

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Filipová** Jméno: **Kateřina** Osobní číslo: **405501**
 Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
 Studijní program: **Biomedicínská a klinická technika**
 Studijní obor: **Systemová integrace procesů ve zdravotnictví**
 Název práce: **Kvalita života u lidí po CMP při vybavení ortotickou pomůckou a bez ní**

II. HODNOCENÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Kritéria hodnocení práce		Počet bodů
1.	<p>Splnění cíle a vhodnost struktury obsahu diplomové práce z hlediska zadaného tématu (splnění zadání). (0 – 30)*</p> <p>Každá část či věta ze zadání musí mít jasný odraz ve zpracované práci. Excelentně splněné zadání může být ohodnoceno maximálním počtem bodů. V poměru rozsahu části v zadání, která není zcela vhodně či úplně zpracována, se hodnocení odpovídajícím způsobem snižuje. Uvedení cíle v úvodu práce je povinné.</p>	29
2.	<p>Teoretická úroveň a využití dostupné literatury v diplomové práci. (0 – 30)*</p> <p>Oponent posuzuje relevantnost teoretické části k zadání, rozsah rešerší a systematické uspořádání zjištěných poznatků. Pokud převažuje doslovné převzetí textů, snižuje oponent hodnocení až o 15 bodů (přirozeně za předpokladu dodržení autorských práv). Důvodem pro snížení celkového hodnocení je dále nedostatečný výběr teoretických poznatků, literatury a zdrojů.</p>	20
3.	<p>Rozsah realizačních prací, aplikovaných vědomostí a znalostí, úroveň metodologického zpracování a závěrů práce. (0 – 30)*</p> <p>Maximální počet bodů lze udělit práci, která má praktický význam pro konkrétní organizaci a která je v ní realizovatelná. Rovněž práce, která má význam pro obohacení teoretických poznatků, může být ohodnocena maximálním počtem bodů. Tento aspekt posuzuje oponent zejména z hlediska vhodnosti k publikování. Za drobné metodologické nedostatky se hodnocení snižuje až o 5 bodů. Nekonzistentnost zpracování s teoretickými východisky a nejasný či ne zcela odborný metodologický přístup vede ke snížení minimálně o 15 bodů. Další snížení hodnocení lze udělit za nedostatečnou diskusi k závěrům. Celkem 30 bodů za velmi komplexní a bezchybnou práci včetně dalších aktivit jako je účast na vědecko-výzkumném projektu či grantu, aktivní účast na tvorbě publikací, patentů či užitečných vzorů.</p>	14
4.	<p>Formální náležitosti a úprava diplomové práce (úroveň psaní, označení struktury textu, grafy, tabulky, citace v textu, seznam použité literatury apod.). (0 – 10)*</p> <p>Oponent hodnotí formální náležitosti z pohledu dodržení pravidel o psaní, atributů závěrečných prací, tj. formátování textu, struktury práce, seznamu použité literatury, vybavenosti diplomové práce grafy a tabulkami, způsobu citování. Za nedodržení jednotlivých pravidel snižuje maximální hodnocení o 2 body za každý nerespektovaný atribut. Rovněž za výskyt gramatických chyb, překlepů a nevhodné stylistiky a terminologie se snižuje hodnocení o 2-4 body. V práci by se měla objevovat pouze standardní odborná terminologie a to zejména v českém jazyce (je třeba hodnotit schopnost vyjadřovat se technickým jazykem – 2 body), grafy jsou tvořeny podle zásad (viz tolerance a vliv statistického zpracování – 2 body), u grafů a tabulek jsou patřičné legendy a vše je čitelné (2 body), jsou dodržena citační pravidla podle ISO690-2 (2 body).</p>	8
5.	Celkový počet bodů	71

* Slovní hodnocení uveďte v komentáři.

III. NÁVRH OTÁZEK K OBHAJOBĚ

1. V práci jsem nenalezl žádné klinické hodnocení pacientů s ortézou a bez ortézy, předpokládám však, že vzhledem k variabilitě následků cévní mozkové příhody, nebyl jejich funkční deficit identický. Pokud tomu tak bylo, jak si vysvětlujete výsledek hodnocení, kdy pacienti s ortézou udávali vyšší kvalitu života, ačkoliv v odkazu na jednu ze studií udáváte opak?

