
- Jednotky kombinované akutní a rehabilitační péče, které provádějí akutní příjem pacientů a následně pokračují v jejich léčbě a rehabilitaci po několik týdnů, v případě potřeby i měsíců.
- Jednotky rehabilitační péče, které přijímají pacienty po 1 až 2 týdnech od mozkové příhody, pokračují v jejich léčbě a rehabilitaci po několik týdnů, v případě potřeby i měsíců.
- Mobilní týmy, které zajišťují péči o pacienty s CMP, nabízejí péči a léčbu o takto postižené pacienty na nejrůznějších odděleních konziliárním způsobem. Takové týmy se obvykle sestavují v nemocnicích, kde nejsou k dispozici iktové jednotky. Pokud jde o snížení úmrtnosti a postižení pacientů, zde se ukázaly jako efektivní pouze jednotky poskytující kombinovanou akutní a rehabilitační péči a týmy zajišťující rehabilitační péči samotnou (INDREDAVIK et al., 2004).

4.12 Ekonomika zdraví ve vztahu k chronickým onemocněním

Ekonomika zdraví datuje období svého vzniku do 50. let v USA a ve Velké Británii. Od 70. let se rychlým tempem rozvíjí také v západní Evropě. Snaží se přispět organizovaným a koherentním způsobem k řešení nových problémů v oblasti omezenosti zdrojů, za situace, kdy růst výdajů na zdraví je rychlejší než růst hrubého domácího produktu (dále „HDP“) a růst důchodů obyvatelstva.

Předmětem ekonomiky zdraví jsou dvě základní oblasti: (1) ekonomika zdraví, která se zabývá otázkami vlivu socioekonomického prostředí (externalit) na zdravotní stav, problematikou investic do zdraví, ekonomickými aspekty podpory zdraví, (2) ekonomika zdravotnických služeb je orientována na optimalizaci medicínské činnosti, tj. výzkum optimálních podmínek rozdělení zdrojů, jimiž disponujeme, pro zajištění lepší zdravotní péče pro obyvatelstvo. V této druhé významné oblasti ekonomiky zdraví jsou rozvíjeny metody na makro- a mikro-úrovni.

Na makro-úrovni jde po roce 2000 o aplikaci metodiky satelitních účtů (OECD, 2000) zdraví, která umožňuje ve formě modelu lépe hodnotit vývoj výdajů a jejich alokaci mezi jednotlivé oblasti zdravotnických služeb. Takové modely jsou efektivním východiskem pro rozhodování spojené s modernizačními trendy, změnami ve smyslu substituce mezi různými typy zdravotnických služeb. Ve spojení s konceptem zátěže nemocemi (burden of disease) jsou dosahována pro optimalizaci služeb objektivnější východiska, než pouze na základě samotných epidemiologických ukazatelů poznatkově limitované vyjednávání různých zájmových skupin. Na mikro-úrovni lze zmínit oblasti nákladové analýzy, řízení nákladů, alokaci zdrojů ve vztahu k existujícím a nově vznikajícím léčebným postupům, technologiím.

Uvedené oblasti předmětného zaměření ekonomiky zdraví jsou významným poznatkovým a datovým východiskem pro optimalizaci a řízení kvality péče u chronicky nemocných. Léčba CMP je modelovým příkladem širšího okruhu chronických onemocnění, ke kterým patří rozsáhlá skupina kardiovaskulárních a nádorových nemocí. Rizikové faktory vzniku a dalšího rozvoje chronických nemocí jsou historicky vázány na procesy civilizačního rozvoje, který paralelně s růstem počtu chronických nemocí vedl ve druhé polovině minulého století také k novým poznatkům o jejich příčinách – determinantách zdraví. Počátkem 21. století jsou k dispozici poznatky v obou zásadních oblastech, jimiž jsou podpora zdraví a medicína. Ekonomika zdraví, její četné teoretické koncepty a analytické nástroje, jsou v dnešní době nepostradatelným východiskem efektivní kontroly nejen samotných determinant chronických nemocí, ale i léčby těchto onemocnění, což dokládají ještě některé další uvedené informace z oblasti ekonomiky dlouhodobé péče.

Na financování formální dlouhodobé péče v zemích OECD připadají průměrně méně než 2 % HDP (GIBSON, GREGORY, PANDYA, 2003). Podle Lundsgarda (2005) roste potřeba dlouhodobé péče exponenciálně až od věku okolo 75 let. OECD (2006) uvádí, že jsou nákladové křivky LTC do věku 60-65 let blízké nule a poté strmě monotónně vzrůstají s odlišnými sklony napříč jednotlivými zeměmi (OECD, 2006: 18). Potřeba dlouhodobé péče se pomalu začíná považovat za normální životní riziko, stejně tak jako potřeba zdravotní péče.

V porovnání s výdaji na klasickou zdravotní péči, jež pro vyspělé země činí průměrně přibližně 8 % HDP, jsou náklady na dlouhodobou péči mírné, a to i přesto, že stále rostou. Pokud by tedy v rámci budoucích 2-3 dekad vzrostly výdaje na dlouhodobou péči až o 50 %, zvedlo by to celkové náklady o přibližně 1 % HDP – nejednalo by se tedy o tak velký nárůst, jaký by vyvolal 50% nárůst výdajů v případě péče akutní.

Předpokládá se, že přibližně 40 % lidí ve věku 65 let a výše bude v budoucnu možnými příjemci dlouhodobé péče, přičemž náklady na každého příjemce této péče tvoří přibližně 1 až 1,5 násobek průměrného ročního příjmu národního hospodářství (OECD, 2006). Přitom průměrný příjem nejstarší populace – ve věku 75 let a výše – která je k čerpání dlouhodobé péče nejnáchylnější (a kde je péče většinou i nejdražší vzhledem k vyšším stupňům závislosti), je nižší než příjem lidí ve věku 65-74 let (OECD, 2006). Výjimkou jsou skandinávské země, kde náklady na dlouhodobou formální péči činí okolo 3 % HDP (GIBSON, GREGORY, PANDYA, 2003).

V roce 2000 v Japonsku činil podíl veřejných financí na financování nákladů na dlouhodobou péči téměř 90 %. Ve Spojených státech ve stejném roce bylo toto procento o hodně nižší a činilo 58 % (GIBSON, GREGORY, PANDYA, 2003).

Výskyt nově vzniklých CMP není stejný v různých zemích Evropy. Pokud je počet CMP za rok 20 000 (incidence 200) a více, je považován za velmi vysoký. Průměrná incidence v EU je 180. Nejnižší incidenci mají ve Francii (78), Itálii (112) a Německu (127). V ČR je incidence 300, neboli 30 000 případů CMP za rok. CMP jsou v ČR jednou z hlavních příčin invalidizace. Je prokázáno, že kolem 40 % pacientů zůstává odkázáno na pomoc druhé osoby (BEDNAŘÍK J., AMBLER Z., RŮŽIČKA E. et kol., 2010).

CMP představuje v Evropě nejzávažnější příčinu morbiditu a dlouhodobé invalidity, která přináší ohromnou ekonomickou zátěž. Léčba pacientů přitom není ani zdaleka uspokojivá. V průběhu několika uplynulých desetiletí je akutní CMP stále více považována za závažný lékařský problém, který je nutné řešit. V posledních letech byla prokázána účinnost některých terapeutických postupů v akutním a subakutním stádiu onemocnění. Byl rovněž prokázán lepší výsledný stav u pacientů hospitalizovaných v akutním stádiu na specializovaných odděleních, léčených revaskularizační terapií a rehabilitací.

5 Metodologický přístup a použité metody

V předcházejících kapitolách jsme se věnovali shrnutí dostupných poznatků a teoretickým východiskům, kterému předcházelo studium relevantní zahraniční i domácí odborné literatury. Pro postižení závažnosti onemocnění CMP na globální úrovni jsme analyzovali sekundární data a statistiky zachycující indikátory DALYs, úmrtnost, počet lůžek apod., shrnuli jsme základní dostupnou empirickou evidenci o závažnosti CMP v ČR (epidemiologická evidence o onemocnění CMP není konkrétně pro ČR příliš rozsáhlá).

5.1 Přístup případové studie

Případová studie je zaměřena na oblast hlavního města Prahy. Sběr dat probíhal ve vybraných lokalitách Prahy 9, Prahy 5 a Prahy 4. V každém vybraném zařízení byl proveden rozhovor se zdravotnickými pracovníky, poskytujícími následnou a dlouhodobou péči. Tito pracovníci tak poskytli vlastní komentář k okruhu problémů, které byly zahrnuty do výzkumu (obsaženy v dotazníku).

Zkušenosti autorky s problematikou péče o pacienty po CMP jsou dlouhodobé a autorka je získala v následujících zdravotnických zařízeních v hlavním městě Praze: Oddělení následné a sociální péče Nemocnice Svaté Alžběty (oblast Prahy 1 a 2), Léčebna dlouhodobě nemocných a Rehabilitační klinika při Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (oblast Prahy 2, 3 a 10), Městská nemocnice následné péče Vysočany (městské části Praha 9 a 8) a Klinika následné péče Zelený pruh (oblast Prahy 4).

K předmětu zkoumání - stavu návaznosti zdravotnických služeb u pacientů po CMP a podmínkám dalšího vývoje zlepšení návaznosti poskytování služeb zdravotní péče u skupiny chronicky nemocných - jsme přistoupili komplexně s využitím kvalitativního přístupu případové studie, která umožňuje vidět předmět výzkumu v jeho širším kontextu. Jak píše Hendl, „V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti“ (HENDL, 2005: 104). Případem je v tomto smyslu systém návaznosti zdravotnických služeb zdravotní péče o pacienty po CMP v Praze.

5.2 Metodika dotazníkového šetření

5.2.1 Obsahové zaměření výzkumného nástroje (dotazníku)

Součástí dotazníku je subjektivní hodnocení kvality poskytovaných služeb pacientem a hodnocení vlastního zdravotního stavu. Použitým konceptem je hodnocení poskytovaných zdravotnických služeb samotným pacientem (GLASGOW, 2002; WAGNER, 2004; KARADŽOSOVÁ, 2008). Dotazník je kombinován se standardizovaným dotazníkem

Euroqol. Součástí dotazníku je několik okruhů otázek. V podstatě zde jsou čtyři hlavní okruhy: rizikové faktory a životní styl respondenta před a po onemocnění, organizace a návaznost péče o pacienty po CMP, současný zdravotní a psychický stav pacientů a problémy, které pacienti spatřují v systému péče o pacienty po CMP.

5.2.2 Výběr respondentů

Výběr respondentů byl proveden na základě dostupnosti a výhodnosti (HENDL, 2006: 52). Dotazování byli jak lidé, kteří již prošli všemi fázemi léčby onemocnění CMP (prevence, prevoz rychlou záchrannou službou, akutní péče, následná péče, rehabilitace, domácí péče a ambulantní léčba po CMP), tak lidé aktuálně se nacházející ve zdravotnickém zařízení pro následnou péči.

5.2.3 Sběr dat

Počet sebraných dotazníků: **100**

Sběr dat se uskutečnil v období let 2009-2011. **7 %** dotazníků bylo sebráno koncem roku 2009, zbylých **93 %** v první polovině roku 2011 (od ledna do května).

Data byla sbírána převážně prostřednictvím spolupráce se Sdružením CMP (**55 %**), dále ve spolupráci s LDN Fakultní nemocnice v Motole (**26 %**), Klinikou následné péče Zelený pruh (**16 %**) a Léčebným a rehabilitačním střediskem Chvaly (**3 %**). Členové Sdružení CMP měli zkušenost s celým procesem zvládnutí nemoci a s návazností zdravotnických služeb o pacienty po CMP v ČR a odpovídali tak na všechny okruhy otázek (**55 %**). Ostatní respondenti byli dotazováni v rámci hospitalizace buď na právě probíhající následnou péči po CMP a na předchozí vývoj nemoci (**10 %** - neodpovídali na okruhy otázek týkající se průběhu po následné péči), nebo s odstupem času na průběh a léčbu již dříve proběhlého onemocnění CMP (**35 %**).

Respondenti vyplňovali dotazník po předchozím seznámení se s účelem šetření prostřednictvím informace na titulní straně dotazníku a toto seznámení stvrdili podpisem informovaného souhlasu. Tazatelé (většinou zdravotničtí pracovníci, v případě Sdružení CMP potom zástupce tohoto sdružení) asistovali v případě nutnosti při vyplňování dotazníků. Některým pacientům při vyplnění asistoval rodinný příslušník.

Implikace plynoucí z výběru respondentů a ze sběru dat:

Osobní zkušenost všech respondentů s prožitým onemocněním by měla být podobná (otázky týkající se životního stylu, zdravotního stavu apod.), ačkoliv někteří ji prožili již před mnoha lety. Zde je dle našeho názoru možné uvažovat zobecnění výsledků na obyvatele ČR, kteří prožili CMP. Kritériem výběru je pouze prodělání CMP, což výběr

splňuje. Můžeme očekávat, že pacienti ze Sdružení CMP mohou být aktivnější či kritičtější, což dle našeho názoru nijak nenarušuje sledovaný cíl šetření – tedy sledovat proměnné a vztahy, týkající se rizikových faktorů a životního stylu respondentů, organizace a návaznosti péče o pacienty s CMP a současného zdravotního stavu pacientů po CMP.

Při šetření byl použit výběr na základě dostupnosti a výhodnosti, nikoliv prostý náhodný výběr. Pacienti nebyli vybíráni reprezentativně tak, abychom mohli zobecňovat výsledky na celý systém organizace péče o pacienty po CMP. Zkušenost s návazností, organizací a kvalitou péče o pacienty po CMP nelze zobecňovat, ale data mohou sloužit jako prostředek pro formulaci hypotéz, které by se dále ověřovaly prostřednictvím reprezentativního výběrového šetření v ČR.

5.2.4 Kódování dat, kontrola dat a použitý software

Data byla zkontrolována, byly vyhledávány extrémní (odlehlé) hodnoty proměnných a kódovány scházející hodnoty („missing values“). Dále byla provedena kontrola logické správnosti (kontrola systémově chybějících hodnot – těch, které se daného respondenta netýkaly). K analýze byl použit statistický počítačový program SPSS.

5.2.5 Použité statistické metody

Pro charakteristiku výběrové skupiny (věk, pohlaví, povolání před onemocněním, zařazení do společenské a socio-ekonomické skupiny) bylo užito metod deskriptivní statistiky. S ohledem na typy proměnných byly vyhodnocovány míry jejich centrální tendence (průměr, medián, modus) a míry rozptýlenosti, k lepšímu znázornění rozložení kardinálních proměnných byly případně použity grafy.

Jako charakteristiky výběrové skupiny byly vyhodnocovány proměnné pohlaví, věk, vzdělání a proměnné týkající se ekonomického a sociálního postavení respondentů.

Cílem šetření bylo zjistit informace týkající se 1) rizikových faktorů a životního stylu respondentů, 2) návaznosti a organizací péče ze strany pacientů, 3) zdravotního stavu pacientů po CMP. Těmto třem okruhům odpovídá členění kapitoly s výsledky dotazníkového šetření. Výsledky byly, s přihlédnutím ke způsobu sběru dat, získány metodami popisné statistiky, případně s využitím kontingenčních tabulek.

6 Výsledky

Tato kapitola má tři části: první část popisuje charakteristiky výběrové skupiny, druhá se týká samotných zjištění a třetí shrnuje dosažené výsledky.

6.1 Charakteristika výběrové skupiny

6.1.1 Pohlaví respondentů

Do dotazníkového šetření se zapojilo 51,5 % mužů a 48,5 % žen (viz. Tabulka 6).

	četnost	% z N
Muž	51	51,5
Žena	48	48,5
celkem odpovědělo (N)	99	100,0
neodpověděl/a	1	
celkem dotázaných	100	

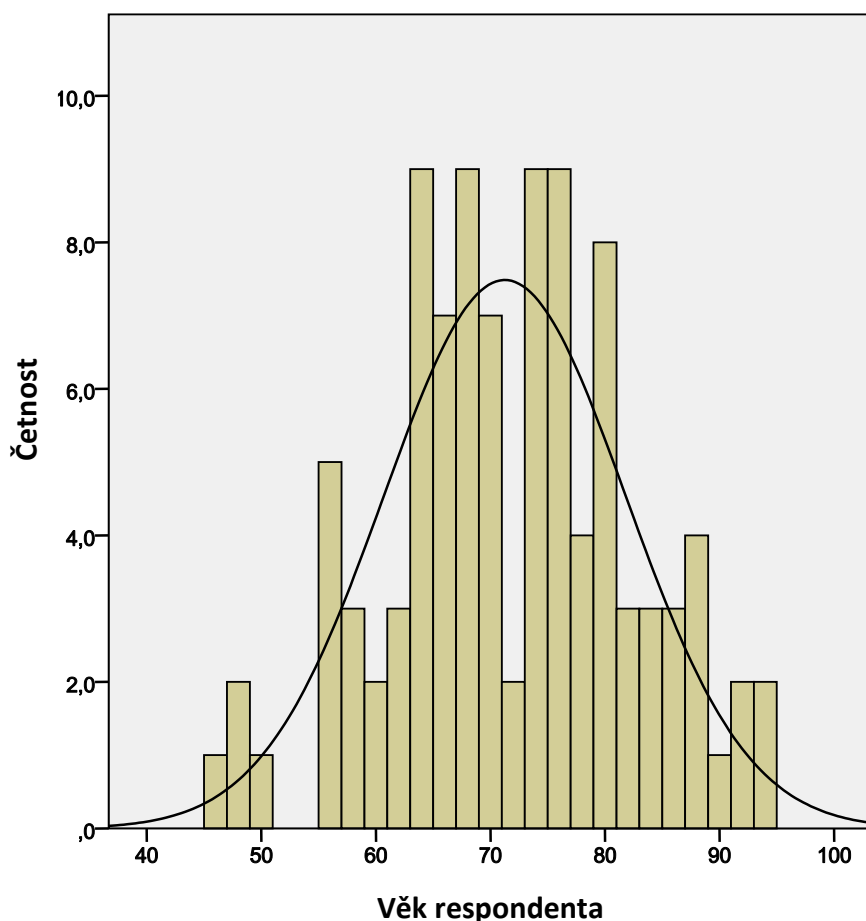
Tabulka 6 Pohlaví respondentů (N=99)

6.1.2 Věk respondentů

Jak udává Tabulka 7, průměrný věk respondentů byl 71,25 let, medián pak 70,5 let. Výběrový soubor má více vrcholů (modů): 63 let, 70 let a 79 let. Medián a průměr od sebe nejsou příliš vzdálené, což naznačuje rozložení blízké normálnímu rozložení. Věkové rozložení výběrového souboru znázorňuje histogram (Graf 6).

celkem odpovědělo (N)	99
Neodpověděl/a	1
průměrný věk	71,25
Medián	71,0
Modus	63; 70; 79
Minimum	46
Maximum	93

Tabulka 7 Věk respondentů (N=99)



Graf 6 Věkové rozložení výběrového souboru – znázornění pomocí histogramu (N=99)

Následující tabulka udává zařazení respondentů dle konstruovaných věkových kategorií. Respondenti spadají zejména do kategorií od 60 do 79 let (celkem 66,7 %).

	četnost	% z N	kumulativní %
40-49 let	3	3,0	3,0
50-59 let	10	10,1	13,1
60-69 let	30	30,3	43,4
70-79 let	36	36,4	79,8
80-89 let	16	16,2	96,0
90-99 let	4	4,0	100,0
celkem odpovědělo (N)	99	100,0	
Neodpověděl/a	1		
celkem dotázaných	100		

Tabulka 8 Věková kategorie respondenta (N=99)

6.1.3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Respondenti náleželi zejména do kategorií „vyučen“ a „střední vzdělání“ (celkem 73,5 %) (Tabulka 9).