2. Problémem mnoha dotazníků kvality života je z mého pohledu psychofyzický přístup k hodnocení, tedy efekt hodnotí sám pacient. Vzhledem k variabilitě a kolísavosti lidské psychiky a prožívání téhož problému za různých emočních okolností, a hlavně s ohledem na rozdílnou kognitivní úroveň pacientů po mozkové příhodě, myslíte si, že takové hodnocení může samo o sobě bez korelace s klinikou být zobecněno? Očekávala byste změnu svých závěrů při korelaci s klinickou stránkou pomocí kineziofyzických testů provedených fyzioterapeutem či ergoterapeutem?

3.

IV. CELKOVÉ HODNOCENÍ ÚROVNĚ VYPRACOVÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Hodnocení**:	A (výborně)	B (velmi dobře)	C (dobře)	D (uspokojivě)	E (dostatečně)	F (nedostatečně)
Počet bodů:	100 - 90	89 - 80	79 - 70	69 - 60	59 - 50	< 50
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** v případě hodnocení F (nedostatečně) uveďte podrobný komentář

Diplomovou práci hodnotím výše uvedeným klasifikačním stupněm a doporučuji/nedoporučuji k obhajobě.

V. KOMENTÁŘ

Ad 1)

Pokud vezmu v potaz formulaci zadání práce, pak studentka toto zadání splnila. Je však pravdou, že na základě zadání, nepovažuji možné vyvozovat uvedené závěry (viz bod Ad 3)), což mohlo být zmíněno.

(-1b)

Ad 2)

Definice cévní mozkové příhody v kapitole 2.1. nedává smysl díky poslední části věty, kde je napsáno „bez přítomnosti jiné zjevné vaskulární příčiny“ – chybí tam totiž slůvko než – bez přítomnosti jiné než zjevné cévní příčiny. Správnější je definice Cerebrovaskulární sekce české neurologické společnosti zní poslední část věty „pokud klinické, laboratorní a základní zobrazovací vyšetření nesvědčí pro jinou příčinu neurologického deficitu“, čili nikoliv nepřítomnost jiné zjevné vaskulární příčiny, ale nepřítomnost jiné zjevné neurologické příčiny je správnou podmínkou definice. Právě vaskulární příčina řadí příhodu poruchy funkce mozku mezi cévní mozkové příhody. Jedná se zřejmě o formální přehlédnutí při kontrole práce.

(-1b)

Rozdělení na ischemické příhody a hemoragické je principiálně správné, jen asi není možné uvádět exaktní procento jejich výskytu, řekněme že podle více zdrojů se procento ischemických příhod pohybuje mezi 80-85%, či mělo být uvedeno přibližně 80%, cca 80% apod.

(-2b)

Dále autorka uvádí, že „Ischemická cévní mozková příhoda může být způsobena uzávěrem mozkové tepny trombem či embolem. Může k ní dojít při lokálním snížení průtoku krve mozkiem.“ V rámci nelékařského oboru toto není chybou, ale příčin je mnohem více, ve druhé větě zřejmě chybí upřesňující spojka, pokud je myšlena věta samostatně, protože jinak k lokálnímu snížení průtoku krve u ischemií dochází vždy.

Autorka odkazuje na nutnost rychlé akutní péče v centru pro náhlé mozkové příhody a spojuje k přežití rychlou akutní péči s propojeností s dobrou rehabilitací. Zde se však jedná spíše o dvě fáze léčby, rychlá akutní péče má zabránit vzniku významnějšího poškození mozku a pokud je úspěšná a včas provedena, pak pacient již moc rehabilitaci nepotřebuje. Naopak tam, kde není akutní léčba úspěšná nastupuje v další fázi nutnost kvalitní rehabilitace. Program cerebrovaskulární péče je v ČR přesně definován od roku 2010. Z pohledu nelékařské profese,

Ize oba nedostatky prominout.

(- 0b)

Kapitola 2.3. Metody měření je naopak zpracována kvalitně, s jednoduchostí dává dobrý přehled.

Na straně 21 v rámci uvedené studie „Physical and Social Functioning After Stroke - comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36“ je uvedena věta „Použití ortézy a infarktového podtypu předního cirkulačního oběhu vedlo k výraznějšímu snížení kvality života“. Přiznám se, že vůbec nerozumím spojení těchto dvou faktorů a co touto větou mělo být řečeno. Pro metodiku práce bychom mohli vzít v potaz, že studie poukazuje na fakt, že použití ortézy zhoršuje kvalitu života, to další konstatování ale není pro práci relevantní.

(-2b)

Odkaz na navazující studii opouští téma ortéz, aby se v dalším odkazu opět vrátila ke studii hodnotící ortézy „The Effects of Peroneal Nerve Functional Electrical Stimulation Versus Ankle-Foot Orthosis in Patients With Chronic Stroke: A Randomized Controlled Trial“, nicméně v popisu výsledku studie je opomenuto, že rozdíl mezi skupinami s funkční elektrickou stimulací (WalkAid) a s AFO ortézou nebyl statisticky významný a studentka uvádí jen k práci se nevztahující pozitivní hodnocení funkční elektrické stimulace.