	četnost	% z N	kumulativní %
základní	10	10,2	10,2
vyučen(á)	32	32,7	42,9
střední	40	40,8	83,7
vysokoškolské	15	16,3	100,0
celkem odpovědělo (N)	98	100,0	
neodpověděl/a	2		
celkem dotázaných	100		

Tabulka 9 Nejvyšší dosažené vzdělání (N=98)

6.1.4 Ekonomické postavení respondentů

Převážná většina respondentů spadala v době realizace dotazníkového šetření do kategorie důchodců (91 %) (Tabulka 10).

	četnost	% z N
zaměstnanec	4	4,0
podnikatel, OSVČ	3	3,0
nezaměstnaný	2	2,0
důchodce	91	91
celkem odpovědělo (N)	100	100,0

Tabulka 10 Ekonomické postavení respondenta (N=100)

6.1.5 Povolání před onemocněním

Jak udává Tabulka 11, nejvíce respondentů pracovalo před onemocněním jako dělník, řemeslník, či kvalifikovaný dělník (34,6 %). Administrativními pracovníky bylo 19,4 % dotázaných. Méně početnou skupinou byli provozní pracovníci ve službách a obchodě (13,3 %) a odborní vysokoškolští pracovníci, učitelé a lékaři (12,2 %). Ke zbývajícím kategoriím se řadilo ještě méně respondentů, nejméně ke kategorii „pomocný a nekvalifikovaný pracovník (3,1 %).

	četnost	% z N
pomocný a nekvalifikovaný pracovník	3	3,1
dělník a řemeslník, kvalifikovaný dělník	34	34,6
provozní pracovník ve službách a obchodě	13	13,3
administrativní pracovník	19	19,4
technik, střední zdravotník, vychovatel (střední odborník)	9	9,2
odborný pracovník (VŠ), učitel, lékař	12	12,2
vedoucí a řídicí pracovník	8	8,2
celkem odpovědělo (N)	98	100,0
neodpověděl/a	2	
celkem dotázaných	100	

Tabulka 11 Profese před onemocněním (N=98)

6.1.6 Subjektivní zařazení do společenské skupiny

Respondenti se do společenských tříd zařadili téměř symetricky okolo středu (Tabulka 12).

Avšak těch, kteří neodpověděli nebo neznali odpověď, bylo 26 %.

	četnost	% z N	kumulativní %
dělnická třída	11	14,8	14,8
nižší střední třída	13	17,6	32,4
střední třída	26	35,1	67,5
vyšší střední třída	19	25,7	93,2
vyšší třída	5	6,8	100,0
celkem odpovědělo (N)	74	100,0	
chybějící hodnoty	neví	4	
	neodpověděl/a	22	
	celkem	26	
celkem dotázaných	100		

Tabulka 12 Zařazení do společenské skupiny (N=74)

6.1.7 Sociální postavení dle respondenta na škále od 1 (nízké sociální postavení) do 10 (vysoké sociální postavení)

Rozložení odpovědí respondentů u otázky subjektivního zařazení do společenské skupiny na škále od 1 (nejnižší sociální postavení) do 10 (nejvyšší sociální postavení) je stejně jako u předchozí charakteristiky velmi symetrické (viz. Tabulka 13). Žádný z respondentů však neuvedl hodnotu „1“ – nízké sociální postavení. I v tomto případě přes 1/3 dotázaných (37 %) neodpovědělo na otázku.

	četnost	% z N
2	3	4,8
3	8	12,7
4	9	14,3
5	20	31,6
6	9	14,3
7	7	11,1
8	2	3,2
9	3	4,8
10	2	3,2
celkem odpovědělo (N)	63	100,0
chybějící hodnoty	neví	9
	neodpověděl/a	28
	celkem	37
celkem dotázaných	100	

Tabulka 13 Sociální postavení - subjektivní ohodnocení na škále 1-10 (N=63)

6.2 Zjištěné nálezy

Výsledky jsou rozděleny do tří kapitol. První se věnuje rizikovým faktorům respondentů a životnímu stylu, druhá pak návaznosti a organizaci zdravotnické péče o pacienty po CMP a třetí současnému zdravotnímu stavu pacientů po CMP.

6.2.1 Rizikové faktory pacientů, životní styl

Riziková onemocnění respondenta

Pouze CMP uvedlo jako rizikové onemocnění **37,5 %** respondentů (viz. Tabulka 14). Kombinaci vysokého krevního tlaku a CMP uvedlo 21,9 % respondentů. Kombinaci vysokého krevního tlaku, CMP a navíc ještě cukrovky uvedlo 10,4 % dotázaných. Kombinaci vysokého krevního tlaku, CMP a ostatních nemocí uvedlo 7,3 % dotázaných, kombinaci CMP a cukrovky pak 6,3 %. Můžeme tedy říci, že nejčastějším onemocněním v kombinaci k onemocnění CMP byl u respondentů vysoký krevní tlak (celkem ho uvedlo **49 %**), méně pak cukrovka (celkem ji uvedlo **21,9 %**).

	Četnost	% z N
CMP	36	37,5
zdravý	3	3,1
CMP a cukrovka	6	6,3
vysoký krevní tlak, CMP a cukrovka	10	10,4
vysoký krevní tlak a CMP	21	21,9
srdeční infarkt, CMP	2	2,1
vysoký krevní tlak, CMP, cukrovka a ostatní nemoci	4	4,2
vysoký krevní tlak, CMP a ostatní nemoci	7	7,3
angina pectoris, vysoký krevní tlak a CMP	4	4,2
srdeční infarkt, vysoký krevní tlak, cukrovka a CMP	1	1,0
CMP a ostatní nemoci	1	1,0
angina pectoris a CMP	1	1,0
celkem odpovědělo (N)	96	100,0
chybějící hodnoty	neví	1
	neodpověděl/a	3
	celkem	4
celkem dotázaných	100	

Tabulka 14 Nemoci jako rizikové faktory – respondent (N=96)

Riziková onemocnění rodičů

V následujících tabulkách (Tabulka 15 a 16) jsou uvedeny četnosti odpovědí respondentů ohledně onemocnění matky a otce. Jsou zde uvedeny i četnosti odpovědí, které uváděly různé kombinace onemocnění.

Pouze vysoký krevní tlak u matky uvedlo 21,9 % dotázaných. Za zdravou označilo matku 15,6% respondentů. Pouze cukrovku uvedlo 12,5 % a pouze srdeční infarkt 9,4 %. Kombinaci vysokého krevního tlaku a cukrovky uvedlo 7,8% respondentů.

Zdá se, že u matek respondentů dominuje vysoký krevní tlak jako jedno z rizikových onemocnění (celkem **42,3 %** včetně kombinací), za ním následuje cukrovka (celkem **28,1 %** včetně kombinací). Celkem **15,7 %** matek respondentů bylo postiženo CMP. Srdeční infarkt uvedlo celkem **17,3 %** (včetně kombinací).

U otce uvedlo nejvíce respondentů přítomnost pouze vysokého krevního tlaku (23,3 %). Pouze onemocnění CMP uvedlo 7,8 % respondentů. Zdravého otce mělo dle svého názoru 11,7 % dotázaných. Zajímavé je ve srovnání s rizikovými onemocněními matky ne příliš velké procento, vyjadřující onemocnění otce pouze cukrovkou (3,3 %). Srdeční infarkt u otce uvedlo 10 % dotázaných.

Všechna onemocnění se u otců vyskytovala také v kombinacích (viz. Tabulka 16). Onemocnění CMP u otce uvedlo celkem **23,3 %**, včetně kombinací. Vysoký tlak samotný i včetně kombinací uvedlo u otce **42,3 %** dotázaných (čili stejné procento jako u otázky týkající se matky), cukrovku včetně kombinací uvedlo u otce celkem **11,7 %** (mnohem méně nežli u matek) a srdeční infarkt včetně kombinací uvedlo **21,8 %**.

	četnost	% z N
angina pectoris	2	3,1
srdeční infarkt	6	9,4
vysoký krevní tlak	14	21,9
Cukrovka	8	12,5
CMP	5	7,8
ostatní nemoci	4	6,3
Zdravá	10	15,6
angina pectoris, srdeční infarkt, vysoký krevní tlak, CMP	1	1,6
angina pectoris a cukrovka	2	3,1
srdeční infarkt, vysoký krevní tlak, CMP	1	1,6
vysoký krevní tlak a cukrovka	5	7,8
srdeční infarkt a vysoký krevní tlak	1	1,6
angina pectoris, srdeční infarkt, vysoký krevní tlak, cukrovka	2	3,1
vysoký krevní tlak, CMP a cukrovka	1	1,6
vysoký krevní tlak a CMP	2	3,1
celkem odpovědělo (N)	64	100,0
chybějící hodnoty	Neví	11
	Neodpověděl/a	25
	Celkem	36
celkem dotázaných	100	

Tabulka 15 Nemoci jako rizikové faktory – matka (N=64)

	četnost	% z N
angina pectoris	3	5,0
srdeční infarkt	6	10,0
vysoký krevní tlak	14	23,3
Cukrovka	2	3,3
CMP	11	18,3
ostatní nemoci	5	8,3
zdravý	7	11,7
vysoký krevní tlak a cukrovka	2	3,3
angina pectoris, srdeční infarkt, vysoký krevní tlak, cukrovka	1	1,7
angina pectoris a srdeční infarkt	1	1,7
vysoký krevní tlak a srdeční infarkt	4	6,7
vysoký krevní tlak a CMP	2	3,3
srdeční infarkt a cukrovka	1	1,7
vysoký krevní tlak, CMP a cukrovka	1	1,7
celkem odpovědělo (N)	60	100,0
chybějící hodnoty	neví	8
	Neodpověděl/a	28
	nerelevantní otázka (bez otce)	4
	celkem	40
celkem dotázaných	100	

Tabulka 16 Nemoci jako rizikové faktory – otec (N=60)

Věk úmrtí rodičů

Na otázku, týkající se věku úmrtí matky, odpovědělo 81 ze 100 dotázaných. Věku **nad 65 let** se dožilo **79 %** matek respondentů, věku mezi 56 až 65 lety se dožilo 13,6 % matek dotázaných a věku do 55 let 7,4 % dotázaných.

Na stejnou otázku, týkající se otce, odpovědělo také 81 respondentů. Menší procento nežli u matek se u otců dožilo dle respondentů **více než 65 let (67,9 %)**, mezi 56 a 65 lety věku se dožilo 24,7 % otců dotázaných a do 55 let věku se dožilo 7,4 % otců.

Životní styl a životospráva pacientů před onemocněním a po onemocnění

Priorita přisuzovaná zdraví na škále od 1 („zdraví je pro mě absolutní prioritou a také se podle toho chovám“) do 10 („zdraví je pro mě důležité, ale z nedodržování zásad životosprávy si nedělám těžkou hlavu“) – změna priority po onemocnění

Následující tabulka vyjadřuje změnu priority, přisuzované zdraví před a po onemocnění CMP. Záporná hodnota vyjadřuje snížení priority zdraví po onemocnění CMP, kladná potom vyjadřuje její zvýšení. Prioritu, přisuzovanou zdraví, respondenti vyjadřovali na škále od 1 (nejvyšší priorita, přisuzovaná zdraví, absolutní souhlas s výrokem „zdraví je pro mě absolutní prioritou a také se podle toho chovám“) do 10 („zdraví je pro mě důležité, ale z nedodržování zásad životosprávy si nedělám těžkou hlavu“).

Prioritu přisuzovanou zdraví **nezměnilo 34,1 %** dotázaných. Ke **snížení priority** zdraví došlo celkem u **34,1 %** dotázaných, ke **zvýšení** pak u **31,7 %**. Vliv některé z dalších sledovaných proměnných (např. kouření, pohlaví, vzdělání) na toto rozložení nebyl pozorován.

	Četnost	% z N
-6	1	1,3
-5	1	1,3
-3	4	5,1
-2	9	11,4
-1	12	15,2
0	27	34,2
1	7	8,9
2	8	10,1
3	6	7,6
4	2	2,5
5	1	1,3
9	1	1,3
celkem odpovědělo (N)	79	100,0
neodpověděl/a	21	
celkem dotázaných	100	

Tabulka 17 Rozdíl v prioritě přisuzované zdraví před a po onemocnění (N=79)

Kouření, počet vykouřených cigaret, délka kouření, srovnání stavu před a po CMP

Před CMP **nekouřilo 66,7 %** dotázaných. **Toto procento po prožitém onemocnění CMP narostlo na 90,9 %**. Snížila se procenta ve všech kategoriích. Žádný z respondentů neuvěděl, že by začal kouřit až po onemocnění CMP (viz. Tabulka 18).

	četnost před CMP	četnost po CMP	% z N před CMP	% z N po CMP
Nekuřák	66	90	66,7	90,9
1-4 cig./den	15	3	15,2	3,0
4-14 cig./den	5	1	5,1	1,0
15-20 cig./den	4	3	4,0	3,0
21 a více cig./den	7	1	7,1	1,0
kuřák doutníků nebo dýmky	2	1	2,0	1,0
celkem odpovědělo (N)	94	99	100,0	100,0
neodpověděl/a	6	1		
celkem dotázaných	100	100		

Tabulka 18 Kouření (cig./den) před onemocněním CMP a po onemocnění (N=99)

Z hlediska délky kouření kouřila polovina dotázaných kuřáků 11-20 let. 21 a více let uvedlo 42,3 % kuřáků. 6-10 let uvedlo pouze 7,7 % kuřáků.

Pití kávy a čaje, srovnání stavu před a po CMP

Jak je vidět v Tabulce 19, spotřeba kávy se u pacientů po CMP z hlediska celkových četností nezměnila. 85,9 % pacientů nezměnilo svou denní spotřebu kávy. 8,1 % svou spotřebu snížilo a 6 % ji zvýšilo.

	četnost před CMP	četnost po CMP	% z N před CMP	% z N po CMP
nepijí	16	16	16,2	16,2
1-2 šálky denně	70	71	70,7	71,7
3 a více šálků denně	13	12	13,1	12,1
celkem odpovědělo (N)	99	99	100,0	100,0
neodpověděl/a	1	1		
celkem dotázaných	100	100		

Tabulka 19 Denní spotřeba kávy, srovnání před a po onemocnění CMP (N=99)

Tabulka 20 udává denní spotřebu čaje. Denní spotřeba čaje se u pacientů po onemocnění celkově mírně zvýšila. Svou denní spotřebu čaje nezměnilo 81,1 % dotazovaných, zvýšilo jí 14,7 % dotazovaných a snížilo 4,2 %.

	četnost před CMP	četnost po CMP	% z N před CMP	% z N po CMP
Nepiji	19	13	20,0	13,7
1-2 šálky denně	53	52	55,8	54,7
3 a více šálků denně	23	30	24,2	31,6
celkem odpovědělo (N)	95	95	100,0	100,0
neodpověděl/a	5	5		
celkem dotázaných	100	100		

Tabulka 20 Denní spotřeba čaje, srovnání před a po onemocnění CMP (N=95)

Hodnota BMI („Body mass index“), srovnání hodnoty u pacientů před a po onemocnění

Většina respondentů se nalézala v kategoriích normální váhy či nadváhy jak před onemocněním (celkem 83,4 %), tako po onemocnění CMP (celkem 89,6 %). Ve stejné kategorii BMI zůstalo 64,2 % respondentů. Ke zvýšení BMI došlo u 14,7 % dotázaných a ke snížení pak u 21,1 % respondentů. Jak je ale vidět z Tabulky 21, došlo u respondentů k posunu do kategorie nadváhy, a to zřejmě jak z kategorie normální váhy, tak z kategorie obezity I. stupně.

	četnost před CMP	četnost po CMP	% z N před CMP	% z N po CMP
podváha (BMI méně než 18,4)	0	1	0	1,0
normální váha (BMI 18,5 - 24,9)	45	42	46,9	43,8
nadváha (BMI 25 - 29,9)	35	44	36,5	45,8
obezita I. stupně (BMI 30 - 34,9)	15	7	15,6	7,3
obezita II. stupně (BMI 35 - 39,9)	1	1	1,0	1,0
obezita III. stupně (BMI 40 a více)	0	1	0	1,0
celkem odpovědělo (N)	96	96	100,0	100,0
neodpověděl/a	4	4		
celkem dotázaných	100	100		

Tabulka 21 Kategorie BMI, srovnání před a po onemocnění (N=96)

Pohybové aktivity před onemocněním CMP

Na otázku odpovědělo 98 ze 100 dotázaných. Nejvíce respondentů zmiňovalo **chůzi** (vycházky, pěší turistiku) (**87,8 %** respondentů), dále jízdu na kole (28,6 % respondentů), zimní sporty (20,4 % respondentů), a možnost „jiné“ (18,4 %). Méně respondentů uvádělo ping-pong (8,2 % respondentů) a golf (3,1 %). Žádný pohyb před CMP nemělo 8,2 % respondentů. Jelikož dotazovaní většinou uváděli různé kombinace možných odpovědí, je

součet jednotlivých procentuálních odpovědí vyšší než 100. Vyjadřuje procento zastoupení dané odpovědi v celku všech dotazovaných, kteří odpověděli (N=98).

Informovanost respondentů o rizikových faktorech životního stylu

Na otázku odpovědělo 95 ze 100 dotázaných. Nejvíce respondentů uvedlo, že bylo před onemocněním informováno o rizikosti **kouření (81,1 %)**, informovanost o rizikosti nedostatečného pohybu uvedlo 73,7 % respondentů, o rizikosti stresu pak 71,6 %. O rizikosti pití kávy bylo informováno 57,9 % respondentů, o rizikosti přejídání 49,5 % a informovanost o rizikosti pití čaje uvedlo pouze 28,4 % respondentů. Jelikož dotazovaní většinou uváděli různé kombinace možných odpovědí, je součet jednotlivých procentuálních odpovědí vyšší než 100. Vyjadřuje procento zastoupení dané odpovědi v celku všech dotazovaných, kteří odpověděli (N=95).

Informovanost respondentů o rizikových onemocněních

Na otázku odpovědělo 92 ze 100 dotázaných. O žádném z rizikových onemocnění nebylo před CMP informováno 5,4 % respondentů. Nejvíce respondentů bylo informováno o rizicích **vysokého krevního tlaku (84,8 %)**, cukrovky (73,9 %) a srdečního infarktu (69,6 %). Méně respondentů (okolo 1/3) bylo informováno o rizikosti zvýšeného cholesterolu (38 %) a aterosklerózy tepen (30,4 %). O rizikosti zvýšených triglyceridů bylo informováno pouze 2,2 % respondentů. Jelikož dotazovaní většinou uváděli různé kombinace možných odpovědí, je součet jednotlivých procentuálních odpovědí vyšší než 100. Vyjadřuje procento zastoupení dané odpovědi v celku všech dotazovaných, kteří odpověděli (N=92).

Zdroje informací

Na otázku odpovědělo 93 ze 100 dotázaných. Nejvíce respondentů uvedlo, že informace o rizikových faktorech čerpá **od lékařů (71 %)**, **z novin 61,3 %**, **z televize 55,9 %** dotázaných a od rodiny 41,9 %. Školu uvedlo jako zdroj 26,9 % respondentů, informační letáky 22,6 % a časopisy 20,4 %. Z knih čerpalo informace 17,2 % dotázaných a od přátel pouhých 10,8 % respondentů. Jelikož dotazovaní většinou uváděli různé kombinace možných odpovědí, je součet jednotlivých procentuálních odpovědí vyšší než 100. Vyjadřuje procento zastoupení dané odpovědi v celku všech dotazovaných, kteří odpověděli (N=93).

6.2.2 Organizace a návaznost péče o pacienty po CMP

Následující kapitoly jsou řazeny dle chronologické návaznosti zdravotnických služeb při péči o pacienta po CMP (včetně preventivní péče před CMP).

Kontrola rizikových onemocnění před CMP

Angina pectoris (N=1): Toto rizikové onemocnění uvedl pouze jeden respondent. Byl léčen v nemocnici a u ambulantního specialisty.

Srdeční infarkt (N=3): Na otázku odpověděli všichni respondenti, kteří prodělali srdeční infarkt. Všichni, kdo uvedli toto onemocnění, byli léčeni v nemocnici, 66 % také u praktického lékaře a 33 % u ambulantního specialisty.

Cukrovka (N=16): Na otázku odpovědělo 16 z 21 pacientů, trpících cukrovkou. V nemocnici bylo léčeno 87,5 % respondentů, kteří onemocněli cukrovkou, u praktického lékaře se léčilo 31,3 % ze všech pacientů, trpících cukrovkou, u ambulantního specialisty se léčila polovina pacientů s diabetem (50 %). Více než polovina pacientů s diabetem (56 %) držela dietu.

Vysoký krevní tlak (N=28): Na otázku odpovědělo 28 ze 47 respondentů, kteří trpěli vysokým krevním tlakem. Léčbu v nemocnici uvedlo 85,71 % pacientů s vysokým krevním tlakem, léčbu u praktického lékaře také 85,71 % a léčbu u ambulantního specialisty uvedlo 28,6 % pacientů s vysokým krevním tlakem.

Nadváha, obezita (N=4): Na otázku odpověděli pouze 4 z 53 respondentů, trpících nadváhou či obezitou. Pacienti s obezitou se léčili u praktického lékaře, čtvrtina z nich potom také v nemocnici. Dietu držela polovina respondentů.

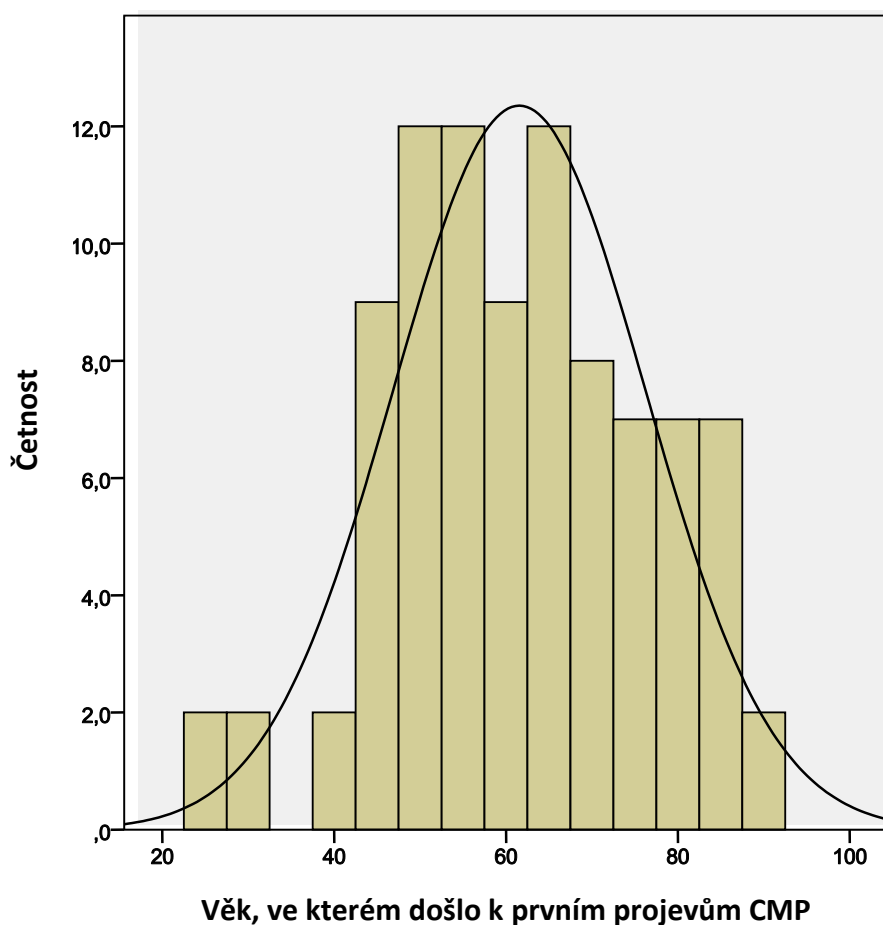
Zvýšený cholesterol (N=5): Na otázku odpovědělo pouze 5 respondentů. Tři z nich byli léčeni v nemocnici. Všichni uvedli také léčbu u praktického lékaře.

Věk, ve kterém se u pacientů vyskytly první příznaky onemocnění

Věk, ve kterém se u pacientů vyskytli první příznaky CMP, se pohybuje v širokém rozmezí od 25 do 92 let (viz. Tabulka 22), průměrně se první příznaky u respondentů vyskytli v 61,5 letech. Medián (60 let) není příliš vzdálený od průměru, a proto můžeme předpokládat rozložení blízké se normálnímu rozložení (viz. Graf 7).

celkem odpovědělo (N)	91
neodpověděl/a	9
průměr	61,5
medián	60
modus	50
minimum	25
maximum	92

Tabulka 22 Věk, ve kterém u respondentů došlo k prvním projevům CMP (N=91)



Graf 7 Věk, ve kterém u respondentů došlo k prvním projevům CMP- znázornění pomocí histogramu (N=91)

Odvoz rychlou záchrannou službou (RZS)

Na otázku, zda byli při akutním CMP pacienti odvezeni RZS, odpovědělo 94 (N) ze 100 dotázaných. **Do nemocnice bylo RZS odvezeno 89,4 % z N.**

Oddělení hospitalizace

Na otázku odpovědělo 92 ze 100 dotázaných. **Na odd. neurologie** bylo pro akutní CMP hospitalizováno **65,2 % pacientů**, 6,5 % z N také na neurologické JIP. Na interním

odd. bylo hospitalizováno 28,3 % pacientů, 3,3 % z N také na interní JIP. Na neurologii a následně na interním odd. bylo hospitalizováno 3,3 % pacientů. 3,3 % pacientů bylo hospitalizováno pouze na JIP, avšak nevíme, pod které odd. JIP spadala.

Průběh bezprostřední následné péče po propuštění z nemocnice

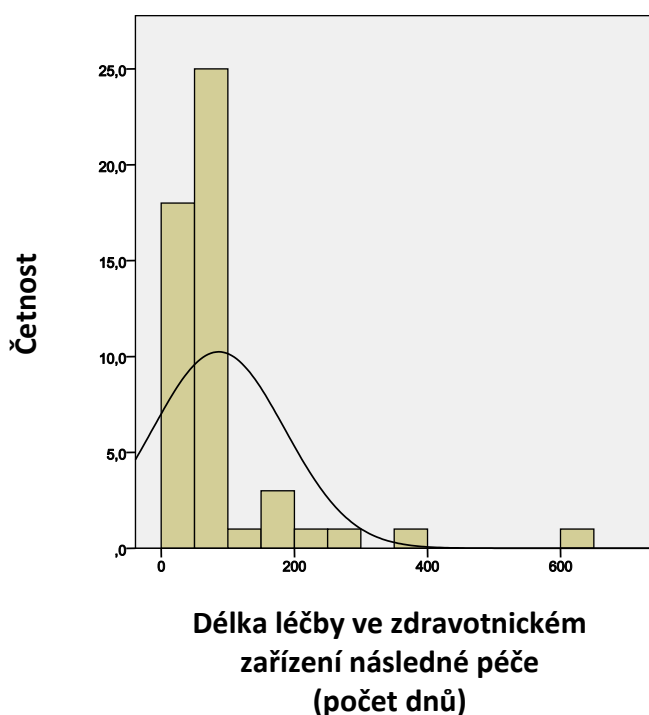
Na otázku odpovědělo 95 dotázaných ze 100, 70 z nich bylo léčeno v zařízení pro následnou péči (čili 73,6 %). **Následující data týkající se bezprostřední následné péče se opírají o odpovědi těchto 70 respondentů.**

Délka následné lůžkové péče ve dnech

Na tuto otázku odpovědělo 72,9 pacientů, kteří byli léčeni v zařízení následné péče. Průměrná délka následné péče byla 86,39 dní, medián pak byl 60 dní a z dat vplynuly dva módy, 60 a 90 dní. Délka pobytu se pohybovala mezi 8 a 600 dny (viz. Tabulka 23). Jak znázorňuje histogram (Graf 8), délka následné péče se pohybovala nejčastěji do 100 dní (91,5 % respondentů), delší pobyty v následné péči představují v grafu spíše odlehlé hodnoty.

celkem odpovědělo	51
neodpověděl/a	19
průměr	86,39
medián	60,00
modus	60; 90
minimum	8
maximum	600

Tabulka 23 Délka léčby po propuštění v zařízení pro dlouhodobou lůžkovou péči (počet dnů) (N=51)



Graf 8 Délka léčby ve zdravotnickém zařízení pro dlouhodobou následnou péči (počet dnů) – znázornění pomocí histogramu (N=51)

Možnost rehabilitace v následné lůžkové péči

Na otázku odpovědělo 93,3 % respondentů, kteří absolvovali následnou péči. V následné péči mělo možnost rehabilitovat 100% pacientů (viz. Tabulka 24).

	četnost	% z N
ano	70	100,0
neodpověděl/a	0	

Tabulka 24 Možnost rehabilitovat v následné péči (N=70)

Zlepšení zdravotního stavu během následné lůžkové péče

Zlepšení zdravotního stavu během následné péče uvedlo **90 %** pacientů (viz. Tabulka 25).

	četnost	% z N
Ano	63	90
Ne	7	10
celkem odpovědělo (N)	70	100,0
neodpověděl/a	0	

Tabulka 25 Zlepšení zdravotního stavu během péče po propuštění (N=70)

Poučení a informování pacienta o rizikových faktorech při propuštění z následné léčby

Při propuštění z následné péče bylo dle svých slov o rizikových faktorech a dalším postupu léčby informováno 93,3 % respondentů (viz. Tabulka 26).

	četnost	% z N
Ano	56	93,3
Ne	4	6,7
celkem odpovědělo (N)	60	100,0
chybějící hodnoty	neví	1
	neodpovědělo	9

Tabulka 26 Informování pacienta o rizikových faktorech a vhodném způsobu dalšího postupu při propuštění z následné péče (N= 60)

Komplikace v průběhu následné péče (otevřená otázka)

Otázka: „Nastaly u Vás v průběhu následné péče nějaké komplikace?“

Na tuto otázku odpovědělo pouze 6 pacientů (ze 70 v následné péči)

Odpovědi:

- Recidiva CMP, částečná imobilizace
- RHB neúspěšná
- zhoršení inkontinence
- rozvinutí imobilizačního syndromu
- Štítná žláza, zápal plic
- Zápal plic

Otázky vztahující se k akutní nemocniční péči i k následné péči ve zdravotnickém zařízení pro dlouhodobou lůžkovou péči

Obavy pacientů v průběhu léčby (otevřená otázka)

Otázka (pokyn): „Uved'te, čeho jste se nejvíce báli.“

Na tuto otázku odpovědělo 44 ze 100 dotázaných.

Odpovědi:

- Jak bude probíhat pobyt mimo nemocnici v domácím prostředí, jaká bude reakce rodiny (mimočodem byla vynikající)
- **Že se nebudu moci hýbat 2x**
- Že už nebudu nikdy mluvit, dobře vidět na pravé oko, jelikož jsem měla CMP 2x. Jedenkrát vlevo a podruhé vpravo, bála jsem se, že už nebudu dobře chodit a neunesu nic v rukách.
- Dlouhodobého onemocnění
- **Opakování CMP 3x**
- Nevěděla jsem, co se děje, jestli budu soběstačná
- **Že už nebudu nikdy chodit 3x**
- Následné operace

- Aby se zdravotní stav nezhoršoval
- Trvalého postižení
- Že budu odkázán na cizí pomoc
- **Nebál(a) jsem se ničeho 4x**
- Zvyk na personál, hygiena
- Všeho a o rodinu
- Že se nikdy nedostavím na nohy a budu ve všem závislá na ostatních
- Neúspěchu rehabilitace, přetrvávající poruchy řeči
- Neúspěchu RHB, komplikací (infekce, imobilita)
- **Pobytu ve zdravotnickém zařízení a na LDN (horší pověst než realita) 3x**
- Zhoršení stavu
- Nepohyblivosti, neschopnosti dorozumět se
- Prostředí LDN
- Pohyblivost
- Jak to psychicky zvládnou
- Že budu na obtíž
- **Smrti 4x**
- Samoty
- Neschopnosti se o sebe postarat
- Opakování CMP v horším provedení
- Jestli budu chodit a mluvit
- Že nebudu hýbat končetinami
- Že nepůjdu nikdy domů

V odpovědích pacientů se opakují tato témata: **zdravotní stav** (strach z imobility, poruch řeči, zraku, fyzické slabosti, obecně ze zhoršování zdravotního stavu (např. opakování CMP) a nezlepšení zdravotního stavu, trvalého či dlouhodobého postižení, smrti); **vztah k okolí** (strach z nesoběstačnosti a závislosti na ostatních, neschopnosti dorozumět se s druhými, ze zatěžování rodiny); **psychika** (strach z nevyrovnání se se svým zdravotním stavem, strach ze samoty a smrti); **prostředí zdravotnického zařízení** (strach z pobytu na LDN v důsledku její „pověsti“, strach z pobytu ve zdravotnickém zařízení obecně, obavy z komplikací vyvolaných prostředím – např. rizika infekce). 4 pacienti uvedli, že se nebáli ničeho.

Odpovědi na tuto otázku nejsou samozřejmě signifikantní, ale mohou ilustrovat možný široký rozsah odpovědí na výše uvedenou otevřenou otázku, případně sloužit k formulaci uzavřených otázek v dalším šetření.

Potíže v průběhu léčby (otevřená otázka, týkající se akutní hospitalizace i následné péče)

Otázka (pokyn): „*Uveďte, co nejvíce dělalo potíže v průběhu léčby*“

Na tuto otázku odpovědělo 45 ze 100 dotázaných.

Odpovědi:

- Všechno
- **Psychika 6x**
- Délka léčby

- Opuštění zájmů – rodiny, styku s přáteli
- **Pohyb 7x**
- Pohyb, stabilita a myšlení
- Motorika
- **Nic, vše o.k. 5x**
- Návaznost služeb - LDN – nedostatečná komunikace, nezáměr
- **Nemohoucnost, neschopnost 3x**
- Pohyb ruky a chůze
- V průběhu pobytu v nemocnici mizerná RHB, nebýt manžela, tak jsem na vozíku
- Smířit se s daným stavem a nezbláznit se
- rehabilitace
- Závislost na druhých, inkontinence moči, stolice, nepohyblivost
- Neúspěch RHB, inkontinence
- Rychlé zhoršování zdravotního stavu
- Nácvič chůze s fyzioterapeutem
- Neschopnost mluvit, číst, psát
- Rehabilitace – bolesti obou kolen
- Inkontinence, nechutenství, zhoršení chůze
- Inkontinence, nesoběstačnost, plná závislost
- RHB, závislost na ošetrovatelském personálu
- Absolutní debilita, nic jsem si nepamatoval, psát, číst, počítat, internet
- Prostředí nemocniční
- Udržení rovnováhy bez pomůcek
- Pomalá léčba, netrpělivost
- Vertikalizace, pohyb

Převažují odpovědi týkající se **zdravotního stavu** (inkontinence, nechutenství, problémy s chůzí, s motorikou, mluvením, čtením, psaním, mobilitou, myšlením), dále dotazování zmiňují témata týkající se **péče v zařízení** (RHB, nácvič chůze, špatnou návaznost služeb, špatnou komunikaci a nezáměr ze strany personálu, délku léčby) a v neposlední řadě zmiňují **problémy s psychikou** („nezbláznit se“, opuštění dosavadních zájmů a kontaktu s přáteli a rodinou, závislost na druhých, problémy s přemýšlením).

Odpovědi na tuto otázku nejsou samozřejmě signifikantní, ale mohou ilustrovat možný široký rozsah odpovědí na výše uvedenou otevřenou otázku, případně sloužit k formulaci uzavřených otázek v dalším šetření.

Ambulantní léčba u praktického lékaře a ambulantního specialisty po propuštění z následné péče či po akutní hospitalizaci

Následující otázky se netýkají pacientů, kteří se v době šetření nacházeli v následné péči pro CMP. Celkem se týkají 90 pacientů.

Informovanost pacienta po propuštění z následné péče (event. z nemocnice) – na koho se obrátit

Se znalostí, na koho se obrátit, odcházelo z následné péče či z akutní hospitalizace po CMP **84,3 %** respondentů (viz. Tabulka 27).

	četnost	% z N
ano	70	84,3
ne	13	15,7
celkem odpovědělo (N)	83	100,0
neodpověděl/a	7	

Tabulka 27 Informovanost pacienta po propuštění do domácí péče – pacient informován o tom, na koho se obrátit (N=83)

Psychické potíže po propuštění

Jak je vidět v Tabulce 28, psychické potíže po propuštění do domácí péče měla celá polovina (**51,7 %**) respondentů.

	četnost	% z N
ano	45	51,7
Ne	42	48,3
celkem odpovědělo (N)	87	100,0
neodpovědělo	3	

Tabulka 28 Psychické potíže v období po propuštění z následné péče (N=87)

Nutnost navštívit psychiatra či psychologa

Návštěvu psychiatra či psychologa po propuštění z následné péče považovalo za nutnou **24,4 %** respondentů (viz. Tabulka 29).

	četnost	% z N
Ano	21	24,4
Ne	65	75,6
celkem odpovědělo (N)	86	100,0
neodpověděl/a	4	

Tabulka 29 Nutnost léčby psychiatra či psychologa po propuštění z následné péče (N= 86)

Nutnost medikace, v důsledku psychických potíží

Jak je patrné z Tabulky 30, léky na psychiku po propuštění do domácí péče potřebovalo **33,7 %** pacientů.

	četnost	% z N
Ano	28	33,7
Ne	55	66,3
celkem odpovědělo (N)	83	100,0
neodpověděl/a	7	

Tabulka 30 Nutnost brání léků na psychiku (např. antidepresiv) po propuštění do domácí péče (N=83)

Pravidelné zvaní na kontroly praktickým lékařem nebo ambulantním specialistou

Dle svých slov bylo po propuštění praktickým lékařem nebo ambulantním specialistou pravidelně zváno na kontrolu **84,5 %** respondentů (Tabulka 31).

	četnost	% z N
Ano	71	84,5
Ne	13	15,5
celkem odpovědělo (N)	84	100,0
neodpověděl/a	6	

Tabulka 31 Pravidelné zvaní na kontroly praktickým lékařem či ambul. specialistou (N=84)

Pomoc od členů rodiny

Rodina pacientům pomáhala v **88,8 %** případů (viz. Tabulka 32).

	četnost	% z N
ano	80	88,8
ne	10	11,2
celkem odpovědělo (N)	90	100,0

Tabulka 32 Pomoc ze strany rodiny po propuštění z následné péče (N=90)

Opakovaná hospitalizace pro CMP

Opětovně bylo pro CMP hospitalizováno **25,6 %** pacientů (viz. Tabulka 33).

	četnost	% z N
ano	22	25,6
ne	64	74,4
celkem odpovědělo (N)	86	100,0
neodpověděl/a	4	

Tabulka 33 Nutnost opětovné hospitalizace pro CMP (N=86)

RHB léčba v průběhu ambulantní léčby

Možnost absolvovat ambulantní RHB léčbu mělo **70,9 %** respondentů (viz. Tabulka 34).

	četnost	% z N
ano	61	70,9
ne	25	29,1
celkem odpovědělo (N)	86	100,0
neodpověděl/a	4	

Tabulka 34 Možnost absolvovat ambulantní RHB léčbu (N=86)

Problémy s dostupností potřebných léčiv

Problémy s dostupností potřebných léčiv mělo po propuštění **19,5 %** respondentů (viz. Tabulka 35).

	četnost	% z N
Ano	17	19,5
Ne	70	80,5
celkem odpovědělo (N)	87	100,0
neodpověděl/a	3	

Tabulka 35 Problém s dostupností léčiv (N=87)

Největší pomoc při překonávání potíží (nominální proměnná)

Na otázku odpovědělo 93 ze 100 dotázaných. Nejvíce respondentů uvedlo, že největší pomoc při překonávání onemocnění jim poskytla **rodina (51,6 %)**, dále pacienti vnímali jako přínosnou **rehabilitaci (33,3 %)**, **péči v nemocnici (21,5 %)**. Méně pak jim dle jejich slov pomohla péče v LDN (uvedlo ji 17,2 %), péče přátel (14 %), péče ambulantního specialisty (11,8 %) a péče praktického lékaře (10,8 %). Jelikož dotazovaní většinou uváděli různé kombinace možných odpovědí, je součet jednotlivých procentuálních odpovědí vyšší než 100. Vyjadřuje procento zastoupení dané odpovědi v celku všech dotazovaných, kteří odpověděli (N=93).

Největší zklamání (otevřená otázka)

Otázka: „Uveďte (vypište), kdo nebo co Vás nejvíce zklamalo“

Odpovědi:

- Nemocniční léčba
- Pomalé zlepšování mého stavu **3x**
- Nevhodná péče lékařů a sester
- Nezlepšení zdravotního stavu
- Zdravotnictví jako celek
- Realita
- Nemocnice LDN **5x**
- Přátelé
- Chování posudkových lékařů

- Přístup lékařů při propuštění z nemocnice i přístup MUDr. z ambulantní neurologie
- Přístup lékařů k této diagnóze
- Přístup obvodního neurologa
- Že se nyní již nepostavím, jsem ležící, inkontinence moči
- Osobní neúspěch RHB, to, že jsem se stala závislou na druhých
- Pomalé zlepšování zdravotního stavu
- Částečná bezmocnost
- Není nárok na lázně
- Domácí péče – manželka
- RHB 3x
- Lékař
- Prostředí
- Rodina – rozvod
- Když se to stalo poprvé, lidé se mi smáli a nechtěli se mnou mluvit. Ráda bych chodila mezi lidmi.
- Nemohu jezdit autem
- Nedostačující RHB

V odpovědích nalezneme tato témata: **péče zdravotníků** (nespokojenost s ambulantními neurology, posudkovými lékaři, LDN, lékaři a sestrami, nemocnicemi a zdravotnictvím obecně, nedostupnou lázeňskou péčí); **zdravotní stav** (bezmocnost, imobilita a pomalé zlepšování stavu, závislost na druhých); **osobní život** (zklamání z přátel, z vlastního neúspěchu).

Odpovědi na tuto otázku nejsou samozřejmě signifikantní, ale mohou ilustrovat možný široký rozsah odpovědí na výše uvedenou otevřenou otázku, případně sloužit k formulaci uzavřených otázek v dalším šetření.

6.2.3 Současný zdravotní stav pacientů po CMP

Hodnocení pohyblivosti, sebeobsluhy, schopnosti vykonávat obvyklé činnosti, bolesti a úzkosti

Pacienti hodnotili každý aspekt zdraví vždy na tříbodové stupnici.

Pohyblivost

Na otázku odpovědělo 97 ze 100 dotázaných. **Dvě třetiny z těchto pacientů mají v současné době potíže s chůzí** (viz. Tabulka 36).

	četnost	% z N
chůze mi nečiní žádné potíže	18	18,6
mám určité potíže s chůzí	64	66,0
jsem upoután na lůžko	15	15,5
celkem odpovědělo (N)	97	100,0
neodpověděl/a	3	

	četnost	% z N
chůze mi nečiní žádné potíže	18	18,6
mám určité potíže s chůzí	64	66,0
jsem upoután na lůžko	15	15,5
celkem odpovědělo (N)	97	100,0
neodpověděl/a	3	
celkem dotázaných	100	

Tabulka 36 Aktuální zdravotní stav - pohyblivost (N=97)

Obvyklá činnost (např. práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti) Na otázku odpovědělo 97 ze 100 dotázaných. **Více než polovina pacientů má v současné době problémy s vykonáváním svých obvyklých činností** (viz. Tabulka 37).

	četnost	% z N
nemám žádné problémy se svou obvyklou činností	24	24,7
s vykonáváním svých obvyklých činností mám určité problémy	53	54,6
nejsem schop(en/na) vykonávat své obvyklé činnosti	20	20,6
celkem odpovědělo (N)	97	100,0
neodpověděl/a	3	
celkem dotázaných	100	

Tabulka 37 Aktuální zdravotní stav – vykonávání obvyklé činnosti, např. práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti (N=97)

Sebeobsluha

Na otázku odpovědělo 98 ze 100 dotázaných. **Polovině pacientů (50 %) činí sebeobsluha určité potíže** (viz. Tabulka 38).

	četnost	% z N
s péčí o sebe nemám žádné potíže	33	33,7
mytí či oblékání mi činí určité potíže	49	50,0
nejsem schop(en/na) se sám/a umýt či obléct	16	16,3
celkem odpovědělo (N)	98	100,0
neodpověděl/a	2	
celkem dotázaných	100	

Tabulka 38 Aktuální zdravotní stav – sebeobsluha (N= 98)

Bolest/obtíže

Na otázku odpovědělo 98 ze 100 dotázaných. **61,2 % respondentů uvedlo, že má středně závažné bolesti nebo obtíže** (viz. Tabulka 39).

	četnost	% z N
nemám žádnou bolest či obtíže	37	37,8
mám středně závažné bolesti nebo obtíže	60	61,2
mám extrémní bolesti nebo obtíže	1	1,0
celkem odpovědělo (N)	98	100,0
neodpověděl/a	2	
celkem dotázaných	100	

Tabulka 39 Aktuální zdravotní stav (bolest/obtíže) (N=98)

Úzkost/deprese

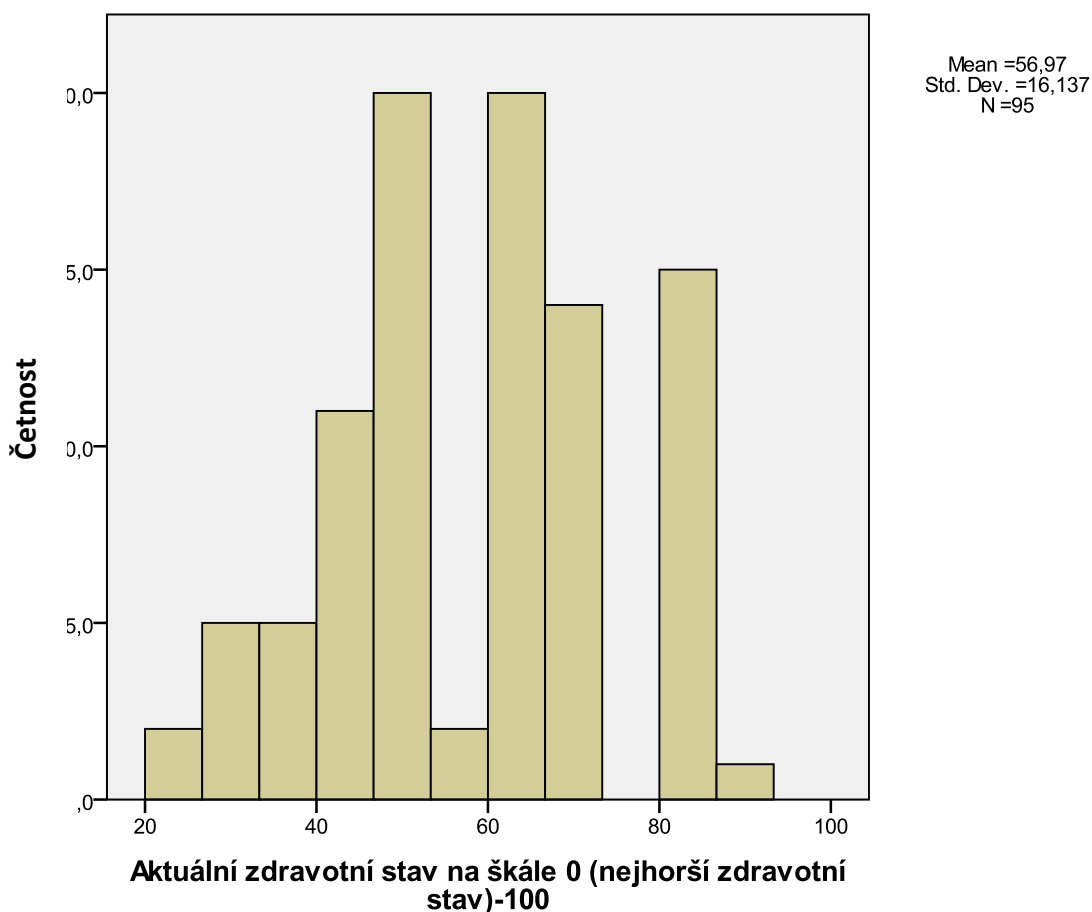
Na otázku odpovědělo 97 ze 100 dotázaných. **Polovina respondentů (51,5 %) odpověděla, že není úzkostná ani depresivní** (viz. Tabulka 40).

	četnost	% z N
nejsem úzkostná(á/ý) ani depresivní	50	51,5
jsm středně úzkostná(ý/á) či depresivní	42	43,3
jsm extrémně úzkostná(ý/á) nebo depresivní	5	5,2
celkem odpovědělo (N)	97	100,0
neodpověděl/a	3	
celkem dotázaných	100	

Tabulka 40 Aktuální zdravotní stav (úzkost/deprese) (N=97)

Současný zdravotní stav na škále od 0 (nejhorší představitelný zdravotní stav) do 100 (nejlepší představitelný zdravotní stav) – subjektivní hodnocení

Na otázku odpovědělo 95 ze 100 dotázaných. Respondenti uváděli hodnoty v rozmezí od 20 do 90 bodů. Průměrná hodnota byla 56,97, medián 60. Na histogramu níže (Graf 9) je znázorněno rozložení odpovědí respondentů.



Graf 9 Současný zdravotní stav na škále 0-100 – subjektivní hodnocení respondentů; N=95

Hodnocení stupně závislosti na škále od 0 (vysoká závislost) do 100 bodů (nezávislý), dle subjektivního hodnocení svých schopností (najedení, napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice, použití WC, přesun lůžko-židle, chůze po rovině, chůze po schodech) – škála Barthelové

Na otázku odpovědělo 95 ze 100 dotázaných. Minimální dosažená hodnota stupně závislosti byla 0b., maximální 100b. Nejčastější hodnotou bylo 100b., průměrem pak 72,11b., mediánem 80b. Zastoupení kategorií závislosti ukazuje Tabulka 41.

	četnost	% z N
vysoce závislý	17	17,2
závislost středního stupně	15	15,2
lehká závislost	37	37,4
nezávislý	30	30,3
celkem odpovědělo (N)	99	100,0
neodpověděl/a	1	
celkem dotázaných	100	

Tabulka 41 Hodnocení stupně závislosti respondentů (N=99)

Spokojenost se životem

Spokojenost pacientů byla zjišťována mírou souhlasu pacientů s jednotlivými následujícími výroky:

- A) Téměř vždy se můj způsob života shoduje s mým ideálem.
- B) Podmínky mého života jsou vynikající.
- C) Jsem se svým životem spokojen/á.
- D) Dostal/a jsem od života téměř vše, co jsem chtěl/a.
- E) Kdybych mohl/a žít svůj život znovu, téměř nic bych neměnil/a.

Míra souhlasu byla vyjádřena sedmibodovou stupnicí:

1 rozhodně nesouhlasím

2 nesouhlasím

3 spíše nesouhlasím

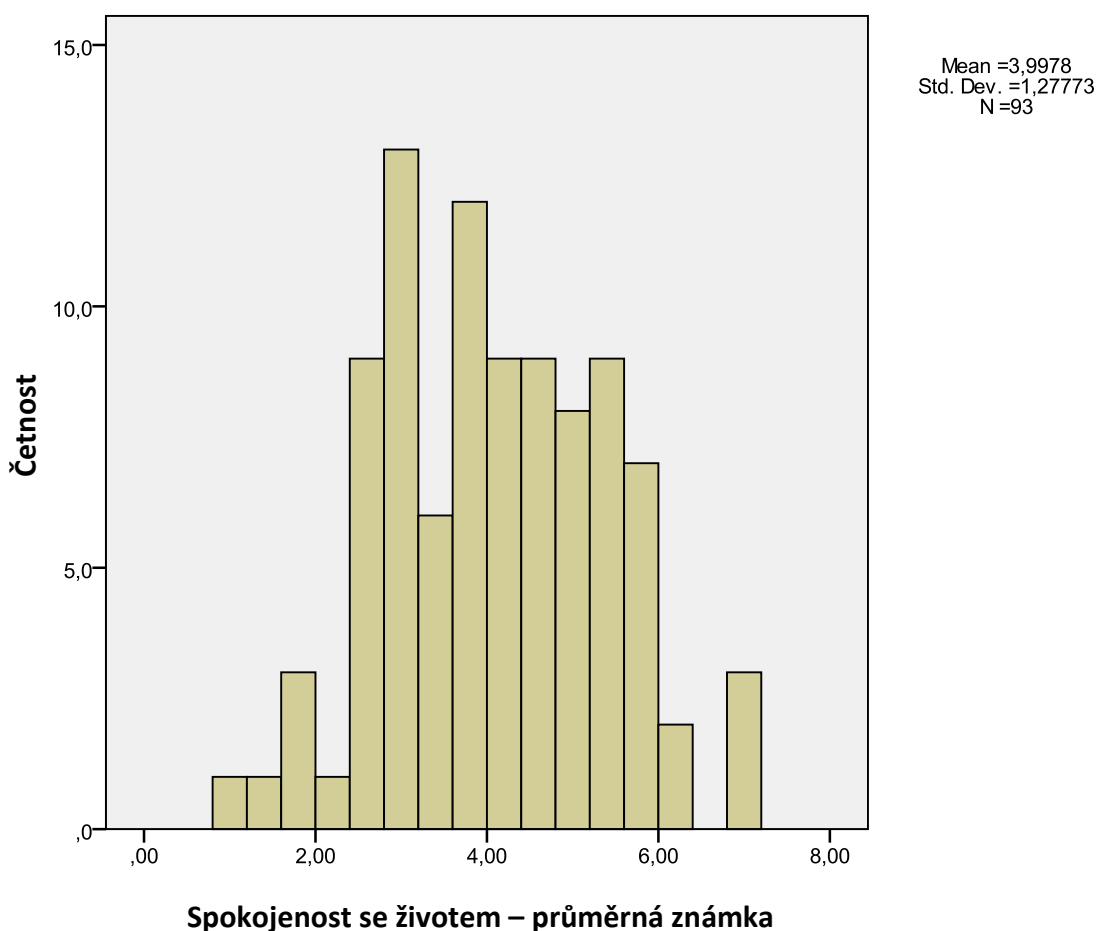
4 nemohu se rozhodnout

5 spíše souhlasím

6 souhlasím

7 rozhodně souhlasím

U každého pacienta byla poté spočítána průměrná známka (průměrná míra souhlasu). Následující histogram (Graf 10) vyjadřuje rozložení těchto známek, respondenti byli spíše spokojeni (více se jich nalézá vpravo od pomyslné hodnoty 3,5).



Graf 10 Spokojenost se životem (průměrná známka)

Další choroba v současnosti

Otázka: *Trpíte v současné době ještě nějakou další chorobou (chorobami), pro kterou se dlouhodobě léčíte?*

Odpovědi:

- **Hypertenze 12x**
- **Cukrovka 6x**
- Hypertenze, obezita
- Tlak, cukrovka, onkologie
- Polyneuropatie převážně DK, nespavost. Jsem po operaci prsu, děložního čípku, revmatismus svalů, kloubů a perif. Nervů. Po infekční žloutence porucha žlučníku, slinivky
- Hypertenze, deprese
- Depresivní stavy, močové cesty, otřes mozku (po CMP)
- Brániční kýla, žlučnickové kameny
- Artróza kolene
- Slinivka, žaludeční vředy
- **Hypertenze, cukrovka 2x**
- Klouby
- Ledviny
- Prostata
- Slinivka
- Zlomenina krčku, hypertenze
- Vředy, hypertenze, infekce močových cest
- Chronická obstrukční plicní nedostatečnost, borelióza, osteoporóza
- Cukrovka druhého typu a obezita
- Vysoký krevní tlak, glaukom, štítná žláza
- Cukrovka druhého typu, hypertenze, polyartróza, ischemická choroba srdeční
- Hypertenze, polyartróza
- Chronická Ischemická choroba srdeční, hypertenze, polyartróza
- **chronická ischemická choroba srdeční, hypertenze 2x**
- chronická obstrukční plicní nemoc, hypertenze
- Diabetes a glaukom
- Zlomenina stehenního krčku
- chronická ICCHS
- Hypertenze, chronická ICCHS, polyartróza, inkontinence moči, depresivní syndrom
- Diabetes Mellitus 2. Stupně, hypertenze, chronická ICCHS
- Zlomenina krčku stehenní kosti, polyartróza
- rakovina vaječníku
- diabetes mellitus 2. Typu, chronická ICCHS, hypertenze, amputace levé dolní končetiny
- doléčuje se po zlomenině krčku kosti stehenní
- hypertenze, zlomenina krčku kosti stehenní
- hypertenze, cukrovka 2. typu, polyartróza, subdepresivní syndrom
- Trombóza
- cukrovka a vysoký krevní tlak
- Bolesti hlavy
- Imobilita
- Dna, astma, kardiostimulátor-arytmie, bechtěrev, osteoporóza, neuropatie
- Následky CMP, esenciální hypertenze, alkoholická cirhóza jater
- Osteoporóza
- Potíže se srdcem

- Deprese, ateroskleróza mozková

Jako další chorobu v současnosti nejčastěji respondenti uváděli **hypertenzi, cukrovku, chronickou ischemickou chorobu srdeční a deprese.**

Osobní psychické vyrovnání se se změnou zdravotního stavu

Na otázku, zda se vyrovnali se změnou zdravotního stavu, odpovědělo 87 ze 100 dotázaných. **Se změnou zdravotního stavu se vyrovnalo 58,6% pacientů**, zbylí pacienti nebyli v okamžik šetření vyrovnáni se změnou svého zdravotního stavu.

6.2.4 Problémy v současné péči o pacienty po CMP v ČR z pohledu pacientů (otevřená otázka)

Otázka: *Napište prosím stručně, v čem spatřujete podle Vás problémy v současné péči o pacienty po CMP.*

Odpovědi:

- Velmi nízká úroveň RHB jak v nemocnici, tak následně i v dalších zařízeních (např. v lázních, RÚ). Absence psychologa všude kde byl potřeba.
- V následné péči, možnosti rychlé rehabilitace a v drahých léčích.
- Lázně – není nárok.
- Málo rehabilitací, 2) nedostatek financí, 3) odebrání příspěvku
- Drahá léčiva.
- Nedostatečná informovanost, osvěta a prevence a následná péče.
- Nedostatek rehabilitačních pracovníků a plavání.
- Pomůcky – drahé, nehrazené; RHB by měla být delší a možnost lázní dostupnější
- Následná péče, pomůcky, asistenční pobyt
- Následná péče, bezohlednost zdravých lidí
- **Nemnoho peněz ve zdravotnictví 8x**
- Nedostatečná RHB
- Není následná péče
- Informovanost, prevence, rehabilitace, není dost rychlá pomoc
- Problém s následnou péčí, rehabilitací a službami pro ZP (zdravotně postižené)
- Jsem spokojena
- Informovanost, následná péče, RHB
- Málo relaxačního cvičení – jóga, plavání
- Málo cvičení RHB, dlouho se čeká na RHB. Špatná péče v LDN, nezájem, špatná komunikace
- Neinformovanost o onemocnění CMP
- Při propouštění z nemocnice neinformují o možnosti rehabilitace. Posudkový lékaři nemají zájem informovat o následné péči
- Neschopnost vykonávat manuální práce jako před CMP, nemožnost provozovat pěší vysokohorskou turistiku jako dřív
- Nezájem námi volených zastupitelů o problémy pacientů po CMP
- Špatná informovanost, málo iktových jednotek v ČR, laxní přístup lékařů k této diagnóze. Hlavně chybí dotace pro různé neziskové organizace a jiná sdružení pacientů po CMP. Na spoustu jiných projektů peníze jsou. Vzhledem k tomu, že výskyt CMP u nás je alarmující. Odnětí různých výhod pro postižené (snížení příspěvku na bezmocnost, příspěvku na benzín ad.)
- **Problémy nejsou 5x**
- Při tak závažném onemocnění bez nároku na lázeňskou léčbu.

- Aktivnější RHB po CMP, logopedická terapie
- Dostupnost akutní péče, nedostatek RHB po CMP
- Nedostatek RHB, jsou zde dobří fyzioterapeuti, ale chtělo by to více RHB, problémy s předepisováním chodítek, berlí apod.
- Méně RHB než jsem očekával II
- Následná péče
- Hybnost, sebeobsluha
- Finance
- Lázně
- RHB
- Finance
- Návaznost PL na ambulantního specialistu není
- Moc nevím, proč beru tolik léků, a nevím, co mi vlastně je
- **Málo RHB 2x**
- Nepostarám se o sebe; málo RHB; nevím, kam se mám obrátit při obtížích
- Malá informovanost, málo cvičení
- Malá informovanost a málo RHB
- Málo RHB – logopedie
- Myslím, že hodně lidí nemá pevnou vůli. Vzdává to. Já jsem se nedala. Musí člověk chtít. Když to nepůjde zítra, půjde to za 2 dny (později) a šla jsem pořád dál.
- Malá informovanost, 2) následná péče, 3) rehabilitace, 4) pomůcky
- Při následné lůžkové péči ne vždy ochota sester
- Nemůžu chodit, nedostačující rhb, nemám podmínky být doma, nemám potřebný „zdravotnický“ servis: sestra, rhb apod. manželka nezvládá, finančně nemohu zaplatit služby a i pracovníci odmítají pomáhat, najdu si za stejné peníze lepší práci.

Nejčastěji se v odpovědích objevovalo málo RHB (25 ze 47 odpovědí), málo peněz ve zdravotnictví (10), ale také názor, že problémy nejsou (5).

Odpovědi na tuto otázku nejsou samozřejmě signifikantní, ale mohou ilustrovat možný široký rozsah odpovědí na výše uvedenou otevřenou otázku, případně sloužit k formulaci uzavřených otázek v dalším šetření.

6.3 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

6.3.1 Rizikové faktory a životní styl

Nejčastějšími rizikovými onemocněními, která provázejí pacienty s CMP, jsou vysoký krevní tlak (uvedlo jej 49 %) a cukrovka (21,9 %). Více jak třetina respondentů (37,5 %) uvedla, že netrpí jiným onemocněním nežli CMP.

Matky pacientů trpěli CMP v 15,7 %, otcové pak ve 23,3 % případů. U matek a stejně tak i u otců uvedlo 42,3% respondentů vysoký krevní tlak, cukrovkou trpělo 28,1 % matek a 11,7 % otců a srdeční infarkt prodělalo 17,3 % matek a 21,8 % otců. Matky se dožívaly častěji vyššího věku (nad 65 let (79 %), otcové méně často (nad 65 let (67,9 % otců). Pod 55 let se dožilo shodně 7,4 % matek i otců.

Svou prioritu, přisuzovanou zdraví nezměnilo po onemocnění 34,1 % pacientů, svou prioritu, přisuzovanou zdraví zvýšilo po CMP 31,7 % respondentů a 34,1 % ji snížilo. Závislost tohoto jevu na některé z dalších sledovaných proměnných, nebyla prokázána.

Před CMP nekouřilo 66,7 % pacientů, po CMP se toto procento zvýšilo na 90,9 %. Žádný z pacientů nezačal kouřit po onemocnění CMP.

Svou denní spotřebu kávy nezměnilo 85,9 % pacientů, 8,1 % ji snížilo a 6 % ji zvýšilo. S čajem to bylo spíše opačně, svou denní spotřebu nezměnilo 81,1 % pacientů, zvýšilo ji 14,7 % a snížilo 4,2 %.

Před onemocněním CMP se v kategorii normální váhy nebo nadváhy nalézalo 83,4 % pacientů, po onemocnění CMP to bylo o něco více – 89,4 %. To bylo způsobeno nejspíše posunem respondentů do kategorie nadváhy jak z kategorie obezity I. stupně, tak z kategorie normální váhy.

Před onemocněním CMP se většina respondentů pohybovala při chůzi, procházkách a pěší turistice (87,9 %).

Nejčastěji respondenti uváděli, že před onemocněním CMP byli informováni o rizikosti kouření (to uvedlo 81,1 % respondentů), nedostatečného pohybu (73,7 %) a stresu (71,6 %). O žádném z rizikových onemocnění nebylo před CMP informováno 5,4 % dotazovaných, o vysokém krevním tlaku bylo informováno nejvíce dotázaných (84,8 %), o cukrovce pak 73,9 % a o srdečním infarktu 69,6 %. Zdrojem informací byli nejčastěji lékaři (71 %), noviny (61,3 %) a televize (55,9 %).

6.3.2 Organizace a návaznost zdravotní péče o pacienty po CMP

První příznaky CMP se u pacientů objevovaly okolo 60 let (průměr je 61,5 let, medián 60 let). Převážná většina pacientů byla při akutním CMP odvezena RZP (celkem 89,4 %). Na odd. neurologie bylo pro akutní CMP hospitalizováno 65,2 % pacientů, 6,5 % z N také na neurologické JIP. Na interním odd. bylo hospitalizováno 28,3 % pacientů, 3,3 % z N také na interní JIP. Na neurologii a následně na interním odd. bylo hospitalizováno 3,3 % pacientů. 3,3 % pacientů bylo hospitalizováno pouze na JIP, avšak nevíme, pod které odd. JIP spadala.

Přibližně tři čtvrtiny dotázaných (73,6 %) byly léčeny v zařízení následné péče. Průměrná délka pobytu v následné péči byla 86,39 dní, přičemž převážná většina pobytů spadala do rozmezí 1-100 dní. Všichni pacienti měli dle svých slov na zařízení následné péče možnost rehabilitovat. Zlepšení zdravotního stavu při pobytu v tomto zařízení udalo 90 % respondentů. Při odchodu ze zařízení bylo 93,3 % respondentů poučeno o životním stylu a dalším postupu léčby.

Po propuštění z následné péče vědělo 84,3 % pacientů, na koho se obrátit v případě potíží. Přibližně polovina pacientů měla po propuštění psychické potíže, čtvrtina pacientů musela kvůli psychickým potížím navštívit psychologa nebo psychiatra, léky na psychiku brala v tomto období třetina pacientů. Na pravidelné kontroly ke svému praktickému lékaři nebo ambulantnímu lékaři bylo zváno 84,5 % pacientů. Převážná většina respondentů (88,5 %) uvedla, že v této době je podporována rodina. Celá čtvrtina respondentů musela být znovu hospitalizována pro opakovanou CMP. Co se týče rehabilitace, 70,9 % respondentů mělo dle svých slov možnost rehabilitovat po propuštění z následné péče. Léčiva byla dostupná pro 80,5 % pacientů. Nejvíce respondentům pomohla dle jejich slov rodina (uvedlo ji 51,6 % pacientů), rehabilitace (33,3 %) a péče v nemocnici (21,5 %).

Problémy v celém systému zdravotní péče o pacienty vidí zejména v nedostatečné rehabilitaci („málo RHB“) a ve finanční situaci zdravotnictví jako celku („málo peněz ve zdravotnictví“). Konkrétní odpovědi na tuto otevřenou otázku jsou uvedeny výše.

6.3.3 Současný zdravotní a psychický stav respondentů

Dvě třetiny pacientů mají po CMP problémy s chůzí, více než polovina má potíže zvládat své obvyklé činnosti a polovině respondentů dělá problémy sebeobsluha. Středně závažné bolesti nebo obtíže má dle svých slov 61,2 % dotázaných, necelá polovina trpí depresemi. Nejvíce respondentů (37,4 %) spadá do kategorie lehké závislosti. Do kategorie nezávislosti potom 30,3 %. Pacienti jsou v současnosti spíše spokojeni se svým dosavadním životem, se svým novým zdravotním stavem se psychicky vyrovnalo 58,6 % pacientů.

7 Diskuse

Jak již bylo uvedeno, v dotazníkovém šetření byla rovnoměrně zastoupena obě pohlaví. Průměrný věk respondentů činil 71 let. Pozoruhodný výsledek je dosažené vzdělání klientů. Největší část klientů dosáhla středního nebo nižšího vzdělání.

Lze předpokládat, že u mladších věkových kategorií klientů je zastoupení dosaženého vzdělání vyšší. Stres a pracovní vyčerpání jsou u mladších lidí velmi často důvodem nevhodného životního stylu a klinických projevů rizikových faktorů jako jsou vysoký krevní tlak, cukrovka nebo infarkt myokardu. Vzhledem k lepším kompenzačním mechanismům u mladých lidí jsou prvotní známky klinických projevů velmi často „němé“ a klient se o jejich existenci dozví až po již vzniklé CMP.

Pozoruhodný výsledek je zjištěn u rizikových onemocnění rodičů, kde je přítomnost hypertenzní choroby a infarktů myokardů v anamnéze téměř stejně přítomná, rozdíl je u onemocnění poruchy tolerance glukózy, které se více vyskytuje u žen a z hlediska četnosti se nachází na druhém místě. Na tomto místě se u mužů nachází onemocnění cévní CMP. Můžeme předpokládat, že ženy jsou obecně více náchylné k endokrinologickým poruchám. Na druhou stranu, jak je již uvedeno, u mužů častěji vzniká CMP v mladším věku (asymptomatický klinický průběh, pracovní vyčerpání).

Prioritu přisuzovanou zdraví nezměnilo po onemocnění oproti stavu před onemocněním poměrně velké procento klientů, u 34,1% klientů dokonce došlo ke snížení priority přisuzované zdraví. Toto svědčí o nedostatečné informovanosti, motivovanosti a možná také nedostatečné pomoci ve fázi psychických problémů po vzniku onemocnění (většinou trpí pacienti depresemi).

Jako zdroj informací o rizikových onemocněních velké procento klientů uvádí lékaře. Školu jmenuje pouze 27% pacientů. Vzhledem k tomu, že v ČR je preventivní medicína v řadě případů nedostačující a omezená pouze na povinné preventivní prohlídky, můžeme předpokládat, že obyvatelstvo nedisponuje dostatečnými a včas podanými informacemi o rizicích vzniku onemocnění. S malými výjimkami začne převážná část klientů navštěvovat lékaře až při zdravotních potížích. Toto nás navádí k závěru (i když to není předmětem této práce), že je nutné rozvíjet kvalitnější informovanost populace již od základních škol. Kouření a návykové látky a u dívek lékařem nekontrolovaná antikoncepční léčba jsou dobrým základem pro vznik cerebrovaskulárních chorob. O této skutečnosti většina mladých lidí není informována.

Co se týče typu oddělení, kam byl pacient umístěn v akutním stavu vzniku onemocnění, bylo oddělení neurologie (kam má být pacient umístěn v 100% případů)

uvedeno pouze u 65,2% případů. To ukazuje na nedostačující počet a dostupnost akutních lůžek neurologické péče.

Lůžka následné péče potřebovalo až 73,6% pacientů, což dokazuje důležitost kvalitní a kompletní postakutní péče. Té se klientům vždy nedostává. Oddělení chronické péče se potýkají s nedostatkem personálu, zvláště odborníků na intenzivní rehabilitaci, ergoterapii, psychologii a logopedii. Výsledkem toho je ne pouze nedostačující zdravotní péče, ale i únava, vyčerpání a časem i nezájem zdravotníků pečujících o pacienty.

Rozhovory se zdravotníky a příslušníky rodin, kteří o dotazované pacienty pečovali, se shodovaly s odpověďmi samotných klientů. U rodin, kde je nemocný manžel, převzala péči manželka. U nemocných žen je tento problém složitější. Muži se vraceli do práce, nebo nebyli schopni péči ze zdravotních důvodů poskytnout. Hlavní pomoc žen sestávala z pobytu na rehabilitačních odděleních a ambulantní rehabilitace včetně domácí péče.

Problémem, na který poukazovaly pečující rodiny, byl přes veškerou informovanost o způsobu zajišťování péče o nemocného člena rodiny velmi rychle se dostavující stav vyčerpání nebo nemoci. U pečujících občanů vyššího věku se jejich zdravotní stav velmi zhoršil, někteří následně potřebovali hospitalizaci na akutním lůžku (dekompenzované chronické onemocnění, infarkt myokardu, dekompenzace psychického stavu). Toto nás přivádí k nutnosti lepší organizace péče v domácím prostředí a návaznosti formálních a neformálních služeb.

Jestliže v primární (ambulantní) péči tkví problém v nedostačující prevenci, v sekundární péči se po rozhovorech se všemi aktéry (pacient, rodinný příslušník a pracovníci poskytující formální péči) ukázal problém s nedostatečnou specializovanou ambulantní péčí (v našem případě s péčí neurologa). Kontroly nejsou tak časté, jak by klient potřeboval, dlouho se čeká na vyšetření v ordinaci, pacienti nejsou aktivně zváni na kontroly.

Ze strany ambulantního praktického lékaře tkvěl problém v častém nedodržování všech pokynů specialisty neurologa, např. v nekontrolování laboratorních výsledků dle doporučení. Důvodem jsou určité limity pojišťoven a velký počet pacientů na jednoho praktického lékaře. Pokud pacient nemá akutní zdravotní problém, jsou kontroly velmi často velmi formální a nedostačující.

Při rozhovorech s rodinnými příslušníky byl téměř v každé rodině zaznamenán stejný problém, a to špatná návaznost minimálně v jedné fázi poskytovaných služeb (přeložení na akutní rehabilitaci, umístění na lůžko následné péče apod). Rodina byla odkázána při řešení těchto situací sama na sebe, což je u starších občanů téměř nemožné. Nesmíme zapomenout, že velký počet pacientů je osamělých (nemají rodinu, nebo žije rodina daleko). Tato

skutečnost vyvolá u pacientů pocit beznaděje a tím se už narušený psychický stav ještě více zhoršuje.

Podle výzkumu mají 2/3 pacientů po nemoci problém s pohybem a chůzí, polovina má problém s obvyklou každodenní činností a sebeobsluhou. Dokonce 61,2% pacientů má zdravotní potíže, téměř polovina trpí úzkostmi a depresemi. Toto ukazuje na chronický a komplexní charakter onemocnění, které vyžaduje tým pracovníků jak formální tak neformální péče, ve které se doplňují lékařská, ošetrovatelská a sociální péče.

Další problém, na který ukázaly rozhovory, byla poměrně častá neochota, bezohlednost zdravých lidí, nezájem a nerespekt k nemocnému člověku ze strany veřejnosti. Proto je zapotřebí rozvíjet už od základních škol pozitivní přístup, ochotu a respekt k nemocnému člověku.

V domácí péči chybí více zařízení typu Sdružení pacientů po CMP, kde se pacientům dostává odpovídající péče, zájmu o jejich zdravotní stav a pomoci, a které zajišťuje a organizuje i některé významné aktivity, spojené s návazností péče (rekondiční pobyty, lázně apod.). Pracovníci těchto organizací znají velmi dobře zdravotní a sociální stav klientů a jsou připraveni kdykoliv poskytnout pomoc buď prostřednictvím vlastních pracovníků, nebo nabídkou pomoci při hledání zdravotnických zařízení a dalších odborníků.

7.1 Vymezení veřejně-politického problému

Předmětem této práce je analýza probíhajících diskursů a přístupů k cerebrovaskulárním onemocněním v rámci dvou základních paradigmat péče o zdraví (1. kontrola determinant zdraví a nemoci ještě před vznikem nemoci, 2. léčba již vzniklého onemocnění). Situace u skupiny CMP je na rozdíl např. od zřetelnějšího a relativně jednoduššího problému kouření a nádoru plic komplikována jejich více multifaktoriální kombinací rizik, podílejících se na jejich vzniku.

CMP jsou dle kritérií SZO definovány jako rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového, případně difúzního mozkového poškození, předpokládaného cévního původu, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti (TRUELSEN, BEGG, MATHERS, 2006: 1). Onemocnění ze své povahy vyžaduje komplexnost poskytované péče, počínaje od prevence, přes akutní léčbu, rehabilitační a následnou léčbu (doléčení) až po sekundární preventivní léčbu. Velmi často dochází u pacientů k opakování CMP, což vede k chronickému onemocnění.

Obecně můžeme hovořit o dvou komplementárních složkách (přístupech) k řešení situace v oblasti CMP, které uvádíme níže:

1. Individuálně zaměřená klinická medicína - přístup je úžeji zaměřen na individuální léčbu onemocnění.
2. Veřejné zdraví (podpora zdraví) - veřejné zdraví jako směr klade velký důraz na široce pojaté zlepšování zdravotního stavu populace, jako nezbytnou součást vypořádávání se s aktuálními nemocemi chápe opatření, které se vážou ke všem determinantám zdraví. Tato opatření mají zejména preventivní charakter.

Pokud se podíváme na vývoj nemocnosti a úmrtnosti na CMP v ČR, vidíme, že je dlouhodobě disproporcionální. Tento vývoj lze interpretovat jako důsledek nevyváženého tempa rozvoje individuálně zaměřené medicíny a podpory veřejného zdraví (nepříznivého vývoje determinant zdraví a nemoci ve skupině onemocnění CMP a tedy zanedbání oblasti podpory veřejného zdraví).

7.2 Dva základní paradigmatické přístupy a od nich odvozené strategie

Stav po CMP výrazně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Bez nových efektivních strategií v oblasti prevence, léčby a rehabilitace by toto onemocnění při současném demografickém vývoji mohlo snadno stát jakousi noční můrou péče o zdraví. Výzvy tohoto typu není možné řešit jenom cestou omezení rozsahu péče v rámci veřejných zdravotnických služeb a jejich financování, ale naopak nalezením nových moderních přístupů v rámci nákladově reálných a přijatelných podmínek. Otázkou je, jak se v současné praxi české zdravotní politiky daří orientovat jednání rizikových skupin, pacientů a lékařů, na jedné straně při jejich účasti na kontrole rizikových faktorů a na druhé straně na samotné léčbě akutního stavu CMP a zejména pak péče o chronicky nemocné po akutní fázi (model řízení péče o chronicky nemocné). Disproporcionálnost vývoje těchto dvou přístupů, které můžeme zjednodušeně kvantifikovat s využitím dat o nemocnosti a úmrtnosti, by totiž mohla v několika příštích desetiletích znamenat, že by došlo k neudržitelně rostoucím výdajům na léčbu. Z pohledu zainteresovanosti výrobců léčiv by pochopitelně byl takový vývoj příznivý, avšak nikoliv z pohledu celé společnosti, pro kterou by se stal neudržitelným. Posláním medicíny je jak léčba individuálních pacientů, tak také participace na některých aktivitách v oblasti podpory zdraví (health promotion) a veřejného zdraví (public health). Podpora zdraví a veřejné zdraví jsou však z hlediska nadcházejícího 21. století klíčovými obory, v jejichž rámci je nutné dosáhnout zásadního obratu ve vývoji kontroly determinant zdraví a nemoci. V rámci rozvoje těchto disciplín v nadcházejících desetiletích se bude rozhodovat o udržitelnosti vývoje nákladů na léčbu chronických onemocnění. Problémem tedy není z tohoto hlediska stárnutí společnosti, ale vývoj nemocnosti v závislosti na jejích determinantách. Na vybranou skupinu CMP tedy také můžeme pohlížet jako na modelový

případ, který má nepochybně obecnější význam z hlediska formulace priorit a cílů zdravotní politiky na národní i mezinárodní úrovni.

Tento diskurs probíhá v rámci dvou základních skupin odborníků (1) převážně klinicky zaměřených lékařů a (2) specialistů na oblast veřejného zdraví a podporu zdraví. Kontrola řady rizikových faktorů je však v praxi součástí aktivit obou těchto skupin. Otázkou je, jak se daří v praxi vytvářet podmínky pro kooperativní postupy, formulovat priority evaluačně zaměřeného výzkumu, a také alokovat finanční zdroje, případně jaké faktory naopak mohou rozvoj takové kooperace a efektivní strategie brzdit a snižovat úroveň celkově dosahovaných výsledků, tj. především snižovat úroveň celospolečenské zátěže, kterou skupina CMP představuje. Pro hodnocení diskursu přístupů jsou v této práci využity poznatky, publikované ve vybraných monografiích a odborných časopisech.

Oba hlavní paradigmatické přístupy (1. kontrola rizikových faktorů a tedy i vývoje nemocnosti a 2. léčba již vzniklého onemocnění a jeho důsledků – stav po CMP) přináší řadu nových poznatků a technologických možností, včetně nutnosti řízení kvality a hodnocení dosahovaných výsledků, ale také různé nové otázky a potřebu diskuse priorit dalšího evaluačně zaměřeného výzkumu.

Oba paradigmatické přístupy jsou součástí celkové strategie prevence a léčby CMP, jejíž základní rámec je modelově znázorněn na obr. 1. Tato základní strategie je již zhruba 50 let podložena rostoucím množstvím empirických důkazů (DETELS et al., 2004). Četné problémy však existují při jejich praktickém uplatnění. Zde jsou rozvíjeny v obou oblastech různé metody řízení kvality včetně evaluace dosahovaných výsledků. Je zapotřebí mít neustále na zřeteli, že medicína a podpora zdraví+veřejné zdraví používají poměrně odlišné nástroje a sledují také převážně odlišné cíle. Individuálně zaměřená medicína zdaleka nemá tak významné společenské vazby jako podpora zdraví+veřejné zdraví. Paradoxně však samotní lékaři mají často větší vliv na tvorbu zdravotní politiky díky jejich osobním vztahům s politickými představiteli, kteří se také dostávají do role pacientů.

Na straně politiků často dochází ke vzniku představy, že problémy péče o zdraví jsou především v kompetenci samotných lékařů. Oblast podpory zdraví+veřejného zdraví se tak mnohdy dostává vlivem těchto skutečností na okraj pozornosti. Poznatky v oblasti podpory zdraví+veřejného zdraví se navíc dotýkají vztahů mezi četnými sociálními a ekonomickými faktory a vznikem nemocí (sociální a ekonomické determinanty zdraví a nemoci). Ve společnostech orientovaných primárně na ekonomický růst dochází v kontextu neoliberalismu k převažující představě individuální podmíněnosti vývoje zdraví a nemoci bez zohlednění sociálních a ekonomických vazeb. Tato skutečnost také působí negativně na rozvoj disciplín podpory zdraví+veřejného zdraví. Tyto faktory ve skutečnosti podmiňují růst disproporcionality vývoje, prohlubování nerovností ve zdraví i nemocnosti.

Z hlediska diskuse dalšího vývoje se ocitáme před dvěma možnostmi: (1) alternativa založená na dalším růstu individualismu, spojená s diverzifikací systémů zdravotního pojištění na soukromé a veřejné. Soukromé pojištění je vnímáno jako alternativa pro skupiny s vyššími příjmy, u nichž je zároveň předpokládána větší míra odpovědnosti jejich jednání ke svému zdraví. Tato skupina není nakloněna kooperativnímu jednání v rámci alternativy solidárního veřejného systému zdravotního pojištění, neboť vychází z předpokladu, že jednání skupin s nižšími příjmy je rizikového charakteru ve vztahu k jejich vlastnímu zdraví (obezita, kouření, drogy, málo pohybu). Tento přístup je zatím v podmínkách států střední a východní Evropy nedostatečně doplňován aktivitami v oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví. To např. vede k růstu rizik infekčních nemocí, jako jsou TBC a AIDS, ale znamená také podcenění kontroly rizikových faktorů v oblasti srdečních a cévních onemocnění. (2) alternativa kooperativního jednání, využívající veřejné zdravotní pojištění a navazující na rovná práva občanů, včetně lidských práv se vztahem ke zdraví. Tato alternativa je doplněna odpovídajícím rozvojem disciplíny veřejného zdraví + podpory zdraví. Tato alternativa stále z hlediska mezinárodního vývoje převažuje. V rámci některých států však dochází ke snahám o vývoj oddělených systémů soukromého zdravotního pojištění. Motivů k takovému jednání je více (neochota ke kooperaci v podobě solidarity, na straně lékařů představa, že se touto cestou dostane do segmentu medicínských služeb více zdrojů).

Ke klíčovým podmínkám efektivní realizace celkové strategie péče o zdraví (preventivní projekty, projekty v oblasti podpory zdraví, primární a sekundární prevence a nových léčebných a rehabilitačních postupů v rámci samotné medicíny) patří vzdělávání pracovníků. Ke klíčovým otázkám tak patří validita našich poznatků, metody sběru a zpracování dat. Odpovědnost za celkový vyvážený přístup a utváření podmínek s využitím nástrojů zdravotnického práva a veřejných programů, však spočívá v oblasti demokraticky rozvíjené veřejné správy s vyváženým uplatněním principů centralizace a decentralizace, občanské participace.

Zde vycházíme z určité hypotézy, že největší pozornost a finanční podpora jsou v současnosti věnovány oblasti léčby, méně pak oblasti prevence vzniku onemocnění a rehabilitaci stavů po CMP. Menší pozornost stavům po CMP a obecně léčbě chronicky nemocných vedla ke kritické reflexi a hledání nových přístupů, známých jako řízení péče o chronicky nemocné (chronic disease management) – (WAGNER, 2000, 2001a, 2004; WHO, Tallin 2008). Možnosti zlepšení v této oblasti jsou předmětem diskursu organizačních změn v oblasti poskytování služeb, ale také v oblasti mechanismů úhrad za takto poskytované služby ve vztahu k dlouhodobé zainteresovanosti poskytovatelů služeb na jejich výsledcích v průběhu časového vývoje (performance payment). Problémy péče o pacienty po CMP jsou však také předmětem zájmu samotných pacientů, kteří se sdružují na národních a

mezinárodních úrovních a významně přispívají svojí participací na zlepšování kvality svého života (reference).

diskurs medicínské dimenze péče o pacienty s CMP se v rámci EU odehrává především v samotné komunitě lékařů včetně její mezinárodní úrovně a lze jej velmi dobře sledovat na souvisejících mezinárodních lékařských konferencích, v časopisech, jako jsou *Stroke*, *Cerebrovascular Diseases* a v neurologicky zaměřených časopisech (např. *The Lancet Neurological*). Syntéza tohoto diskursu je k dispozici především v odpovídajících medicínských monografiích (ADAMS, 2005; KALITA a kol., 2006; EBRAHIM, HARWOOD, 2003; KASTE, 2007). V této oblasti lze také sledovat nepominutelný vliv výrobců léčiv, kteří disponují prostředky, ovlivňujícími významně jednání lékařů a orientaci klinického výzkumu.

Hnacím motorem diskursu v oblasti podpory zdraví a veřejného zdraví je nepochybně SZO, zastřešující aktivity hnutí v oblasti podpory zdraví. Také v rámci EU se daří rozvíjet souvisejících diskurs a aktivity, zaměřené na veřejné zdraví a podporu zdraví (článek 152 Amsterdamské smlouvy, související dokumenty a aktivity, zelené a bílé knihy – obezita, kouření, duševní zdraví).

7.3 Doporučení vyplývající z disertační práce

Klíčový úkol budoucí strategie pro Evropu

Klíčovým úkolem budoucí strategie pro Evropu je tedy jak tyto rozdíly a mezery ve zdraví vyrovnat. Pacienti s CMP by měli být předáni do specializovaných center, kde jsou zřízeny iktové jednotky (*Stroke Unit Trialists Collaboration*, 1997). Minimální požadavky takovýchto středisek zahrnují nepřetržitou dostupnost CT vyšetření, přítomnost neurologů, neuroradiologů, internistů, neurochirurgů, logopedů, rehabilitačních pracovníků a psychologů, schopných ošetřit tyto pacienty, přítomnost odborného personálu a dodržování směrnic pro poskytování péče a ošetření. Střediska a jednotky pro takto postižené pacienty nejsou jediným předpokladem kvalitního ošetření pacientů s CMP. Optimální fungování celého systému je možné pouze na základě dostupné, dobře zavedené a fungující sítě pracovišť, která odesílají pacienty do specializovaných center. Na tato centra musí navazovat síť rehabilitačních zařízení. Spolupráce s praktickými lékaři ve sféře primární a sekundární prevence je samozřejmou podmínkou. Má-li být péče věnovaná pacientům postiženým mozkovou mrtvicí optimální, je naprosto nezbytné, aby byli tito lidé okamžitě přepraveni do takové nemocnice, ve které je možno pacientovi s CMP poskytnout veškerou adekvátní péči. To nemusí být vždy nutně nemocnice nejbližší. Pacientům s CMP prospívá

péče na iktových jednotkách (Langhorne a Dennis, 1998). Pacienti v kritickém stavu musí být umístěni na resuscitačních jednotkách (European Ad Hoc Consensus Group, 1997). Z doporučení Stroke Council of the American Heart Association a European Ad Hoc Consensus Group vyplývá, že je nutné v akutní fázi provést třídění pacientů dle klinického stavu.

8 Závěry

Vývoj strategií péče ve skupině nemocí CMP se v posledních 15-20 letech odehrává v závislosti na několika klíčových disciplínách. Zatímco medicínské obory (neurologie, kardiologie) se soustřeďují na hledání alternativ léčby akutní fáze onemocnění, doménou veřejného zdraví a podpory zdraví je kontrola rizikových faktorů (determinant zdraví a nemoci). Vývoj medicínských oborů je značně dynamický, v porovnání s ním veřejné zdraví nevyužívá v praxi svůj rozvojový potenciál. Výsledkem je v mnoha zemích narůstající epidemie chronických onemocnění spolu s vyplývající zátěží (burden of disease).

Vývojové diskrépance však existují i uvnitř samotné medicíny a to mezi akutní nemocniční péčí a dlouhodobou následnou péčí (primární péče, rehabilitace, péče na komunitní úrovni, řízení péče o chronicky nemocné na komunitní úrovni).

Trend rostoucí zátěže nemocemi z druhé poloviny 20. století je pro zdravotní politiku na počátku 21. století významnou výzvou. Potřeba efektivních výsledků se v oblasti zdravotní péče chronických onemocnění stává limitujícím faktorem budoucího vývoje potřeb péče v této oblasti a z nich vyplývajících nákladů. Diskurs poznatků a rozvoj mezioborové spolupráce jsou nepochybně příslibem reálného zlepšení v této skupině chronických nemocí. Avšak vzhledem k významným společenským vazbám ve vztahu k sociálním a ekonomickým determinantům nemocí, nelze efektivních výsledků dosáhnout bez širší společenské kooperace v rámci veřejných a sociálních politik.

Naděje do budoucna jsou v současných diskurzech spatřovány ve scénářích komprese nemocnosti, redukce zátěže chronickými nemocemi. Vzhledem ke komplexnímu charakteru příčin chronických nemocí, které spočívají v kombinaci genetických a dalších determinant (životní styl, životní prostředí, zdravotnické služby), je východisko pro 21. století spatřováno ve větším rozvoji a uplatnění paradigmat veřejného zdraví.

Jako zásadní cesta ke zvýšení celkové efektivnosti a snížení zátěže chronickými nemocemi se ukazuje provázanost obou výše zmíněných přístupů k řešení situace v oblasti CMP a tedy i potřebný důraz na intenzivní rozvoj primární a terciární péče, která v současných podmínkách v ČR není doposud docenována.

Po fázi léčby pacienta na akutním lůžku následuje další doléčení buď formou domácí péče, nebo rehabilitačního zařízení, lůžka následné péče. Tato fáze péče je v ČR

poznávaná řadou problémů, jejichž příčiny spočívají v nízké míře koordinace. Častým zjištěním u dotazovaných pacientů je obtížná a rychlá dostupnost rehabilitační péče. V této fázi existují geografické variace na rozdíl od nemocniční péče, kde je patrný trend k vyšší standardizaci.

Stav po CMP výrazně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Bez modernizace efektivních strategií v oblasti prevence, léčby a rehabilitace by se toto onemocnění při současném demografickém vývoji mohlo snadno stát jakousi „noční můrou“ péče o zdraví. Výzvy tohoto typu není možné řešit jenom cestou omezení rozsahu péče v rámci veřejných zdravotnických služeb a jejich financování, ale naopak nalezením nových moderních přístupů v rámci nákladově reálných a přijatelných podmínek s ohledem na závazek ČR při podpisu Helsingborgské deklarace.

Závažným problémem je v ČR ne příliš komplexní empirická evidence o onemocnění CMP a zejména pak nenaplnění potřeby výzkumu kvality péče o pacienty po CMP v ČR.

V ČR může léčba akutní CMP probíhat na lůžku interního nebo neurologického oddělení. Tento výběr je určen zdravotním stavem pacienta (a blízkostí nemocnice). Síť iktových center by měla být velmi dobře dostupná každému pacientovi. Včasný překlad pacienta na intenzivní rehabilitaci je limitován kapacitou a v praxi i zdravotním stavem pacienta. Intenzivní rehabilitační ústavy velmi často nejsou schopné postarat se o větší počet těžce postižených pacientů (nedostatečný počet ošetrovatelského personálu a nepřizpůsobení rehabilitačního programu starším nebo těžce postiženým klientům). Akutní individuální medicína v ČR je v současné době na stejné úrovni jako v zemích EU. Prevence rizikových faktorů není uspokojivá. Důvodů je několik. Organizaci a koordinaci péče o zdraví (podpora zdraví - primární péče - akutní nemocniční péče - terciární péče) není v tržně transformovaném zdravotnickém systému přikládán odpovídající význam. Populace není dostatečně informována o významu prevence a kontroly rizikových faktorů. Všechny tyto faktory nejen zvyšují celkový výskyt CMP, ale zhoršují i možnosti výsledků po proběhlé akutní fázi onemocnění (kvalitu života).

9 Seznam zkratek

AHA	American Heart Association – Americká kardiologická společnost
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrom – Syndrom získaného selhání imunity
ASA	American Stroke Association – Americká společnost pro CMP
CCM	Chronic Care Model – Model péče o chronicky nemocné
CMP	cévní mozková příhoda
CT	computed tomography – počítačová tomografie
CVO	cerebrovaskulární onemocnění
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DALYs	Disability Adjusted Life Years – kombinace YLL a YLD (viz. níže)
DSA	digitální subtrakční angiografie
EEG	elektroencefalogram
EFNS	European Federation of Neurological Societies – Evropská federace neurologických společností
EFTA	European Free Trade Association – Evropské společenství volného obchodu
EKG	elektrokardiogram
ENS	European Neurological Society – Evropská neurologická společnost
ESC	European Stroke Council – Evropská rada pro cévní mozkové příhody
ESO	European Stroke Organization – Evropská organizace pro cévní mozkové příhody
EU	Evropská unie
EU15	staré členské státy EU (Belgie, Dánsko, Finsko, Francie, Holandsko, Irsko, Itálie, Lucembursko, Německo, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Španělsko, Švédsko, Velká Británie)
EUSI	European Stroke Initiative – Evropská iniciativa pro cévní mozkové příhody
HD	Helsingborgská deklarace
HDP	hrubý domácí produkt
HIV	Human Immunodeficiency Virus – virus lidské imunitní nedostatečnosti
CHOBPN	chronická obstrukční bronchopulmonární nemoc
IADL	Instrumental Activities Daily Living – každodenní běžné aktivity
IC	iktová centra
ICCC	Innovative Care for Chronic Conditions – Rámec pro inovaci péče o chronicky nemocné
ICHS	ischemická choroba srdeční

IM	infarkt myokardu
KCC	komplexní cerebrovaskulární centra
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LTC	Long Term Care – dlouhodobá péče
MONICA	Multinational MONitoring of trends and determinants in Cardiovascular disease - Mnohonárodního monitoring trendů a determinant kardiovaskulárních onemocnění
MRI	magnetický rezonance
MZd ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
RZP	Rychlá záchranná pomoc
SPECT	jednofotonová emisní výpočetní tomografie
SPSS	softwarový program – Statistical Package for the Social Sciences – statistický balíček pro sociální vědy
SZO	Světová zdravotnická organizace
TBC	tuberkulóza
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
USA	Spojené státy americké
USD	United States Dollars – americké dolary
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
YLD	Years of Life Lost due to Disability – roky života ztracené v důsledku nemohoucnosti/invalidity
YLL	Years of Life Lost – roky života ztracené v důsledku úmrtí

10 Seznam grafů

Graf 1 Vývoj proporce obyvatelstva nad 65, resp. nad 80 let v populaci EU do roku 2050.....	18
Graf 2 Prognóza vzájemné proporce mladých a starších osob v ČR	19
Graf 3 Rozdíly v incidenci CMP	24
Graf 4 Projekce vývoje počtu cévních mozkových příhod v EU a zemích Evropského sdružení volného obchodu (dále „EFTA“), 2000-2025.....	25
Graf 5 Standardizovaná úmrtnost na cerebrovaskulární nemoci (CMP) ve všech věkových skupinách – srovnání vývoje v ČR (červeně) oproti EU15 (zeleně) před rozšířením EU v roce 2004.....	27
Graf 6 Věkové rozložení výběrového souboru – znázornění pomocí histogramu (N=99)	49
Graf 7 Věk, ve kterém u respondentů došlo k prvním projevům CMP- znázornění pomocí histogramu (N=91).....	61
Graf 8 Délka léčby ve zdravotnickém zařízení pro dlouhodobou následnou péči (počet dnů) – znázornění pomocí histogramu (N=51)	63
Graf 9 Současný zdravotní stav na škále 0-100 – subjektivní hodnocení respondentů; N=95	73
Graf 10 Spokojenost se životem (průměrná známka).....	74

11 Seznam obrázků

Obrázek 1 Rámec poskytovaných služeb	10
Obrázek 2 Přehled souvisejících teoretických východisek poznatků	12
Obrázek 3 Wagnerův model péče o chronicky nemocné - CCM	14
Obrázek 4 Rámec pro inovaci péče o chronicky nemocné (ICCC)	15
Obrázek 5 Model determinant vztahů mezi pacienty a lékaři/poskytovateli zdravotnických služeb... ..	17
Obrázek 6 Strategies for preventing stroke and reducing stroke disability	35
Obrázek 7 Model organizace péče o zdraví a kvalita léčby ve vztahu k CMP	37
Obrázek 8 Víceoborová diskuse strategie přístupů k péči ve skupině nemocí - CMP	39

12 Seznam tabulek

Tabulka 1 Populační prognóza, vyjádřená indexem stárnutí	20
Tabulka 2 Srovnání deseti nejčastějších příčin úmrtí v zemích s nízkými/středními a vysokými příjmy	22
Tabulka 3 Srovnání deseti nejčastějších příčin DALYs v zemích s nízkými/středními a vysokými příjmy	22
Tabulka 4 Výsledky vybraných populačních studií časového vývoje incidence a úmrtnosti CMP	23
Tabulka 5 Diagnózy, ošetřovací doby a průměrný věk postižených při hospitalizacích pro mozkový iktus v České republice, 2006. V horní tabulce muži, v dolní ženy	28
Tabulka 6 Pohlaví respondentů (N=99)	48
Tabulka 7 Věk respondentů (N=99)	48
Tabulka 8 Věková kategorie respondenta (N=99)	49
Tabulka 9 Nejvyšší dosažené vzdělání (N=98)	50
Tabulka 10 Ekonomické postavení respondenta (N=100)	50
Tabulka 11 Profese před onemocněním (N=98)	51
Tabulka 12 Zařazení do společenské skupiny (N=74)	51
Tabulka 13 Sociální postavení - subjektivní ohodnocení na škále 1-10 (N=63)	52
Tabulka 14 Nemoci jako rizikové faktory – respondent (N=96)	53
Tabulka 15 Nemoci jako rizikové faktory – matka (N=64)	54
Tabulka 16 Nemoci jako rizikové faktory – otec (N=60)	55
Tabulka 17 Rozdíl v prioritě přisuzované zdraví před a po onemocnění (N=79)	56
Tabulka 18 Kouření (cig./den) před onemocněním CMP a po onemocnění (N=99)	57
Tabulka 19 Denní spotřeba kávy, srovnání před a po onemocnění CMP (N=99)	57
Tabulka 20 Denní spotřeba čaje, srovnání před a po onemocnění CMP (N=95)	58
Tabulka 21 Kategorie BMI, srovnání před a po onemocnění (N=96)	58
Tabulka 22 Věk, ve kterém u respondentů došlo k prvním projevům CMP (N=91)	61
Tabulka 23 Délka léčby po propuštění v zařízení pro dlouhodobou lůžkovou péči (počet dnů) (N=51)	62
Tabulka 24 Možnost rehabilitovat v následné péči (N=70)	63
Tabulka 25 Zlepšení zdravotního stavu během péče po propuštění (N=70)	63

Tabulka 26 Informování pacienta o rizikových faktorech a vhodném způsobu dalšího postupu při propouštění z následné péče (N= 60).....	64
Tabulka 27 Informovanost pacienta po propuštění do domácí péče – pacient informován o tom, na koho se obrátit (N=83)	67
Tabulka 28 Psychické potíže v období po propuštění z následné péče (N=87).....	67
Tabulka 29 Nutnost léčby psychiatra či psychologa po propuštění z následné péče (N= 86).....	67
Tabulka 30 Nutnost braní léků na psychiku (např. antidepresiv) po propuštění do domácí péče (N=83)	68
Tabulka 31 Pravidelné zvaní na kontroly praktickým lékařem či ambul. specialistou (N=84)	68
Tabulka 32 Pomoc ze strany rodiny po propuštění z následné péče (N=90)	68
Tabulka 33 Nutnost opětovné hospitalizace pro CMP (N=86)	68
Tabulka 34 Možnost absolvovat ambulantní RHB léčbu (N=86)	69
Tabulka 35 Problém s dostupností léčiv (N=87).....	69
Tabulka 36 Aktuální zdravotní stav - pohyblivost (N=97).....	71
Tabulka 37 Aktuální zdravotní stav – vykonávání obvyklé činnosti, např. práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti (N=97)	71
Tabulka 38 Aktuální zdravotní stav – sebeobsluha (N= 98)	71
Tabulka 39 Aktuální zdravotní stav (bolest/obtíže) (N=98).....	72
Tabulka 40 Aktuální zdravotní stav (úzkost/deprese) (N=97)	72
Tabulka 41 Hodnocení stupně závislosti respondentů (N=99).....	73

13 Použité zdroje

- ADAMS, H.P. (ed.) *Handbook of Cardiovascular Diseases*. Second Edition. New York: Marcel Dekker, 2005.
- *Akční plán zdraví a životního prostředí ČR*, 1998.
- American Heart Association and American Stroke Association. *Amsterdam Treaty*, 1997.
- *A Primer on Stroke Prevention and Treatment*. AHA/ASA Stroke Guidelines Handbook. Dostupné online na adrese:
<http://www.blackwellpublishing.com/strokeguidelines/>
- BALDWIN, N. *Modern advances in the management of stroke*, North Bristol NHS Trust. Dostupné online na adrese:
<http://www.glospccag.nhs.uk/pccag/userfiles/docstore/pdf/modern%20advances%20in%20the%20management%20of%20stroke.ppt>
- BAR, M. - CHMELOVÁ, I. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě In: *Postgraduální medicína*, 02/2011, 2011. Dostupné online na adrese:
<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>.
- BECK, U. *Moc a protiváha moci v globálním věku: nová ekonomie světové politiky*. Praha: sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-67-0.
- BEDNAŘÍK, J. - AMBLER Z. – RŮŽIČKA, E.. a kol. *Klinická neurologie - speciální část*. Praha: Triton, 2010.
- BEJOT, Y. et al. Epidemiology of stroke in Europe: Geographic and environmental differences. In: *Journal of Neurological Sciences*, 2007. 262: 85-88.
- BLAHOŽ, J. *Sjednocující se Evropa a lidská a občanská práva*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2005.
- BLANE, D. Cohort profile: The Boyd Orr lifegrid sub-sample – medical sociology study of life course influences on early old age. In: *International Journal of Epidemiology*, 2005.
- BOBOMI, A.F. et al., Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. In: *Health Services Research*, 2002. 37(3): 791-820.
- BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A. - HOLMEROVÁ, I. *Sociální hospitalizace*. Praha: VÚPSV, 2000.
- BURCÍN, B. - KUČERA, T. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065*. Praha: DemoArt, 2003.

- Český statistický úřad. *Projekce obyvatelstva ČR do roku 2065*. Praha: ČSÚ, 2009.
- *Circulation*. 2002; 106:388.
- CUTLER, D.M. The reduction in disability among the elderly. In: *PNAS*, 2001. 98(12): 6546-6547.
- DAVIS, R.M. - WAGNER, E.G. - GROVES, T. Advances in managing chronic disease. In: *BMJ*, 2000. 320: 525-526.
- DETELS, R. - McEWEN, J. - BEAGLEHOLE, R. - TANAKA, H. *Oxford Textbook of Public Health*. fourth edition, New York: Oxford University Press, 2004.
- *Doporučení pro diagnostiku a léčbu cévních mozkových příhod*. Čes. a Slov. Neurol. Neurochir. 60/93, 1997, Suppl., s.4–8. Optimizing intensive care in stroke: A European Perspective. *Cérebrovasc. Dis.*, 1997. s.113–128.
- DRBAL, C. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky. Praha, 1997.
- DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, 2005.
- EBRAHIM, S. - HARWOOD, R. *Stroke. Epidemiology, evidence and clinical practice*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- EPPING-JORDAN, J.E. et al. Improving the quality of health care for chronic conditions. In: *Quality Saf. Health Care*, 2004. 13:299-305.
- Eurobarometr, leden 2007.
- European Ad Hoc Consensus Group. 1997.
- Evropská iniciativa pro cévní mozkovou příhodu (EUSI). *Doporučení pro péči o pacienty s cévní mozkovou příhodou*. 2003.
- Eurostat. *Eurostat population structure indicators (1960-1990), scenario proportion (2000-2050)*.
- FEIGIN, V.L. et al. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. In: *The Lancet Neurology*, 2003. 2: 43-53.
- GIBSON, M.,J. - GREGORY, S. R. - PANDYA, S. M. Long-Term Care in Developed Countries In: *Engl J Med*, 2003. 346: 905–12.
- GLADKIJ, I. - HEGER, L. - STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

- GLASGOW, R.E. et al. Self-Management Aspects of the Improving Chronic Illness Care Breakthrough Series: Implementation With Diabetes and Heart Failure Teams. In: *Ann. Behav. Med.* 2002, 24(2): 80-87.
- *Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack.* EUSI. 2008.
- *Guidelines for Management of Ischaemic Stroke.* The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. 2009. 125 pp. Dostupné online na adrese: http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO%20Guidelines_update_Jan_2009.pdf
- GORELICK, P. - SMITH, D.B. - SCHATTNER, A. - SEEMANT, CH. et al. Prevention of a First Stroke. In: *JAMA.* 1999. 282(21).
- HÁVA, P. a kol. Akční plán rozvoje Jihočeského kraje. Analýza zdravotního stavu obyvatelstva Jihočeského kraje a jeho vývoje v členění podle okresů v porovnání s ČR a EU. In: *Zdravotní politika a ekonomika č. 2/2002*, Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2002.
- HÁVA, Petr. Etické dimenze české zdravotní politiky. In: *Zdravotnictví v České republice.* 2008. roč. 11, č. 1, s. 2-7. ISSN 1213-6050.
- *Helsingborg Declaration.* 1995.
- *Helsingborg Declaration on European Stroke Strategies.* Edited by Kjellstrom, T., Norrving, B., Shatchkute, A., Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 2006. Dostupné online na adrese: <http://www.acponline.org/isim/stroke.pdf>.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* Praha: Portál, 2005.
- HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat.* Praha: Portál, 2006.
- HRADEC, J. Léčebné postupy u nemocných po infarktu myokardu. In: *Vnitř. Lék.*, 1996. 42: 78 – 81.
- HURDOWAR, A. - GRAHAM, I.D. - BAYLEY, M., et al. Quality of stroke rehabilitation clinical practice guidelines. In: *J Eval Clin Pract*, 2007. 13:657-64.
- IKEGAMI, N. - HIRDES, J. P. - CARPENTER, I. Measuring the quality of long-term care in institutional and community settings. 2002. Chpt. In: *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries.* OECD: Paris (2002) 277-293.
- INDREDAVIK, B. - FJAERTOFT, H. - EKEBERG, G. - LOGE, A.D. - MORCH, B. Benefit of na extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized controlled trial. In: *Stroke.* 2000. 31(12):2989-2994.

- KALITA, Z. *Management akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Remedia, 2001. 11: 385–400.
- KALITA, Z. a kol. *Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Jessenius Maxdorf, 2006.
- KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. – SUCHARDA, P. a kol. *Gerontologie a geriatrie*. Praha: Grada Publishing, 2004.
- KARADŽOSOVÁ, K. *Psychické potíže pacientů s RS a kvalita systému péče o chronicky nemocné*. Bakalářská práce, UK, FSV ISS, Praha, 2008.
- KASTE, M. European stroke strategies: a current status and problems to be solved. In: *Future Neurol.*, 2007. 2(3): 241-243.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: IPVZ, 1995.
- LANGHORNE, P., DENNIS, M. (eds.). *Stroke units: an evidence based approach*. London: BMJ Books. 1998.
- LOPEZ, A.D. et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. In: *Lancet*, 2006. May 27;367(9524):1747-57.
- LUNDSGARD, J. *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes*. OECD Health Working Papers. 2005.
- MACH, J., a kol. *Zdravotnictví a právo, komentované předpisy*. Praha: Orac, 2003.
- MACKAY, J. - MENSAH, G.A. - MENDIS, S. - GREENLUND, K. *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Published by WHO in collaboration with Centre for Disease Control and Prevention. Geneva: WHO, 2004. Dostupné online na adrese: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/at .
- MALENOVSKÝ, Jiří. Právník, Praha: Academia, Roč. 142, č. 6, od s. 537-563, 27 s. ISSN 0324-7007. 2003.
- MANT J. – CARTER, J. – WADE, D.T. – WINNER, S. Family support for stroke: a randomised controlled trial. In: *Lancet*, 2000. 356 (9232): 808–13.
- MARMOT, M.G., WILKINSON, R.G. *Social Determinants of Health*. Oxford University Press. 2006.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007.
- MONICA Project. In: *Stroke*. 1995; 26:361-367.
- MURRAY, C.J.L. - LOPEZ, A.D. (eds.) *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk*

factors in 1990 and projected to 2030. Global Burden of Disease and Injury Series, Vol.1. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

- *Národní cerebrovaskulární program.* Koncepce Péče o nemocné s cévními chorobami mozku v České republice schválená výborem neurologické sekce ČLS JEP. Dostupný online na adrese: www.cmp.cz .
- *Národní registr hospitalizovaných.*
- OECD. *OECD Health Data.* Paris: OECD, 2004.
- OECD. *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?* Economics department working papers, No.477, OECD, 28 February 2006.
- ORME, J. et al. *Public health for the 21st Century. New perspectives on policy, participation and practice.* England: Open University Press, 2003.
- PŘEHNAL, J. Vztah úhradového mechanismu a kvality tzv. následné péče. In: *Česká geriatrická revue*, 2005, č 3.
- *Report on Pan European Consensus Meeting on Stroke Management.* 1997.
- ROTHMAN, A.A. - WAGNER, E.H. Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? In: *Ann. Internal Medicine*, 2003. 138: 256-261.
- RØNNING, O.M. - GULDVOG, B. Stroke units versus general medical wards: twelve- and eighteen-month survival: a controlled trial. In: *Stroke*. 1998. 29:58–62.
- SACCO, R.L. et al. Risk factors. In: *Stroke*. 1997; 28:1507-1517.
- SCOTT, T. – THOMPSON, D. – LEWIN, R. *Information for Post-myocardial Infarction Patients and Families* (protocol for a Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library, issue 4, 2000.
- Stroke Units Trialists Collaboration. *Organised inpatient (stroke unit) care for stroke.* 1997.
- TOBIAS, M.I. - CHEUNG, J. - McNAUGHTON, H. *Modelling the impact of stroke in New Zealand.* Wellington: Ministry of Health; 2002.
- TRUELSEN, T. - BEGG, S. - MATHERS, C. *The global burden of cerebrovascular disease.* WHO GBD2000. 2006.
- TRUELSEN, T. - PIECHOWSKI-JOZWIAK, B. – BONITA, R. – BOGOUSSLAVSKY, J. - BOYSEN, G. Stroke incidence and prevalence in Europe; a review of available data. In: *Eur J Neurol.* In press. 2004.
- TŮMOVÁ-KŘEČKOVÁ, N. Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči. In: *Zdravotní politika a ekonomika.* Sborník č. 2/2003. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2003. s. 1-269.
- ÚZIS. www.uzis.cz

- *Věstník č. 2/2010*. Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- *Výzkumný plán k výzkumnému záměru “Zdravotní politika a ekonomika” s konkretizací úkolů pro rok 2001*, Kostelec n. Černými lesy 29.1.2001.
- WAGNER, E. The role of patient care team in chronic disease management, In: *BMJ*, vol 320. 2000. pp. 569-572.
- WAGNER, E.H. Chronic disease care. Insights from managed care in the United States will help the NHS. In: *BMJ*, 2004. 328: 177-178.
- WAGNER, E.H. et al. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. In: *Health Affairs*, 2001a. 20(6): 64-78.
- WAGNER, E.H. Managed Care and Chronic Illness: Health Services Research Needs. In: *Health Services research*, 1997. 32(5): 702-714.
- WAGNER, E.H. Meeting the Needs of chronically ill people. In: *BMJ*, 2001b. 323:945-946.
- WHO/Europe, *European HFA Database*, November 2007.
- WHO. *The world health report: Health systems: improving performance*. 2000.

14 Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník

Výzkum kvality zdravotní péče o pacienty po CMP

Vážení přátelé,

Obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci při výzkumu kvality péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou. Cílem tohoto výzkumu je zjistit faktory, které v současnosti v ČR významně ovlivňují výsledky péče o tuto skupinu nemocných v jednotlivých etapách průběhu nemoci, včetně kontroly rizikových faktorů, které se na vzniku a závažnosti cévní mozkové příhody spolupodílejí. Naším záměrem je zjištěné výsledky publikovat v odborném tisku a nabídnout je tak pro prohloubení diskuse o možnostech dalšího zlepšení kvality péče, snížení úmrtnosti a zdravotních komplikací u pacientů postižených onemocněním CMP. Součástí tohoto výzkumu je i Vámi uvedené subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Proto se na Vás obracíme v souladu s platnými právními předpisy (zákon o ochraně osobních dat) o vyjádření Vašeho informovaného souhlasu s vyplněním přiloženého dotazníku. Žádáme Vás o pozorné vyplnění dotazníku, které je podmínkou úspěšného zpracování výsledků.

Děkujeme Vám za laskavou spolupráci.

MUDr. Petr Háva, CSc.

MUDr. Dubravka Jaganjacová

Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Katedra veřejné a sociální politiky, Praha
Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví,
Brno.

Informovaný souhlas dotazovaného občana:

Souhlasím s vyplněním údajů v dotazníku o mém zdravotním stavu a průběhu léčení CMP pro šetření, které se koná v rámci výzkumu kvality péče o pacienty s cévními mozkovými příhodami v ČR, realizovaného v roce 2011 v rámci výše uvedeného projektu. Tato data jsou chráněna podle zákona o ochraně osobních dat (č. 101/2001 Sb.). Osoby, které budou s daty pracovat, jsou zavázány mlčenlivostí.

Datum:

Podpis:

Identifikační číslo dotazníku:

1. Nejprve několik základních údajů o Vaší osobě, vzdělání, pracovních aktivitách, sociálních a ekonomických determinantách vašeho zdraví

1.1 Rok narození:

1.2 Jste muž nebo žena:

muž 1
žena 2

1.3 Jaké je Vaše nejvyšší ukončené školní vzdělání?

Základní	1
Vyučen/á	2
Střední	3
Vysokoškolské	5
Neodpověděl	6

1.4 Jaké je Vaše současné ekonomické postavení?

Zaměstnanec/zaměstnankyně	1
Podnikatel/ka, OSVČ	2
Nezaměstnan(ý/á)	3
Důchodce	4
Žena/muž v domácnosti	5

1.5 Jaká byla Vaše profese (povolání) před onemocněním?

Pomocný a nekvalifikovaný pracovník	1
Dělník a řemeslník, kvalifikovaný dělník	3
Provozní pracovník ve službách a obchodě	5
Administrativní pracovník	6
Technik, střední zdravotník, vychovatel (střední odborník)	7
Odborný pracovník (VŠ), učitel, lékař	8
Vedoucí a řídicí pracovník	9

U dalších tří otázek zaškrtněte příslušný čtvereček: Otázky jsou převzaty z jiného výzkumu, takže nevěnujte pozornost informaci o předkládání karet č. 26., 27., 28.

1.6 Jaký je Váš současný osobní čistý příjem (tj. po zdanění a platbách sociálního a zdravotního pojištění)?

1.7 Čistý příjem Vaší rodiny

1.8 a 1.9 Zařazení do společenské skupiny

S24. Jaký je Váš osobní průměrný celkový čistý měsíční příjem? Pokud máte, započtete prosím Váš průměrný čistý plat, průměrný měsíční čistý příjem z podnikatelské činnosti, z vedlejších výdělečných činností nebo z majetku (vedlejší pracovní úvazky, vedlejší podnikání, příjmy z pronájmu, akcií atp.) a průměrné sociální příjmy (dávky v nezaměstnanosti, dávky v mateřství, důchody atd.). Nezapočítávejte přídatky na děti.

POKYN: PŘEDLOŽTE KARTU 27 A VYZNAČTE POUZE JEDINOU ODPOVĚĎ.

- 0) Bez příjmu
 1) 1 - 5 999
 2) 6 000 - 7 499
 3) 7 500 - 8 999
 4) 9 000 - 9 999
 5) 10 000 - 10 999
 6) 11 000 - 11 999
 7) 12 000 - 13 499
 8) 13 500 - 14 999
 9) 15 000 - 16 999
 10) 17 000 - 19 999
 11) 20 000 - 24 999
 12) 25 000 - 29 999
 13) 30 000 - 34 999
 14) 35 000 - 39 999
 15) 40 000 - 49 999
 16) 50 000 - 59 999
 17) 60 000 a více
 97) *Odmítl*
 98) *Neví*
 99) *Neodpověděl/a*

S25. Jaký je průměrný celkový čistý měsíční příjem Vaší domácnosti? Myslíme tím příjmy a důchody všech osob ve Vaší domácnosti po odečtení daní a dále všechny sociální dávky, přídatky a doplňkové příjmy po zdanění.
POKYN: PŘEDLOŽTE KARTU 28 A VYZNAČTE POUZE JEDINOU ODPOVĚĎ.

- 1) méně než 8 000
 2) 8 000 - 9 999
 3) 10 000 - 11 999
 4) 12 000 - 13 999
 5) 14 000 - 15 999
 6) 16 000 - 17 999
 7) 18 000 - 19 999
 8) 20 000 - 22 999
 9) 23 000 - 25 999
 10) 26 000 - 29 999
 11) 30 000 - 34 999
 12) 35 000 - 39 999
 13) 40 000 - 49 999
 14) 50 000 - 59 999
 15) 60 000 - 74 999
 16) 75 000 - 89 999
 17) 90 000 a více
 97) *Odmítl*
 98) *Neví*

S26. Do které z následujících společenských skupin či tříd byste se sám/a zařadil/a?

POKYN: PŘEDLOŽTE KARTU 29 A VYZNAČTE POUZE JEDNU MOŽNOST!

- | Nižší třída
1 | Dělnická třída
2 | Nižší střední třída
3 | Střední třída
4 | Vyšší střední třída
5 | Vyšší třída
6 | Neví
8 | Neodpověděl/a
9 | Žádná z těchto tříd
0 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

S27. V naší společnosti jsou skupiny, kterým je přisuzováno vysoké sociální postavení a naopak skupiny s nízkým sociálním postavením. Kam byste se Vy osobně zařadil/a na následující škále?

POKYN: PŘEDLOŽTE KARTU 30 A VYZNAČTE JEDNU ODPOVĚĎ!

- | Nízké sociální postavení | | | | | | | Vysoké sociální postavení | | | Neví | Neodpověděl/a |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 98 | 99 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Osobní a rodinné rizikové faktory, podílející se na Vašem onemocnění CMP

Jako např. krevní tlak, cukrovka, cévní mozková příhoda, srdeční infarkt

Rodinná anamnéza se týká členů rodiny dotazovaného – otce, matky, bratrů a sester. Pro každého člena rodiny je sledován výskyt několika nemocí. Jde o informace o živých i mrtvých členech rodiny.

V případě kladné odpovědi, uveďte křížek do příslušného políčka

Tab. č. 1 Vlastní údaje o dotazovaném a o jeho sourozencích, týkající se rizikových onemocnění

Kód	Název nemoci	Dotazovaný	Sourozenec 1	Sourozenec 2	Sourozenec 3	Sourozenec 4	Sourozenec 5
1	Angina pectoris						
2	Srdeční infarkt						
3	Vysoký krevní tlak						
4	Cukrovka						
5	Cévní mozková příhoda (CMP)						
6	Ostatní nemoci						
7	Zdravý						
8	Neví						

Tab. č. 2 Údaje o rodičích dotazovaného, případně o prarodičích a dalších sourozencích, v případě úmrtí – jaká byla příčina jejich úmrtí?

Kód	Název nemoci	Matka	Otec	Sourozenec 1	Sourozenec 2	Sourozenec 3	Sourozenec 4
1	Angina pectoris						
2	Srdeční infarkt						
3	Vysoký krevní tlak						
4	Cukrovka						
5	Cévní mozková příhoda (CMP)						
6	Ostatní nemoci						
7	Zdravý						
8	Neví						

	Příčina úmrtí						
9	Srdeční infarkt						
10	Cévní mozková příhoda						
11	Ostatní						
	Jakého věku se dožili?						
12	Méně než 55						
13	56 až 65						
14	Více než 65						

Tab. č 3 Jak probíhala kontrola ,Vašich rizikových onemocnění před vznikem cévní mozkové příhody? V případě kladné odpovědi udělte do příslušného okénka křížek.

	Angina pectoris	Srdeční infarkt	Cukrovka	Vysoký krevní tlak	Nadváha obezita	Cholesterol	Triglyceridy	Kód k nemoci
Léčen v nemocnici								1
Léčen u praktického lékaře								2
Léčen u ambul. specialisty								3
Pravidelně zván na kontroly								4
dieta								5
Pohyb, sport								6
Nic jsem neřešil								7
Žádný pohyb								8
Danou nemoc se mi dařilo kontrolovat, zvládat								9

3. Váš životní styl, životospráva – před onemocněním

3.1 Pro některé lidi je zdraví absolutní prioritou, a také se podle toho chovají, nekouří, nepijí, dodržují životosprávu, sportují atd. Pro jiné je zdraví také důležité, ale z nějaké té skleničky, cigarety a dalších přestupků proti zásadám správné životosprávy si nedělají těžkou hlavu. Jak je tomu u Vás?

Předložte dotázanému stupnici, kde její krajní body představují extrémní varianty postojů a vyzvěte ho, aby sám označil svůj postoj ke správné životosprávě.

Zdraví je pro mě absolutní prioritou, a také se podle toho chovám

Zdraví je pro mě důležité, ale z nedodržování zásad životosprávy si nedělám těžkou hlavu

neodpověděl

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zakroužkujte na výše uvedené stupnici Vámi vybranou číselnou hodnotu.

3.2 Kouření

MNOŽSTVÍ denně vykouřených cigaret		
Kód	Význam	
1	Nekuřák	
2	Kuřák cigaret: 1-4 cig./den	
3	Kuřák cigaret: 5-14 cig./den	
4	Kuřák cigaret: 15-20 cig./den	
5	Kuřák cigaret: 21 a více cig./den	
6	Kuřák doutníků nebo dýmky	
13	Neudáno	

Délka kouření		
Kód	Význam	
7	do 5 roků	
8	6-10 roků	
9	11-20 roků	
10	21 a více roků	
	prázdný údaj v matici dat	

V PŘÍPADĚ, ŽE JSTE bývalý kuřák – KOLIK ROKŮ JIŽ NEKOUŘÍTE?		
Kód	Význam	
11	Méně než 1 rok	
12	Více než 1 rok	

3.3 Spotřeba kávy, čaje a cukru

KÁVA – denní spotřeba kávy		
Kód	Význam	
1	Nepiji	
2	1–2 šálky	
3	3 a více šálků	
7	neudáno	

ČAJ – denní spotřeba čaje		
Kód	Význam	
4	Nepiji	
5	1–2 šálky	
6	3 a více šálků	
7	Neudáno	

3.4 KOLIK KOSTEK CUKRU JSTE SPOTŘEBOVAL(A) DENNĚ PŘED VZNIKEM ONEMOCNĚNÍ CMP?.....

3.5 Jaká byla vaše váha před onemocněním?.....kg

3.6 Jaká je Vaše výška?cm

3.7 Jaký byl váš obvod v pase před onemocněním?.....cm

3.8 Pohybové aktivity, sport, nebo naopak nečinnost

Zaškrtněte v případě kladné odpovědi:

- Jízda na kole
- Chůze (vycházky, pěší turistika)
- Tenis
- Pink-pong
- Squash
- Zimní sporty
- Jiné
- Žádné, nepohyboval jsem se

4. Vaše informovanost o významu životního stylu a kontroly rizikových onemocnění před vznikem Vašeho onemocnění CMP

4.1 Rizika životního stylu a riziková onemocnění, zakřížkujte ve sloupci ano, jestliže jste byli informováni o příslušném riziku životního stylu a nemoci

Faktory životního styl	Ano	kód
Kouření		
Káva		
Čaj		
Přejídání se		
Nedostatečný pohyb		
Stres		
Riziková onemocnění		
Ateroskleróza tepen		
Zvýšený cholesterol		
Zvýšené triglyceridy		
Srdeční infarkt		
Vysoký krevní tlak		
Cukrovka		

4.2 Z jakých zdrojů jste získal nejlepší informace (zakřížkujte v druhém sloupci v případě, že ano)

Zdroj informací	Ano	kód
Škola		
Rodina		
Přátelé		
Lékaři		
Televize		
Noviny		
Časopisy		
Knihy		
Informační letáky		

5. Průběh Vašeho onemocnění CMP a jeho bezprostřední léčba

5.1 Kdy u Vás poprvé došlo k projevům CMP?

Rok	
-----	--

5.2 Byl/a jste do nemocnice odvezen/a záchrannou službou? ANO - NE

5.3 Víte, jak dlouho trvalo (v hodinách a minutách), než jste byl/a přijat/a do nemocnice?

5.4 Jak dlouho jste byl hospitalizován v nemocnici?

Počet dnů hospitalizace v nemocnici	
Na jakém oddělení? (zakroužkujte)	Interní Neurologie ...Specializovaná jednotka intenzivní péče

6. Průběh bezprostřední následné lůžkové léčby po propuštění z nemocnice

6.1 Byl/a jste po propuštění z nemocnice ještě dále léčen/a v zařízení pro dlouhodobou lůžkovou péči (v nemocnici následné péče)?

ANO NE

6.2 Jak dlouho? (kolik dnů?):

6.3 Měl/a jste možnost rehabilitovat?

ANO NE

6.4 Zlepšil se Váš celkový zdravotní stav během této následné lůžkové péče?

ANO NE

6.5 Byl/a jste při propuštění z následné léčby informován/a o rizikových faktorech a o vhodném způsobu dalšího postupu?

ANO NE

7. Kvalita následné lůžkové péče po propuštění z nemocnice

7.1 Nastaly u Vás v průběhu léčby nějaké nové komplikace? Jaké?

7.2 Setkal/a jste se při pobytu ve zdravotnickém zařízení s problémy při této následné lůžkové péči? S jakými?

7.3 Uveďte, čeho jste se nejvíce bál/a.

7.4 Uveďte, co Vám dělalo největší potíže v průběhu léčby.

8. Průběh Vaší další ambulantní léčby u Vašeho praktického lékaře a ambulantních specialistů (např. neurolog, internista)

8.1 Věděl/a jste, na koho se obrátit se svými potížemi po propuštění z lůžkové léčby?

ANO NE

8.2 Měl/a jste v tomto období psychické potíže (nespavost, deprese, nervozita)?

ANO NE

8.3 Bylo nutné, abyste se léčil/a s pomocí psychiatra, psychologa?

ANO NE

8.4 Bral/a jste nějaké léky na řešení psychických potíží (např. antidepresiva)? ANO NE

8.5 Byl/a jste pravidelně zván/a Vaším PL nebo specialistou na kontroly (co bylo obsahem kontrol)? ANO NE

8.6 Stal/a jste se členem nějakého sdružení podobně postižených pacientů? ANO NE

8.7 Pomohli Vám členové Vaší vlastní rodiny? ANO NE

8.8 Musel/a jste být znovu hospitalizován/a pro CMP? ANO NE

8.9 Měl/a jste možnost dále provádět ambulantní rehabilitační léčbu? ANO NE

8.10 Měl/a jste problém s dostupností potřebných léčiv? ANO NE

8.11 Uveďte (vypište), kdo Vám dle Vašeho názoru nejvíce pomohl v překonávání Vašich potíží (lékař - který? PL, v nemocnici, v LDN, RHB, specialista, rodina, příbuzní, přátelé)?

8.12 Uveďte (vypište), kdo nebo co Vás naopak nejvíce zklamalo?

9. Další otázky se budou týkat Vašeho současného zdravotního stavu, současné zdravotní péče a Vaší spokojenosti se životem

9.1 Jaký je Váš aktuální zdravotní stav?

Zaškrtnutím jednoho okénka v každé níže uvedené skupině uveďte, prosím, prohlášení, které nejlépe popisuje Váš dnešní zdravotní stav.

Pohyblivost

- Chůze mi nečiní žádné potíže
- Mám určité potíže s chůzí
- Jsem upoután(a) na lůžko

Sebeobsluha

- S péčí o sebe nemám žádné potíže
- Mytí či oblékání mi činí určité potíže
- Nejsem schopen(na) se sám(a) umýt či obléct

Obvyklá činnost (např. práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti)

- Nemám žádné problémy se svou obvyklou činností
- S vykonáváním svých obvyklých činností mám určité problémy
- Nejsem schopen(a) vykonávat své obvyklé činnosti

Bolest/obtíže

- nemám žádnou bolest či obtíže
- mám středně závažné bolesti nebo obtíže
- mám extrémní bolesti nebo obtíže

Úzkost/deprese

- Nejsem úzkostný(á) ani depresivní
- Jsem středně úzkostný(á) či depresivní
- Jsem extrémně úzkostný(á) či depresivní

Abychom pomohli lidem vyjádřit jak dobrý nebo špatný je jejich zdravotní stav, namalovali jsme stupnici (na způsob teploměru), kde 100 odpovídá nejlepšímu stavu, jaký si lze představit, a 0 nejhoršímu stavu, jaký si lze představit.

Chtěli bychom Vás požádat, abyste na této stupnici vyznačili, jak dobrý nebo špatný je podle Vašeho názoru Váš dnešní zdravotní stav. Prosím, namalujte čáru od níže uvedeného obdélníku k libovolnému bodu na stupnici, který určuje jak dobrý nebo špatný je Váš současný zdravotní stav.

**Váš zdravotní
stav dnes**

nejlepší
představitelný
zdravotní stav

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

nejhorší
představitelný
zdravotní stav

**9.2 Jak jste v současnosti schop(en/na) zvládat následující každodenní činnosti?
BARTELŮV test běžných denních činností**

Zakroužkujte u každé z 10 aktivit příslušnou bodovou hodnotu v posledním sloupci vpravo

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

9.3 Jak jste spokojen/á s vlastním životem?

Níže je uvedeno pět vět, s nimiž můžete souhlasit nebo nesouhlasit. Pomocí čísel 1-7 vyjádřete stupeň svého souhlasu nebo nesouhlasu s každým tvrzením. Buďte, prosím, otevření a upřímní. Sedmibodová stupnice je následující:

- 1 rozhodně nesouhlasím
- 2 nesouhlasím
- 3 spíše nesouhlasím
- 4 nemohu se rozhodnout
- 5 spíše souhlasím
- 6 souhlasím
- 7 rozhodně souhlasím

A) Téměř vždy se můj způsob života shoduje s mým ideálem.	1	2	3	4	5	6	7
B) Podmínky mého života jsou vynikající.	1	2	3	4	5	6	7
C) Jsem se svým životem spokojený/á.	1	2	3	4	5	6	7
D) Dostal/a jsem od života téměř vše, co jsem chtěl/a.	1	2	3	4	5	6	7
E) Kdybych mohl/a žít svůj život znovu, téměř nic bych neměnil/a.	1	2	3	4	5	6	7

9.4 Trpíte v současné době ještě nějakou další chorobou (chorobami), pro kterou se dlouhodobě léčíte? Jestliže ano, vypište, o jakou chorobu se jedná.

.....

.....

.....

10. Váš současný životní styl a životospráva – co se změnilo oproti stavu před onemocněním?

10.1 Pro některé lidi je zdraví absolutní prioritou a také se podle toho chovají, nekouří, nepijí, dodržují životosprávu, sportují, atd. Pro jiné je zdraví také důležité, ale z nějaké té skleničky, cigarety a dalších přestupků proti zásadám správné životosprávy si nedělají těžkou hlavu. Jak je tomu u Vás?

Předložte dotázanému stupnici, kde její krajní body představují extrémní varianty postojů a vyzvěte ho, aby sám označil svůj postoj ke správné životosprávě.

Zdraví je pro mě absolutní prioritou a také se podle toho chovám

Zdraví je pro mě důležité, ale z nedodržování zásad životosprávy si nedělám těžkou hlavu

neodpověděl

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10.2 Kouření

KOUŘENÍ		Počet pacientů
Kód	Význam	
1	Nekuřák	
2	Kuřák cigaret: 1-4 cig./den	
3	Kuřák cigaret: 5-14 cig./den	
4	Kuřák cigaret: 15-20 cig./den	
5	Kuřák cigaret: 21 a více cig./den	
6	Kuřák doutníků nebo dýmky	
13	Neudáno	

Délka kouření		Počet pacientů
Kód	Význam	
7	do 5 roků	
8	6-10 roků	
9	11-20 roků	
10	21 a více roků	
	prázdný údaj v matici dat	

Bývalý kuřák		Počet pacientů
Kód	Význam	
11	Méně než 1 rok	
12	více než 1 rok	
	prázdný údaj = přestal kouřit před kratší/delší dobou než 1 rok	

10.3 Spotřeba kávy, čaje a cukru

KÁVA – denní spotřeba kávy		Počet pacientů
Kód	Význam	
1	Nepiji	
2	1–2 šálky	
3	3 a více šálky	
7	neudáno	

ČAJ – denní spotřeba čaje		Počet pacientů
Kód	Význam	
4	Nepiji	
5	1–2 šálky	
6	3 a více šálky	
7	Neudáno	

10.4 Jaká je Vaše váha nyní?kg

10.5 Uveďte Váš obvod v pase (pokud jej víte).cm

10.6 Dodržujete dietu? ANO NE

10.7 Jste osobně psychicky vyrovnáni se změnou svého zdravotního stavu? ANO NE

11. Problémy v současné péči o pacienty po CMP v ČR

11.1 Napište prosím stručně, v čem spatřujete podle vás problémy v současné péči o pacienty po CMP v ČR.

Děkujeme za spolupráci!