Výčet studií tak nesměřuje vždy jasně k cíli práce, totiž k hodnocení vztahu ortéza a kvalita života.

(-2b)

Z hlediska zadání práce v části 3.2. Náklady na poruchy mozku v České republice by práci mnohem lépe slušeno vyselektovat z daných dat a studií jen ta data, která se týkají cévních mozkových příhod. Je sice hezké konstatování „výskyt onemocnění mozku je velmi častý a postihuje více než polovinu veškeré populace. Náklady spojené s onemocněním mozku představují v Evropě i v jednotlivých zemích téměř 5 % HDP“, ale pokud chybí dovětek, že se jedná o všechna poškození mozku a chybí vyjmutí dat jen pro cévní mozkové příhody, jedná se o fakta s ohledem na téma práce zavádějící.

(-3b)

V kapitole 3.2.2. je správně v úvodu uvedena spolupráce mnoha odborností, v následujícím výčtu výkonů zdravotní péče však zůstaly opomenuty výkony rehabilitačního lékaře, logopeda i psychologa. Je ale pravdou, že v nákladových datech pojišťovny jsou uvedeny jako započtené. Naopak některé uvedené výkony ve vztahu k jejich indikaci v rehabilitaci cévní mozkové příhodě jsou hodně diskutabilní. S ohledem na nelékařský obor toto nehodnotím snížením hodnocení.

(- 0b)

Ad 3)

Samotné zpracování cíle práce, tedy nákladové efektivity a dalších závěrů se jeví dobré, je však otázkou, zda při daném zadání lze výsledky takto interpretovat bez korelace mezi klinickým nálezem a typem zvolené ortotické pomůcky a bez korelace klinických nálezů pacientů navzájem. Z práce nevím, zda dotazovaní pacienti byli z hlediska tíže svého deficitu vůbec porovnatelní? Také vidím jako problém porovnávat různé spektrum ortéz, respektive zase nevíme, o jaké ortézy se jednalo, nerovnováhu přináší i vyřazení hromadně vyráběných ortéz bez nutné úpravy apod. Určitě není možno po diplomové práci chtít všechny výše uvedené "problémy" řešit v praktické části práce, ani z pohledu zadání toto nebylo žádáno, ale právě proto zde snižuje kvalitu práce pouhé plnění zadání bez zamyšlení se nad těmito pochybnostmi nahodlávajícími základní hypotézu, v diskuzi měly být dle mě zmíněny. Zřejmě tak nebyla plně domyšlena metodika výběru pacientů pro hodnocení.

(-10b)

A výsledky hodnocení kvality života (kapitola 5.1.)? Upřímně při porovnávání skupiny, která ortézu vůbec nepotřebuje se skupinou, která ortotickou pomůcku potřebuje, bych čekal výsledek spíše opačný. Zdá se mi přirozené, že ortéza zlepší kvalitu života, ale ve vztahu ke kvalitě života jednoho a téhož pacienta bez pomůcky, protože zde budeme pracovat s identickou disabilitou. Ale jinak kvalitnější se mi jeví život našich pacientů, kteří pomůcku vůbec nepotřebují. Pokud bychom závěr práce zobecnili, pak všichni zdraví lidé, které vybavíme ortézou by měli pocítovat lepší kvalitu života, než ti zdraví, kteří ortézu nemají. To samozřejmě asi nebude pravda, a pokud v práci to tak vychází, poukazuje to spíše na nedostatek ve zdravotnickém systému. Jediným vysvětlením výsledku, které mě totiž napadá, je neadekvátní péče o pacienty, kdy ti, kteří nebyli ortézou vybaveni, jí měli mít indikovanou a chybí jim. Navíc i v teoretické části odkazuje studentka na studii „Physical and Social Functioning After Stroke - comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36“ a uvádí, že použití ortézy zhoršuje obecně kvalitu života. V diskuzi je pak pouze konstatován výsledek, ale opět mě chybí zamyšlení k tomuto výše uvedenému rozporu uváděného zhoršení v teoretické části u studie a uváděného zlepšení ve výsledku práce studentky.

(-6b)

Ad 4)

Ojediněle nalezeny gramatické chyby.

(-2b)

Jméno a příjmení: MUDr. Pavel Maršálek
Organizace: Krajská zdravotní a.s.
Kontaktní adresa:

Podpis:

Datum: