

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO CEVNÍ MOZKOVÉ
PŘÍHODĚ

Bakalářská práce

Autor práce: Anna Ondráčková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Chymová

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

| | |
|-----------------------------|---|
| Autor práce: | Anna Ondráčková |
| Studijní program: | Všeobecné ošetřovatelství |
| Garant studijního programu: | doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD. |
| Název práce: | Kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě |
| Vedoucí práce: | Mgr. Petra Chymová |
| Cíl práce: | Zhodnotit kvalitu života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě. |

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacientů po cévní mozkové příhodě. Cílem práce bylo zhodnotit kvalitu života těchto pacientů v oblasti fyzické, psychické a sociální. Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku onemocnění a jeho dopad na kvalitu života. Praktická část je zpracována formou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvořilo 104 respondentů. Výsledky ukazují, že cévní mozková příhoda má významný vliv na kvalitu života, zejména v oblasti fyzické soběstačnosti, psychického stavu a sociálních vztahů. U respondentů se vyskytují obtíže v běžných denních činnostech, únava a změny nálady. Výsledky poukazují na potřebu komplexní péče a podpory pacientů.

Klíčová slova

cévní mozková příhoda; fyzická soběstačnost; kvalita života; pacient; psychický stav; sociální vztahy

Abstract

The bachelor's thesis deals with the quality of life of patients after a stroke. The aim of the work was to evaluate the quality of life of these patients in the physical, psychological and social areas. The theoretical part focuses on the characteristics of the disease and its impact on the quality of life. The practical part is processed in the form of quantitative research using a questionnaire survey. The research group consisted of 104 respondents. The results show that a stroke has a significant impact on the quality of life, especially in the area of physical self-sufficiency, psychological state and social relationships. The respondents experience difficulties in normal daily activities, fatigue and mood changes. The results point to the need for comprehensive care and support for patients

Keywords

stroke; physical self-sufficiency; quality of life; patient; psychological state; social relationships

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 18. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce za vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této práce. Poděkování patří také mé rodině a blízkým za jejich podporu a trpělivost během studia. Dále děkuji všem respondentům, kteří se zapojili do výzkumného šetření a věnovali svůj čas vyplnění dotazníku.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Seznam grafů..... | 7 |
| Seznam zkratk..... | 8 |
| Úvod | 9 |
| 1 Současný stav problematiky..... | 10 |
| 1.1 Cévní mozková příhoda | 10 |
| 1.2 Rozdělení cévních mozkových příhod..... | 10 |
| 1.2.1 Ischemická cévní mozková příhoda | 11 |
| 1.2.2 Hemoragická cévní mozková příhoda | 11 |
| 1.3 Epidemiologie cévní mozkové příhody | 11 |
| 1.4 Etiologie cévní mozkové příhody..... | 12 |
| 1.5 Rizikové faktory | 12 |
| 1.5.1 Neovlivnitelné rizikové faktory..... | 13 |
| 1.5.2 Ovlivnitelné rizikové faktory..... | 13 |
| 1.6 Patofyziologie | 14 |
| 1.7 Klinické projevy..... | 15 |
| 1.7.1 Identifikace triáž pozitivního pacienta | 16 |
| 1.8 Diagnostika | 16 |
| 1.9 Léčba..... | 17 |
| 1.10 Následky cévní mozkové příhody | 18 |
| 1.10.1 Fyzické následky cévní mozkové příhody..... | 18 |
| 1.10.2 Psychické následky cévní mozkové příhody..... | 19 |
| 1.10.3 Sociální následky cévní mozkové příhody..... | 19 |
| 1.11 Kvalita života..... | 20 |
| 1.11.1 Faktory hodnotící kvalitu života po cévní mozkové příhodě | 20 |
| 1.11.2 Hodnocení kvality života | 20 |
| 1.12 Role všeobecné sestry v péči o pacienta po CMP..... | 21 |
| 2 Výzkumná část | 23 |
| 2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky | 23 |
| 2.2 Metodika výzkumu | 23 |
| 2.3 Charakteristika respondentů a místa výzkumného prostředí | 24 |
| 2.4 Průběh výzkumu | 24 |
| 2.5 Zpracování získaných dat..... | 24 |
| 2.6 Výsledky | 25 |
| 2.7 Diskuse..... | 34 |
| 2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi | 35 |
| Závěr..... | 36 |
| Seznam použité literatury | 37 |
| Přílohy..... | 39 |

Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf č. 1: Věk? | 25 |
| Graf č. 2: Pohlaví? | 25 |
| Graf č. 3: Jak dlouho uplynulo od Vaší cévní mozkové příhody? | 26 |
| Graf č. 4: Jaká je Vaše současná forma bydlení? | 26 |
| Graf č. 5: Jak zvládáte chůzi nebo pohyb po bytě/domě? | 27 |
| Graf č. 6: Jak zvládáte ostatní samoobslužné činnosti? | 27 |
| Graf č. 7: Jak zvládáte vykonávání běžných domácích prací? | 28 |
| Graf č. 8: Cítíte během dne zvýšenou únavu? | 28 |
| Graf č. 9: Připadáte si smutný/á nebo bez nálady? | 29 |
| Graf č. 10: Máte obavy z budoucnosti kvůli svému zdravotnímu stavu? | 29 |
| Graf č. 11: Máte pocit, že se hůře soustředíte nebo zapomínáte?..... | 30 |
| Graf č. 12: Cítíte se nervózní nebo napjatý/á? | 30 |
| Graf č. 13: Jste spokojený/á s množstvím kontaktu s rodinou a blízkými? | 31 |
| Graf č. 14: Jste spokojený/á s podporou, kterou od blízkých dostáváte? | 31 |
| Graf č. 15: Ovlivnila cévní mozková příhoda Vaši možnost být s lidmi, se kterými chcete být?.. | 32 |
| Graf č. 16: Do jaké míry ovlivnila cévní mozková příhoda kvalitu Vašeho života? | 32 |
| Graf č. 17: Jak se Vám daří přizpůsobit se životu po cévní mozkové příhodě? | 33 |
| Graf č. 18: Co je pro Vás v současné době po cévní mozkové příhodě nejobtížnější? | 33 |

Seznam zkratek

ADL – aktivity denního života

ATP – adenosintrifosfát

CMP – cévní mozková příhoda

CT – výpočetní tomografie

DASH – dietní přístup ke snížení hypertenze (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

EKG – elektrokardiografie

EQ-5D – standardizovaný dotazník kvality života

FAST – face, Arm, Speech, Time

HRQoL – kvalita života související se zdravím

NIHSS – National institutes of Health Stroke Scale

rtPA – Rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu

SF – 36 – Short Form – 36

SIS – Stroke Impact Scale

TIA – tranzitorní ischemická ataka

Úvod

Cévní mozková příhoda patří mezi závažná onemocnění, která výrazně ovlivňují život pacientů i jejich blízkých. Přestože se možnosti diagnostiky a léčby neustále zlepšují, mnoho pacientů se po prodělané příhodě potýká s dlouhodobými následky. Ty nezasahují pouze fyzické zdraví, ale ovlivňují také psychický stav a sociální fungování jedince.

Onemocnění často přináší náhlou změnu životní situace, na kterou se musí pacient i jeho okolí postupně adaptovat. Omezení soběstačnosti a ztráta dosavadních schopností mohou významně narušit běžné fungování i celkovou spokojenost se životem. Právě kvalita života se proto stává důležitým ukazatelem dopadu onemocnění i účinnosti následné péče.

Kvalita života představuje komplexní pojem zahrnující fyzickou, psychickou i sociální oblast. U pacientů po cévní mozkové příhodě bývá často dlouhodobě snížena a její hodnocení umožňuje lépe porozumět jejich potřebám i možnostem další podpory.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života pacientů po cévní mozkové příhodě. Teoretická část se věnuje charakteristice onemocnění a jeho dopadům na jednotlivé oblasti života. Praktická část je zaměřena na zjištění, jak pacienti hodnotí svou kvalitu života a které oblasti jsou tímto onemocněním nejvíce ovlivněny.

Cílem práce je zhodnotit kvalitu života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě. Na základě tohoto cíle byly stanoveny výzkumné otázky zaměřené na fyzickou soběstačnost, psychické obtíže a sociální oblast života pacientů.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část shrnuje základní poznatky o cévní mozkové příhodě a kvalitě života, praktická část se věnuje vlastnímu výzkumnému šetření.

Volba tématu souvisí nejen s jeho významem pro ošetřovatelskou praxi, ale také s tím, že se cévní mozková příhoda vyskytuje stále častěji a postihuje i osoby v mladším věku. V průběhu studia a odborných praxí jsem měla možnost setkat se s pacienty po cévní mozkové příhodě, u nichž bylo zřejmé, že onemocnění výrazně zasahuje do jejich každodenního života. Právě tato zkušenost vedla k zájmu o danou problematiku.

1 Současný stav problematiky

Cévní mozková příhoda (CMP) patří mezi závažná onemocnění, která výrazně ovlivňují celkový zdravotní stav a přinášejí dlouhodobé následky zasahující do každodenního života. Problematika je vysoce aktuální nejen z pohledu akutní léčby, ale především v oblasti následné péče a rekonvalescence, kdy dochází k zásadnímu ovlivnění fyzické, psychické i sociální sféry pacienta. Cévní mozková příhoda se dělí na ischemickou a hemoragickou formu, přičemž ischemická varianta představuje nejčastější typ tohoto onemocnění.

Následující kapitoly nabízejí ucelený přehled o charakteristice onemocnění, jeho epidemiologii, rizikových faktorech a patofyziologických mechanismech. Pozornost je věnována klinickým projevům, moderním diagnostickým postupům a metodám léčby, se zvláštním zřetelem na ischemickou formu. Závěr teoretické části se zaměřuje na specifické následky onemocnění, problematiku kvality života a nezastupitelnou roli všeobecné sestry v procesu péče.

1.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní neurologické onemocnění vznikající v důsledku náhlé poruchy mozkové cirkulace, při níž dochází k omezení nebo úplnému přerušení přívodu krve do určité oblasti mozku. Následkem tohoto procesu je poškození mozkové tkáně a rozvoj neurologického deficitu. Jedná se o stav bezprostředně ohrožující život, který vyžaduje rychlou diagnostiku a neodkladné zahájení léčby. CMP se rozděluje na ischemickou a hemoragickou formu. Ischemická forma, vznikající na podkladě uzávěru mozkové tepny, představuje přibližně 85–90 % všech případů, zatímco hemoragická forma je způsobena krvácením do mozkové tkáně nebo do subarachnoidálního prostoru (World Health Organization, 2025).

Cévní mozková příhoda patří mezi nejvýznamnější příčiny mortality a dlouhodobé invalidity a představuje závažný zdravotnický i společenský problém. Klinický průběh i následky jsou individuální a mohou významně ovlivnit kvalitu života pacientů. V souvislosti se stárnutím populace a zvyšujícím se výskytem rizikových faktorů, jako jsou obezita, fyzická inaktivita, arteriální hypertenze či diabetes mellitus, lze předpokládat další nárůst incidence tohoto onemocnění (Šedová a kol., 2023).

V České republice je péče o pacienty s CMP organizována prostřednictvím specializovaných cerebrovaskulárních center, která zajišťují komplexní diagnostiku a moderní léčebné postupy, zejména intravenózní trombolýzu a mechanickou trombektomii (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021). Kromě akutní léčby je klíčová také prevence zaměřená na eliminaci rizikových faktorů a podporu zdravého životního stylu. Významnou roli v primární, sekundární i terciární prevenci a v následné péči sehrává všeobecná sestra, která se podílí na edukaci pacientů, jejich motivaci ke změně životních návyků a na komplexní péči v rámci multidisciplinárního týmu (Šedová a kol., 2023).

1.2 Rozdělení cévních mozkových příhod

Cévní mozkové příhody se podle mechanismu vzniku rozdělují na dvě základní formy, a to ischemickou a hemoragickou. Samostatnou jednotku představuje také tranzitorní ischemická ataka (TIA), která je s cévní mozkovou příhodou úzce spojena a je považována za přechodnou

poruchu mozkové cirkulace bez trvalého poškození mozkové tkáně. Ischemická cévní mozková příhoda vzniká na podkladě uzávěru mozkové cévy a následného nedostatečného prokrvení části mozku, zatímco hemoragická forma je způsobena porušením cévní stěny a krvácením do mozkové tkáně nebo do prostoru mozkových obalů. Jednotlivé typy cévních mozkových příhod se liší mechanismem vzniku, klinickým průběhem i terapeutickým přístupem, proto jsou dále podrobněji popsány v následujících podkapitolách (Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

1.2.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Ischemická cévní mozková příhoda představuje náhle vzniklé ložiskové poškození mozkové tkáně trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí k úmrtí pacienta, pokud je vyloučena jiná příčina obtíží (Šaňák, 2011). Vzniká v důsledku uzávěru mozkové tepny trombem nebo embolem, který způsobí snížení nebo úplné přerušení průtoku krve do určité oblasti mozku a následný rozvoj mozkového infarktu. Nejčastěji dochází k poškození velkých mozkových tepen, zejména arteria cerebri media, méně často drobných perforujících tepen nebo přírodních krčních tepen. Nedostatečné zásobení mozkové tkáně kyslíkem a živinami vede k rozvoji ischemie a postupnému poškození nervových buněk, které se klinicky projevuje vznikem neurologického deficitu různého rozsahu. Ischemická cévní mozková příhoda je nejčastějším typem cévní mozkové příhody a tvoří přibližně 85–87 % všech případů. V ischemicky postižené oblasti vzniká jádro infarktu s nevratným poškozením tkáně a okolní oblast označovaná jako ischemická penumbra, jejíž tkáň může být při včasné zahájení léčby zachována, což významně ovlivňuje prognózu pacienta (Xu a kol., 2025).

1.2.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Hemoragická cévní mozková příhoda vzniká v důsledku ruptury mozkové cévy, která vede ke krvácení do mozkové tkáně nebo do prostoru mozkových obalů. Nejčastější formou je spontánní intracerebrální krvácení, při němž dochází k průniku krve do mozkového parenchymu a následnému poškození tkáně (Puy et al., 2024). Krvácení vede k tvorbě hematomu, který způsobuje tlak na okolní struktury a současně vyvolává rozvoj sekundárního poškození, například vznik perihematomálního edému. Mezi hlavní příčiny patří především arteriální hypertenze, cévní malformace nebo cerebrální amyloidní angiopatie. Hemoragická cévní mozková příhoda představuje závažný akutní neurologický stav spojený s vysokou mortalitou a rizikem trvalých následků. Vyžaduje rychlou diagnostiku pomocí zobrazovacích metod a neodkladné zahájení léčby zaměřené na stabilizaci pacienta a omezení dalšího krvácení (Puy a kol., 2024).

1.3 Epidemiologie cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody (CMP) představují celosvětově jednu z nejvýznamnějších příčin úmrtí a dlouhodobé disability populace. V současnosti zauímají druhé místo mezi příčinami úmrtí a třetí místo mezi příčinami trvalého zdravotního postižení. Podle údajů z roku 2019 bylo celosvětově zaznamenáno přibližně 12,2 milionu nových případů CMP, přičemž prevalence dosáhla 101 milionů osob a počet úmrtí činil přibližně 6,6 milionu. CMP tak představuje závažný zdravotnický i socioekonomický problém jak ve světě, tak i v České republice (Volný, 2025).

Mortalita pacientů s cévní mozkovou příhodou se pohybuje přibližně mezi 20–30 %, přičemž u hemoragických forem může dosahovat až 50 %. U značné části přeživších přetrvávají trvalé následky a více než třetina pacientů zůstává závislá na pomoci druhé osoby při běžných denních aktivitách. Pacienti po prodělané CMP se často potýkají také s dalšími zdravotními komplikacemi, zejména poruchami mobility, inkontinencí nebo psychickými obtížemi, včetně depresivních stavů (Kaňovský a kol., 2020). Výskyt CMP úzce souvisí především se stárnutím populace a představuje významnou zdravotnickou i socioekonomickou zátěž. Přestože ve vyspělých zemích dochází v posledních desetiletích k mírnému poklesu incidence, toto onemocnění nadále patří mezi závažná civilizační onemocnění. V České republice se incidence cévních mozkových příhod pohybuje kolem 241 případů na 100 000 obyvatel ročně, což odpovídá přibližně 24 100 pacientům ročně, přičemž převážnou část tvoří ischemické formy. Riziko vzniku CMP významně narůstá s věkem a je vyšší u mužů než u žen. Mezi hlavní rizikové faktory patří zejména arteriální hypertenze, diabetes mellitus, dyslipidemie, fibrilace síní, kouření, nadváha a nedostatek pohybové aktivity (Šedová a kol., 2023). Díky rozvoji sítě iktových center a zlepšení organizace zdravotní péče došlo v České republice v posledních dvou desetiletích k významnému snížení mortality i závažnosti následků CMP přibližně o 72 % (Volný, 2025).

1.4 Etiologie cévní mozkové příhody

Ke vzniku cévní mozkové příhody dochází v důsledku náhlé poruchy krevního zásobení mozkové tkáně nebo krvácení do mozku. Přibližně 85 % všech případů tvoří ischemické cévní mozkové příhody, které jsou nejčastěji způsobeny uzávěrem mozkové tepny na podkladě atherotrombózy nebo embolizace pocházející zejména z kardiovaskulárního systému. Následkem uzávěru cévy dochází k přerušení průtoku krve, nedostatečnému přívodu kyslíku a živin a k postupnému poškození až zániku nervových buněk v postižené oblasti. Přibližně 15 % případů tvoří hemoragické formy, které vznikají v důsledku ruptury mozkové cévy a následného krvácení do mozkové tkáně nebo do subarachnoidálního prostoru. Podle lokalizace krvácení se rozlišuje intracerebrální a subarachnoidální krvácení (Souček a Svačina, 2019).

Při ischemické cévní mozkové příhodě dochází k náhlému přerušení přívodu krve do určité oblasti mozku, což vede k rozvoji komplexních patofyziologických procesů. Oblast s nejzávažnějším nedostatkem prokrvení je označována jako ischemické jádro, ve kterém dochází k rychlému a nevratnému poškození buněk. Toto jádro je obklopeno tzv. ischemickou penumbrou, tedy oblastí potenciálně zachovatelné tkáně, která představuje hlavní cíl terapeutických intervencí v akutní fázi onemocnění. Nedostatek kyslíku a energie spouští kaskádu molekulárních a buněčných dějů vedoucích k rozvoji neurologických deficitů v závislosti na lokalizaci postižené oblasti. V ischemicky postižené tkáni dochází k celé řadě patologických změn, mezi které patří zejména neurozáněť, excitotoxicita, oxidační stres a mechanismy programované buněčné smrti, například apoptóza a autofagie. Vzájemné působení těchto procesů vede k progresi poškození tkáně a následné smrti neuronů (Salaudeen a kol., 2024).

1.5 Rizikové faktory

Cévní mozková příhoda patří mezi onemocnění, jejichž vznik je do značné míry ovlivnitelný. Identifikace a kontrola rizikových faktorů představuje zásadní součást primární i sekundární prevence a významně přispívá ke snížení incidence i recidivy onemocnění (Šedová a kol., 2023).

Rizikové faktory cévní mozkové příhody se tradičně dělí na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Zatímco některé faktory souvisejí především se životním stylem a zdravotním stavem jedince, jiné jsou dány biologickými a genetickými charakteristikami. Incidence onemocnění s věkem narůstá, avšak mladší věk nepředstavuje ochranný faktor. Významnou roli sehraává rovněž genetická predispozice, přičemž zvýšené riziko je spojeno s výskytem onemocnění u blízkých pokrevních příbuzných (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

1.5.1 Neovlivnitelné rizikové faktory

Mezi nemodifikovatelné rizikové faktory cévní mozkové příhody patří zejména věk, genetická predispozice, pohlaví a vybrané sociodemografické charakteristiky. Významným determinantem je věk, přičemž incidence cévní mozkové příhody s narůstajícím věkem stoupá. Onemocnění však nelze považovat výhradně za problém vyššího věku, neboť se vyskytuje i u osob mladších 65 let (American Stroke Association, 2025).

Dalším podstatným faktorem je pozitivní rodinná anamnéza. Zvýšené riziko je pozorováno u jedinců, jejichž blízcí příbuzní prodělali cévní mozkovou příhodu, zejména v nižším věku. V některých případech může být riziko podmíněno geneticky determinovanými onemocněními, například hereditární arteriopatií typu CADASIL, která vede k poruchám cerebrální perfuse (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Z hlediska pohlaví je výskyt cévní mozkové příhody častější u žen, které zároveň vykazují vyšší mortalitu. Tento rozdíl je částečně vysvětlován delší délkou života žen a přítomností specifických hormonálních a reprodukčních faktorů. Zvýšené riziko je spojeno například s těhotenstvím komplikovaným hypertenzí, anamnézou preeklampsie či eklampsie, gestačním diabetem, předčasnou menopauzou nebo hormonální terapií. U žen se navíc některé rizikové faktory, jako je migréna s aurou, fibrilace síní, arteriální hypertenze, diabetes mellitus či psychosociální stres, mohou vyskytovat častěji nebo mít výraznější dopad (Šedová a kol., 2023).

K významným faktorům patří rovněž prodělaná cévní mozková příhoda, tranzitorní ischemická ataka (TIA) nebo infarkt myokardu. Osoby s anamnézou CMP mají podstatně vyšší riziko recidivy. Podobně pacienti po TIA vykazují výrazně zvýšenou pravděpodobnost rozvoje plně vyjádřené cévní mozkové příhody. Také ischemická choroba srdeční a prodělaný infarkt myokardu jsou spojeny se zvýšeným rizikem vzniku CMP, zejména v důsledku aterosklerotických změn vedoucích k cévním uzávěrům (American Stroke Association, 2025).

1.5.2 Ovlivnitelné rizikové faktory

Mezi významné ovlivnitelné rizikové faktory cévní mozkové příhody patří především arteriální hypertenze, která je považována za nejzávažnější determinant vzniku CMP. S rostoucími hodnotami krevního tlaku se zvyšuje i riziko cévní mozkové příhody, neboť dlouhodobě neléčená hypertenze vede k poškození cévní stěny a podporuje rozvoj aterosklerotických změn. Hypertenze se může rozvinout v kterémkoli věku a bez adekvátní léčby významně zvyšuje riziko dalších kardiovaskulárních komplikací (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Dalším významným faktorem je fibrilace síní, která je spojena přibližně s pětinasobně vyšším rizikem vzniku cévní mozkové příhody ve srovnání s osobami bez této poruchy srdečního rytmu.

Nepravidelná srdeční aktivita podporuje tvorbu trombů, které mohou embolizovat do mozkových tepen. Zvýšené riziko je rovněž spojeno s ischemickou chorobou srdeční, srdečním selháním a dalšími strukturálními či funkčními poruchami srdce (American Stroke Association, 2025).

Aterosklerotické postižení cév představuje klíčový patofyziologický mechanismus vzniku ischemické CMP. Stenóza karotid, tedy zúžení krčních tepen, nejčastěji vzniká v důsledku ukládání aterosklerotických plátů a patří mezi časté příčiny mozkové ischemie. Hypercholesterolemie podporuje progresi aterosklerózy a zvyšuje riziko uzávěru mozkových i koronárních tepen. Farmakologická léčba dyslipidemie, zejména statiny, je proto významnou součástí prevence (American Stroke Association, 2025).

Diabetes mellitus představuje další významný rizikový faktor. Chronická hyperglykemie vede k poškození cév a urychluje aterosklerotické procesy. U osob s diabetem je riziko cévní mozkové příhody přibližně dvakrát až třikrát vyšší než u nediabetické populace (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Významnou roli hrají také behaviorální faktory, především kouření a nadměrná konzumace alkoholu. Kouření poškozuje cévní endotel, podporuje trombogenezi a výrazně zvyšuje riziko cévní mozkové příhody. Riziko je dále zvýšeno při současném užívání hormonální antikoncepce obsahující estrogen, zejména u mladých žen. Nadměrná konzumace alkoholu přispívá ke zvýšení krevního tlaku a dalším metabolickým poruchám, které riziko dále zvyšují (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Nadváha a obezita jsou spojeny se zvýšeným výskytem hypertenze, diabetu a dyslipidemie, které představují přímé rizikové faktory cévní mozkové příhody. Nedostatek pohybové aktivity podporuje rozvoj kardiovaskulárních onemocnění a aterosklerotických změn. Významný vliv má také způsob stravování – strava s vysokým obsahem nasycených tuků, trans-tuků a sodíku přispívá ke zvýšení krevního tlaku a hladiny cholesterolu, zatímco racionální stravovací modely, například středomořská dieta nebo dieta DASH, jsou spojeny se snížením kardiovaskulárního rizika (American Stroke Association, 2025).

Mezi další modifikovatelné faktory patří spánková apnoe, která je charakterizována opakovanými epizodami hypoxie a zvýšením krevního tlaku během spánku, a tím může přispívat ke vzniku první i opakované cévní mozkové příhody. Riziko je rovněž zvýšeno u osob s aterosklerotickým postižením karotických tepen, periferním arteriálním onemocněním a dalšími formami kardiovaskulárního onemocnění (American Stroke Association, 2025).

1.6 Patofyziologie

Patofyziologickým podkladem ischemické cévní mozkové příhody je přerušení průtoku krve mozkovými cévami, které vede k nedostatku kyslíku a glukózy. Následkem ischemie dochází k poruše syntézy adenosintrifosfátu (ATP) a vzniku energetického deficitu buněk. Energetické selhání způsobuje narušení iontové homeostázy a acidobazické rovnováhy, což vede k dalšímu prohlubování buněčného poškození. Tyto změny vyvolávají rozvoj mozkového edému, aktivaci neurozánětlivé odpovědi a následnou smrt nervových buněk, jejichž důsledkem jsou neurologické deficity odpovídající rozsahu postižené oblasti mozku (Qin a kol., 2022).

Ischemické poškození mozkové tkáně je výsledkem komplexního souboru mechanismů, mezi které patří zejména buněčná excitotoxicita, mitochondriální dysfunkce, rozvoj neurozánětu, porucha hematoencefalické bariéry a aktivace různých forem buněčné smrti. V průběhu těchto procesů dochází k aktivaci specifických signálních drah, které se podílejí na progresi tkáňového poškození a představují potenciální cíle terapeutických intervencí (Qin a kol., 2022).

K samotnému přerušení průtoku krve může docházet několika mechanismy. Jedním z nich je mozková trombóza, při níž obstrukce cévy brání přívodu krve do určité oblasti mozku. Nejčastější příčinou tohoto stavu je aterosklerotické postižení velkých mozkových tepen, přičemž podíl mohou mít také vaskulitidy nebo arteriální disekce (Lui, 2025). Dalším mechanismem je embolizace, kdy se krevní sraženina vytvoří mimo mozkové řečiště a následně je krevním proudem zanesena do mozkových tepen. Nejčastějším zdrojem embolů jsou srdeční dutiny nebo srdeční chlopně, například při fibrilaci síní. Méně často mohou být příčinou embolie žilního, septického, vzduchového či tukového původu (Lui, 2025).

Specifickou formu ischemické cévní mozkové příhody představují lakunární infarkty vznikající v subkortikálních oblastech mozku zásobovaných malými penetrujícími tepnami, které obvykle postrádají dostatečný kolaterální oběh. Základním patologickým podkladem je arterioloskleróza malých cév, často související s dlouhodobou hypertenzí, vyšším věkem, kouřením a diabetem mellitus (Lui, 2025).

1.7 Klinické projevy

Klinický obraz ischemické cévní mozkové příhody je značně variabilní a závisí na lokalizaci postižené mozkové oblasti, rozsahu ischemického poškození i rychlosti jeho rozvoje. Mezi typické varovné příznaky vyžadující neodkladnou intervenci patří náhle vzniklá jednostranná slabost nebo porucha citlivosti v obličeji či na končetinách, často doprovázená poruchou polykání a hypersalivací. Objevuje se rovněž akutní porucha řeči, dezorientace, zmatenost, porucha paměti, tachykardie a vzestup krevního tlaku. Častá je také náhle vzniklá porucha zraku, obtíže s chůzí, porucha rovnováhy či koordinace a intenzivní bolest hlavy bez zjevné příčiny (Souček a Svačina, 2019).

Z neurologického hlediska se cévní mozková příhoda manifestuje především poruchou hybnosti, nejčastěji ve formě hemiparézy, méně často monoparézy nebo vzácně kvadruparézy. Přítomny mohou být i jednostranné poruchy citlivosti, monokulární či binokulární ztráta zraku, výpadky zorného pole nebo diplopie. Mezi další projevy patří dysartrie či afázie, pokles koutku úst, ataxie, závratě (zřídka izolovaně) a náhlé snížení úrovně vědomí. Jednotlivé symptomy se mohou vyskytnout samostatně, avšak častěji se objevují v kombinaci v závislosti na rozsahu a lokalizaci postižení (Jauch a kol., 2024).

Pro další terapeutický postup je zásadní přesné stanovení času vzniku obtíží, zejména pokud je zvažováno podání fibrinolytické léčby. Klíčovým údajem je okamžik, kdy byl pacient naposledy bez neurologického deficitu, tedy tzv. „last known well“. V klinické praxi však často dochází k prodlevám mezi vznikem příznaků a přijetím do zdravotnického zařízení. Zpoždění může být způsobeno vznikem příhody během spánku (tzv. wake-up stroke), závažností postižení znemožňující pacientovi přivolat pomoc nebo nerozpoznáním symptomů pacientem či jeho okolím. Pokud jsou obtíže zjištěny až po probuzení, je za čas vzniku považován okamžik, kdy byl

pacient naposledy viděn bez příznaků. Pro jeho přesné určení je často nezbytná spolupráce rodiny či svědků události, zejména u pacientů s afázií nebo při postižení pravé hemisféry doprovázeném neglect syndromem (Jauch a kol., 2024).

1.7.1 Identifikace triáž pozitivního pacienta

Na základě výše uvedených klinických projevů je v přednemocniční i nemocniční péči zásadní jejich včasná identifikace. Za triáž pozitivního pacienta je považován jedinec, u něhož došlo k náhlému vzniku alespoň jednoho klinického příznaku akutní cévní mozkové příhody během posledních 48 hodin, a to včetně již odeznělých obtíží typických pro tranzitorní ischemickou ataku. Do této skupiny patří rovněž pacient s neznámým časem vzniku příznaků, který byl v posledních 48 hodinách prokazatelně bez neurologického deficitu. K rychlé orientační diagnostice hlavních příznaků CMP se využívá test FAST, zaměřený na posouzení hybnosti obličeje, slabosti horní končetiny, poruchy řeči a času vzniku obtíží (Peřan, Cmorej a Nesvadba, 2023).

Vyšetření spočívá ve zhodnocení asymetrie mimiky při úsměvu, sledování poklesu horní končetiny při jejím předpažení po dobu 10 sekund a posouzení srozumitelnosti řeči či schopnosti pojmenovávat předměty. Nedílnou součástí vyšetření je také kontrola glykémie k vyloučení hypoglykémie jako možné příčiny neurologických příznaků. V případě výrazného poklesu končetiny může být pacient označen jako FAST plus pozitivní, což může svědčit pro uzávěr velké mozkové tepny a je významné pro další směrování pacienta do specializovaného zdravotnického zařízení. Mezi další možné projevy patří náhle vzniklá porucha zraku, rovnováhy, vědomí nebo příznaky subarachnoidálního krvácení (Peřan, Cmorej a Nesvadba, 2023).

1.8 Diagnostika

Po přijetí pacienta s podezřením na cévní mozkovou příhodu (CMP) je nezbytné neprodleně zahájit diagnostický proces, protože prvních 4,5 hodiny od vzniku příznaků představuje terapeutické okno, během něhož lze účinně ovlivnit rozsah ischemického poškození mozkové tkáně. Včasná a přesná diagnostika je zásadní pro zahájení specifické léčby, zejména intravenózní trombolýzy, a významně ovlivňuje rozsah neurologického deficitu i dlouhodobou prognózu pacienta (Národní zdravotnický informační portál, 2021).

Základem diagnostiky je kombinace klinického a neurologického vyšetření spolu se zobrazovacími metodami. Klíčové je stanovení času vzniku obtíží, zhodnocení neurologického stavu pomocí škály NIHSS a zjištění případných kontraindikací trombolytické léčby, zejména užívání antikoagulační terapie či přítomnosti zvýšeného rizika krvácení (Souček a kol., 2022). Součástí vstupního vyšetření je monitorace vitálních funkcí, laboratorní vyšetření včetně krevního obrazu, koagulačních parametrů, glykemie a biochemických ukazatelů a EKG k odhalení případné srdeční arytmie (Národní zdravotnický informační portál, 2021).

Metodou první volby v akutní fázi je výpočetní tomografie (CT) mozku, která umožňuje rychle odlišit ischemickou a hemoragickou formu CMP a vyloučit intracerebrální krvácení. V indikovaných případech je toto vyšetření doplněno CT angiografií nebo perfuzním vyšetřením k posouzení uzávěru mozkové tepny a rozsahu ischemické penumbry (Souček a kol., 2022)

Magnetická rezonance poskytuje detailnější zobrazení mozkové tkáně, její využití je však omezeno dostupností a časovou náročností (Národní zdravotnický informační portál, 2021).

V rámci diferenciální diagnostiky je nutné odlišit CMP od jiných stavů s podobnou klinickou manifestací, například hypoglykémie, metabolických poruch, intoxikace, migrény, nádorových a infekčních onemocnění centrálního nervového systému či oběhových poruch. Správně a včasné vedený diagnostický postup je zásadní pro volbu optimální terapie a minimalizaci trvalých následků (Souček a kol., 2022).

1.9 Léčba

Léčba ischemické cévní mozkové příhody (CMP) je zásadně podmíněna časem od vzniku příznaků a etiologií onemocnění. V akutní fázi je rozhodující co nejrychlejší zahájení terapie, protože možnost reperfuze je časově omezená. U pacientů indikovaných k intravenózní trombolýze by interval mezi přijetím do nemocnice a zahájením léčby neměl přesáhnout 60 minut (Souček a kol., 2016).

Při podezření na CMP je nezbytné okamžitě aktivovat zdravotnickou záchrannou službu a zajistit transport pacienta do iktového nebo komplexního cerebrovaskulárního centra, kde je dostupná specializovaná péče včetně reperfuze terapie. Přednemocniční péče je zaměřena na stabilizaci vitálních funkcí, zajištění žilního vstupu, podporu dýchání a podání kyslíku při hypoxii. Úprava krevního tlaku je indikována pouze při výrazné hypertenzi nebo známkách orgánového selhání, přičemž jeho snižování musí být postupné (Souček a kol., 2016).

Po přijetí je pacient hospitalizován na iktové jednotce, kde probíhá kontinuální monitorování neurologického stavu a základních životních funkcí. Součástí komplexní péče je zajištění adekvátní oxygenace, stabilizace kardiovaskulárního systému a léčba přidružených onemocnění, zejména poruch srdečního rytmu. Důležitá je kontrola krevního tlaku, glykémie a tělesné teploty, protože hypertermie nad 37,5 °C je spojena s horší prognózou a vyžaduje léčbu. Současně je nutné zajistit dostatečnou hydrataci, korekci elektrolytů a časně zahájení rehabilitace (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021).

Základní specifickou léčbou ischemické CMP je reperfuze terapie, jejímž cílem je obnovení průtoku krve v uzavřené mozkové tepně. Standardní metodou je intravenózní trombolýza pomocí rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu (rtPA), která je indikována do 4,5 hodiny od vzniku příznaků (Souček a kol., 2016). Trombolýza může být podána systémově intravenózně nebo v odůvodněných případech intraarteriálně přímo do místa uzávěru. Před zahájením léčby je nezbytné zobrazovacím vyšetřením vyloučit intracerebrální krvácení, jelikož trombolýtická terapie je určena pouze pro ischemickou formu CMP. Mezi kontraindikace patří například nedávný chirurgický výkon, poruchy koagulace nebo alergie na podávanou látku. U rozsáhlých uzávěrů velkých mozkových tepen nemusí být samotná trombolýza dostatečně účinná (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021).

V těchto případech je indikována mechanická trombektomie, tedy endovaskulární odstranění trombu pomocí speciálních nástrojů, například stent-retrieverů. Tento výkon je nejčastěji prováděn do šesti hodin od vzniku příznaků, případně i v delším časovém okně na základě zobrazovacích kritérií (Souček a kol., 2016). Mechanická trombektomie je realizována ve specializovaných centrech a významně zvyšuje pravděpodobnost dobrého funkčního výsledku

a snižuje míru dlouhodobé disability. U vybraných pacientů s rozsáhlým mozkovým infarktem může být indikována dekompresní kraniektomie. Chirurgická léčba je rovněž nezbytná u některých hemoragických forem CMP nebo při rozvoji komplikací spojených se zvýšeným nitrolebním tlakem (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021).

Součástí komplexní péče je také sekundární prevence, jejímž cílem je snížení rizika recidivy. U pacientů po tranzitorní ischemické atace (TIA) nebo ischemické CMP je zahajována antiagregační léčba, například kyselinou acetylsalicylovou, případně antikoagulační terapie u pacientů s fibrilací síní. Dlouhodobá farmakoterapie je zaměřena na kontrolu arteriální hypertenze, diabetu mellitus, dyslipidemie a dalších rizikových faktorů. Systematická prevence komplikací a individualizovaná léčba jsou nedílnou součástí péče o pacienty po CMP (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021).

1.10 Následky cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda může vést k řadě následků, které vznikají v důsledku poškození mozkové tkáně. Po prodělaném iktu dochází ke změnám v aktivitě mozkové kůry nejen v oblasti přímo postižené lézí, ale také v kontralaterální hemisféře. Zvýšená aktivita se objevuje zejména ve vzdálenějších korových oblastech, například v premotorických, zrakových a řečových centrech, které jsou funkčně propojeny s postiženou motorickou oblastí. Tyto změny jsou považovány za kompenzační mechanismus organismu, který se snaží částečně nahradit funkci poškozených struktur. V důsledku postižení centrální nervové soustavy se u pacientů často objevují poruchy hybnosti, které mohou postihovat končetiny na jedné straně těla. Tyto poruchy jsou způsobeny narušením přenosu nervových impulsů z mozku do svalů. Proces obnovy hybnosti je individuální a může trvat několik měsíců (Šedová a kol., 2023).

1.10.1 Fyzické následky cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda vede k významným změnám v činnosti mozku. Studie využívající funkční magnetickou rezonanci ukazují, že po prodělané cévní mozkové příhodě dochází ke změnám korové aktivity nejen v oblasti přímo postižené lézí, ale také v kontralaterální hemisféře. Aktivita je zvýšena zejména ve vzdálenějších korových oblastech, především v premotorických, zrakových a řečových centrech, které jsou funkčně propojeny s motorickou kůrou postižené strany. Ke zvýšení aktivity dochází rovněž v oblastech nepostižené hemisféry (Navrátil a Šedivcová, 2023).

Tyto změny jsou považovány za kompenzační mechanismy, jejichž cílem je alespoň částečně nahradit funkci poškozené části mozku. Zvýšená aktivita byla zjištěna také v komisurálních spojích, které propojují obě mozkové hemisféry a mohou se podílet na náhradě funkcí postižených oblastí. Tyto adaptační procesy se objevují během několika týdnů po cévní mozkové příhodě a postupně se s odstupem několika měsíců snižují (Navrátil a Šedivcová, 2023).

Mezi časté fyzické následky patří poruchy hybnosti, které mohou postihovat horní i dolní končetiny na jedné straně těla. Tyto poruchy vznikají v důsledku poškození centrální nervové soustavy. Motoneurony horních končetin jsou ovlivňovány jak zkříženými, tak i nezkříženými nervovými vlákny, což znamená, že pokyny z nepostižené hemisféry mohou být do určité míry přenášeny i do končetiny na postižené straně. Proces obnovy hybnosti je dlouhodobý a může

trvat několik měsíců, přičemž rozsah funkčního zlepšení se u jednotlivých pacientů liší (Navrátil a Šedivcová, 2023).

1.10.2 Psychické následky cévní mozkové příhody

Cévní mozková příhoda představuje pro pacienta i jeho rodinu zásadní změnu životní situace, která není spojena pouze s fyzickými následky. V některých případech dochází také ke změnám psychického stavu pacienta. Náhlá ztráta dosavadních schopností, pocity bezmoci a nejistota týkající se budoucnosti mohou přispívat ke vzniku depresivních stavů. U pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě je navíc často obtížné rozlišit, zda se jedná pouze o přechodnou skleslost, nebo zda již došlo k rozvoji deprese. Z tohoto důvodu je důležité věnovat psychickému stavu pacientů zvýšenou pozornost, depresivním stavům předcházet a v případě jejich rozvoje zajistit odpovídající léčbu (Národní zdravotnický informační portál, 2024).

Psychické obtíže představují významný faktor ovlivňující kvalitu života po cévní mozkové příhodě. Deprese a úzkost patří mezi časté komplikace a jsou spojeny s horšími funkčními výsledky, vyšší mírou kognitivního postižení i nižší úrovní sociální podpory. Přítomnost těchto symptomů negativně ovlivňuje nejen psychický stav pacienta, ale také jeho fyzické fungování a schopnost zapojení do běžných aktivit (Katona a kol., 2022).

Proces rekonvalescence po CMP je dlouhodobý a může trvat měsíce až roky. Ačkoli se kvalita života může během prvních 6–12 měsíců rehabilitace postupně zlepšovat, ve srovnání se zdravou populací stejného věku zůstává hodnocení HRQoL u pacientů po CMP dlouhodobě nižší (Katona a kol., 2022).

1.10.3 Sociální následky cévní mozkové příhody

Omezení sociálních kontaktů, které často vyplývá z motorického nebo kognitivního postižení, může zhoršovat subjektivní vnímání životní spokojenosti. Kombinace fyzických následků onemocnění a psychologických dopadů vede ke snížení sociální participace a celkové životní spokojenosti (Katona a kol., 2022).

Rodinný stav představuje významný faktor, který může ovlivňovat míru sociální izolace u pacientů po cévní mozkové příhodě. Aktivní zapojení partnera nebo partnerky do procesu léčby a následné péče může pozitivně přispívat k posílení psychické odolnosti pacienta a ke zmírnění negativních emocí, a tím zároveň snižovat riziko sociální izolace. Partner či partnerka tak často zaujímá významnou roli při zvládnutí onemocnění a jeho následků. Důležitým faktorem ovlivňujícím míru sociální izolace je také sociální podpora. Vyšší úroveň sociální podpory je spojena s větším množstvím informací, emocionální podpory a dalších zdrojů, které společnost jednotlivci poskytuje. To může přispívat k lepší sociální integraci a vyšší míře sociální participace. Dostatečná podpora ze strany rodiny a sociálního okolí je proto významná při zvládnutí negativních emocí u pacientů po cévní mozkové příhodě. Současné poznatky o sociální podpoře u pacientů po cévní mozkové příhodě jsou však převážně založeny na průzkumných studiích. V budoucnu by proto bylo vhodné realizovat další intervenční výzkumy zaměřené na zlepšení sociální participace těchto pacientů (Li a kol., 2024).

1.11 Kvalita života

Cévní mozková příhoda (CMP) představuje závažné onemocnění s dlouhodobými následky, které významně ovlivňuje fyzické, psychické i sociální fungování jedince. Charakteristickým rysem CMP je její náhlý vznik a často výrazná změna zdravotního stavu, což zvyšuje zátěž nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho rodinu a širší sociální okolí. Důsledky onemocnění se v mnoha ohledech podobají jiným chronickým stavům, avšak jejich náhlost a rozsah činí situaci mimořádně náročnou (Elsevier, 2024). Pojem kvalita života je komplexní a nelze jej jednoznačně vymezit. Obecně je spojován se subjektivním pocitem spokojenosti, životní pohody a naplnění. V kontextu zdravotnictví však zahrnuje širší spektrum oblastí, mezi které patří fyzické zdraví, psychický stav, sociální vztahy, míra soběstačnosti a možnost zapojení do běžných denních aktivit. U osob po CMP dochází často k trvalým změnám životního stylu a mnozí pacienti již nevnímají svůj zdravotní stav jako plně uspokojivý (Elsevier, 2024). Kvalita života související se zdravím (HRQoL) odráží subjektivní hodnocení zdravotního stavu v návaznosti na fyzické, psychologické a sociální fungování jedince. Vzhledem k tomu, že CMP zásadně mění životní situaci pacienta, představuje hodnocení kvality života důležitou součást komplexního posouzení jeho zdravotního stavu a plánování další péče (Katona a kol., 2022).

1.11.1 Faktory hodnotící kvalitu života po cévní mozkové příhodě

Závažnost cévní mozkové příhody významně ovlivňuje míru soběstačnosti, mobilitu a schopnost vykonávat aktivity denního života (ADL). Přetrvávající neurologický deficit, poruchy mobility, komunikační obtíže, kognitivní dysfunkce či emoční labilita patří mezi hlavní faktory, které negativně ovlivňují hodnocení kvality života (Elsevier, 2024).

Za klíčový prediktor nižší kvality života je považována zejména závažnost neurologického postižení a celkový funkční stav pacienta. Osoby s těžším postižením, které jsou závislé na pomoci druhých nebo využívají kompenzační pomůcky, hodnotí svou situaci obvykle hůře. Mezi další významné faktory patří přetrvávající dysfunkce horní končetiny, přítomnost depresivních symptomů, úroveň vzdělání a míra sociální podpory. Některé studie rovněž uvádějí nižší hodnocení kvality života u žen, což může souviset s vyšším věkem či častějším osamělým bydlením (Elsevier, 2024).

CMP představuje rovněž významnou socioekonomickou zátěž. Následná invalidita může vést k dlouhodobé potřebě péče, omezení pracovního uplatnění a finančním obtížím. Pokud onemocnění postihne osobu v produktivním věku, může mít zásadní dopad nejen na její profesní život, ale i na celkovou životní perspektivu (Katona a kol., 2022).

1.11.2 Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života představuje důležitou součást komplexního posouzení pacienta po cévní mozkové příhodě. Nezahrnuje pouze objektivní zhodnocení neurologického deficitu a funkční soběstačnosti, ale také subjektivní vnímání zdravotního stavu, psychickou pohodu a míru sociálního začlenění. Právě tyto aspekty poskytují ucelenější pohled na dopad onemocnění na každodenní život pacienta a jeho celkovou spokojenost (Elsevier, 2024).

V České republice jsou pro posuzování HRQoL využívány především generické dotazníkové nástroje, zejména EQ-5D (EuroQol) a SF-36 (Short Form-36). Dotazník EQ-5D hodnotí pět

základních oblastí kvality života, konkrétně mobilitu, soběstačnost, běžné denní aktivity, bolest či diskomfort a úzkost/depresi, přičemž respondent u každé z nich volí míru obtíží. Součástí dotazníku je také vizuální analogová škála (VAS), na níž respondent subjektivně hodnotí svůj aktuální zdravotní stav na kontinuu od nejhoršího po nejlepší představitelný stav. Výhodou tohoto nástroje je jeho jednoduchost a možnost využití i prostřednictvím zástupného hodnocení (Elsevier, 2024).

Dotazník SF-36 hodnotí osm domén zdraví, které zahrnují fyzické fungování, omezení v důsledku fyzického i emočního stavu, bolest, vitalitu, sociální fungování a celkové vnímání zdraví. Každá z těchto domén je posuzována prostřednictvím souboru otázek, přičemž výsledky poskytují komplexní přehled o zdravotním stavu jedince. V českém prostředí je k dispozici validovaná verze tohoto nástroje, který je využíván zejména ve výzkumu a při komplexním hodnocení pacientů s chronickými onemocněními. Ze specifických nástrojů zaměřených na pacienty po cévní mozkové příhodě je využívána také škála Stroke Impact Scale (SIS), která hodnotí dopad onemocnění na různé oblasti života, například aktivity denního života, mobilitu, svalovou sílu, komunikaci a sociální participaci. Tento nástroj je v České republice používán především ve výzkumném a rehabilitačním kontextu (Elsevier, 2024).

1.12 Role všeobecné sestry v péči o pacienta po CMP

Všeobecná sestra představuje klíčovou součást rehabilitační péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. Díky své pozici zajišťuje nepřetržitou péči, poskytuje podporu, průběžně edukuje pacienta i jeho blízké a sleduje zdravotní stav. Současně se podílí na realizaci léčebných a rehabilitačních postupů a podporuje spolupráci v rámci interdisciplinárního týmu. Její role je komplexní a přizpůsobuje se aktuálním potřebám pacienta, jeho zdravotnímu stavu i průběhu rehabilitace (Šedová a kol., 2023).

Významnou součástí práce sestry je edukace pacientů a jejich rodin. Poskytuje informace o zdravotním stavu, průběhu onemocnění i možnostech léčby a zároveň připravuje rodinné příslušníky a pečovatele na aktivní zapojení do péče. Edukace zahrnuje také nácvik specifických dovedností podporujících samostatnost, například správné užívání léků nebo zvládnání běžných denních činností, jako je osobní hygiena či oblékání (Tanlaka a kol., 2023).

V průběhu rehabilitace dochází k postupnému obnovování a rozvoji dovedností, které je nutné pravidelně procvičovat a začleňovat do každodenního života. Sestra tento proces podporuje a napomáhá jeho efektivnímu využití v praxi. Navazuje přitom na práci dalších členů týmu, například fyzioterapeutů, ergoterapeutů či logopedů, a podílí se na upevňování získaných schopností (Tanlaka a kol., 2023). Současně jsou pacienti i jejich rodiny připravováni na život po propuštění z nemocnice a na změny v běžném fungování domácnosti (Šedová a kol., 2023).

Důležitou součástí péče je rovněž poskytování emocionální a psychosociální podpory. Sestra podporuje nejen pacienta, ale i jeho rodinu a pečovatele, kteří mohou situaci vnímat jako náročnou. Součástí této podpory je otevřená komunikace, vytváření prostoru pro sdílení pocitů a snaha porozumět individuálním potřebám. Pro kvalitní péči je zároveň nezbytné vnímat pacienta jako celek, včetně jeho preferencí, způsobů zvládnání stresu, rodinného zázemí a sociální podpory (Tanlaka a kol., 2023).

Sestra se také významně podílí na koordinaci péče a spolupráci s ostatními členy zdravotnického týmu. Zajišťuje organizaci jednotlivých aktivit, podporuje komunikaci mezi pacientem, rodinou a zdravotníky a podílí se na plánování péče. Rodinní příslušníci mohou poskytovat důležité informace o potřebách pacienta a aktivně se zapojit do jeho podpory, zejména u pacientů s komunikačními či kognitivními obtížemi. Sestra zároveň informuje tým o pokroku pacienta a upozorňuje na případné problémy související s jeho zdravotním, psychickým či sociálním stavem (Tanlaka a kol., 2023).

Prostřednictvím těchto činností přispívá všeobecná sestra k podpoře fyzického zotavení a rozvoji pohybových schopností (Šedová a kol., 2023). Zároveň se podílí na zlepšování kvality života pacienta, podporuje jeho samostatnost při vykonávání běžných denních aktivit a aktivní zapojení do rehabilitačního procesu (Tanlaka a kol., 2023).

2 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce navazuje na teoretickou část a zaměřuje se na kvalitu života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě. Hlavním cílem práce je zhodnocení kvality života těchto pacientů. Na základě stanoveného cíle byly formulovány výzkumné otázky zaměřené na jednotlivé oblasti kvality života, zejména na fyzické, psychické a sociální aspekty. Pro získání dat byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl výzkumu: Zhodnotit kvalitu života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě.

Výzkumná otázka č. 1: Jak pacienti po cévní mozkové příhodě hodnotí svou fyzickou soběstačnost a schopnost vykonávat běžné denní činnosti?

K výzkumné otázce se vztahují položky dotazníku č. 5, 6 a 7.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké psychické obtíže pacienti po cévní mozkové příhodě pociťují a jak často se vyskytují?

K výzkumné otázce se vztahují položky dotazníku č. 8, 9, 10, 11 a 12.

Výzkumná otázka č. 3: Jak pacienti po cévní mozkové příhodě vnímají dopad onemocnění na kvalitu svého života a sociální vztahy?

K výzkumné otázce se vztahují položky dotazníku č. 13, 14, 15, 16, 17 a 18.

2.2 Metodika výzkumu

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Jako technika sběru dat bylo využito dotazníkové šetření. Výzkumným nástrojem byl vlastní nestandardizovaný dotazník, který byl vytvořen pro účely této práce. Dotazník obsahoval celkem 18 otázek a byl zaměřen na hodnocení kvality života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě. Dotazník byl strukturován do několika oblastí. Úvodní část obsahovala identifikační otázky zaměřené na věk, pohlaví, dobu od prodělané cévní mozkové příhody a formu bydlení respondentů. Další část byla zaměřena na fyzickou oblast, konkrétně na úroveň soběstačnosti při chůzi, sebeobsluze a vykonávání běžných denních činností. Následující část se zaměřovala na psychickou oblast, zejména na výskyt únavy, změny nálady, obavy z budoucnosti, poruchy soustředění a pocity napětí. Poslední část dotazníku byla zaměřena na sociální oblast a celkové hodnocení kvality života, včetně kvality sociálních vztahů, vnímané podpory a schopnosti adaptace na život po cévní mozkové příhodě. Dotazník obsahoval převážně uzavřené otázky, u kterých respondenti vybírali z předem stanovených možností odpovědi. Ve dvou otázkách byla respondentům nabídnuta možnost vlastní odpovědi. U některých položek byly využity škálové odpovědi (např. nikdy – zřídka – občas – často – velmi často nebo bez potíží – s menšími obtížemi – s většími obtížemi – nezvládám). Jednotlivé položky dotazníku byly navrženy tak, aby odpovídaly stanoveným výzkumným otázkám. K první výzkumné otázce se vztahují položky č. 5, 6 a 7, které se zaměřují na fyzickou soběstačnost. Ke druhé výzkumné otázce se vztahují položky č. 8–12, které hodnotí psychický stav respondentů. Ke třetí výzkumné otázce se vztahují položky č. 13–18, které se týkají sociální oblasti a celkové kvality života. Sběr dat probíhal anonymně a účast respondentů byla dobrovolná.

2.3 Charakteristika respondentů a místa výzkumného prostředí

Výzkumný soubor tvořilo celkem 104 respondentů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Do výzkumu byli zařazeni respondenti bez ohledu na pohlaví či věk, přičemž podmínkou účasti bylo prodělání cévní mozkové příhody. Sběr dat probíhal kombinovanou formou, a to jak pomocí tištěné (papírové), tak elektronické verze dotazníku. Dotazník byl distribuován v čekárně u praktického lékaře, kde byl k dispozici v tištěné podobě a současně byl opatřen QR kódem, který umožňoval přístup k online verzi dotazníku. Další sběr dat probíhal v nemocničních zařízeních, konkrétně v Nemocnici Nové Město na Moravě a Nemocnici Jihlava, na odděleních neurologie, následné péče a rehabilitace, kde byli oslovení pacienti po cévní mozkové příhodě. Dotazníky byly respondentům předávány v tištěné podobě, přičemž i zde měli možnost využít QR kód pro vyplnění elektronické verze dotazníku. V některých případech byly dotazníky vyplňovány za asistence autorky práce. Současně byl dotazník šířen také online formou prostřednictvím sociálních sítí a internetových skupin zaměřených na problematiku cévní mozkové příhody, kde byl zveřejněn odkaz na jeho elektronickou verzi.

2.4 Průběh výzkumu

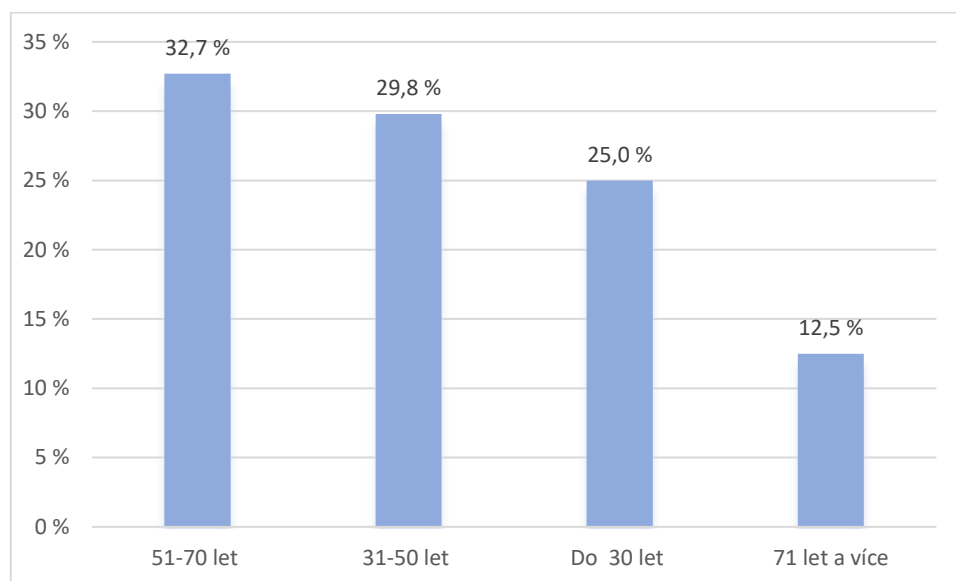
Sběr dat probíhal v období od prosince 2025 do března 2026. Před zahájením výzkumného šetření byly osloveny kompetentní osoby ve zdravotnických zařízeních, konkrétně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v nemocnicích a praktická lékařka. Tyto osoby byly kontaktovány prostřednictvím e-mailové komunikace a byl od nich získán souhlas se sběrem dat. Po udělení souhlasu byl realizován samotný sběr dat. Respondenti byli osloveni osobně ve zdravotnických zařízeních, kde jim byla nabídnuta možnost vyplnění tištěné verze dotazníku nebo využití elektronické verze prostřednictvím QR kódu. V některých případech byly dotazníky vyplňovány za asistence autorky práce. Elektronická forma dotazníku byla současně sdílena také prostřednictvím sociálních sítí a internetových skupin zaměřených na problematiku cévní mozkové příhody. Respondenti byli před vyplněním dotazníku informováni o účelu výzkumu. Vyplnění dotazníku bylo anonymní a dobrovolné.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníkového šetření byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel. Odpovědi respondentů byly přehledně uspořádány a následně vyhodnoceny pomocí absolutní a relativní četnosti (v procentech). Výsledky byly prezentovány formou grafů, především sloupcových, které umožňují přehledné znázornění jednotlivých odpovědí respondentů.

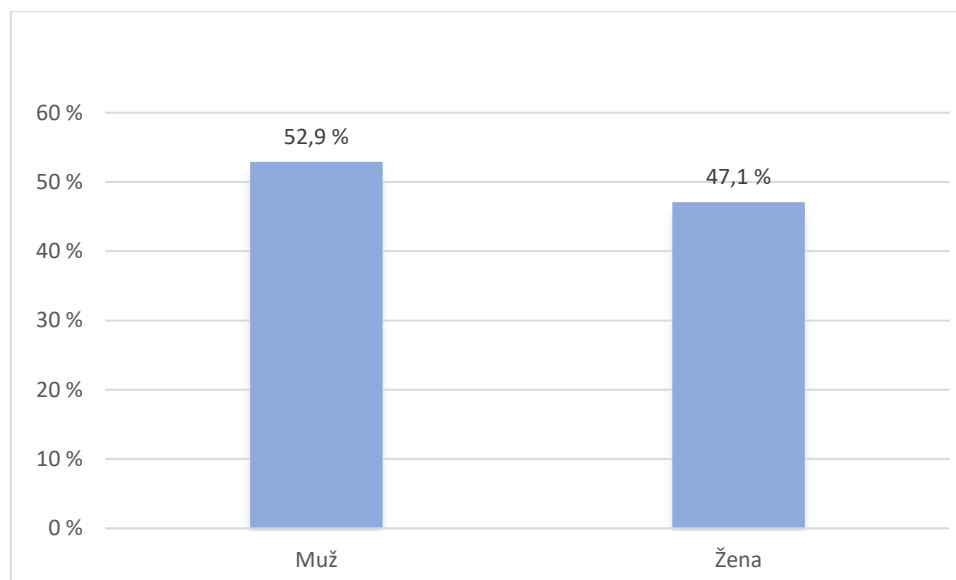
2.6 Výsledky

Graf. 1: Věk?



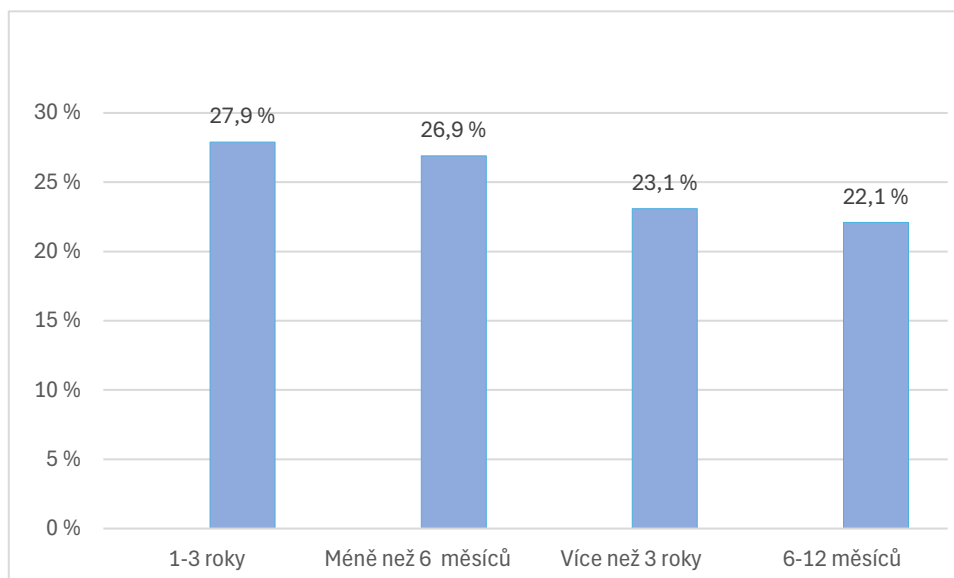
Největší zastoupení respondentů tvoří věková skupina 51–70 let (32,7 %). Následuje skupina ve věku 31–50 let s podílem 29,8 %, zatímco respondenti do 30 let představují 25 %. Nejmenší zastoupení mají respondenti ve věku 71 let a více (12,5 %). Celkově lze konstatovat, že ve výzkumném souboru převažují respondenti ve středním a vyšším věku.

Graf. 2: Pohlaví?



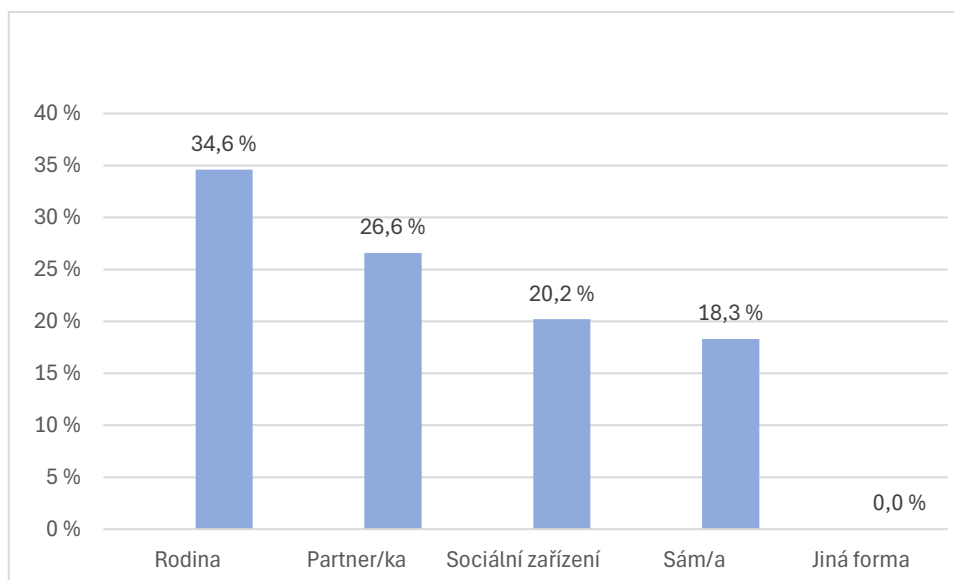
Muži tvoří 52,9 % respondentů, zatímco ženy představují 47,1 %. Zastoupení pohlaví je tak ve výzkumném souboru poměrně vyrovnané, s mírnou převahou mužů.

Graf. 3: Jak dlouho uplynulo od Vaší cévní mozkové příhody?



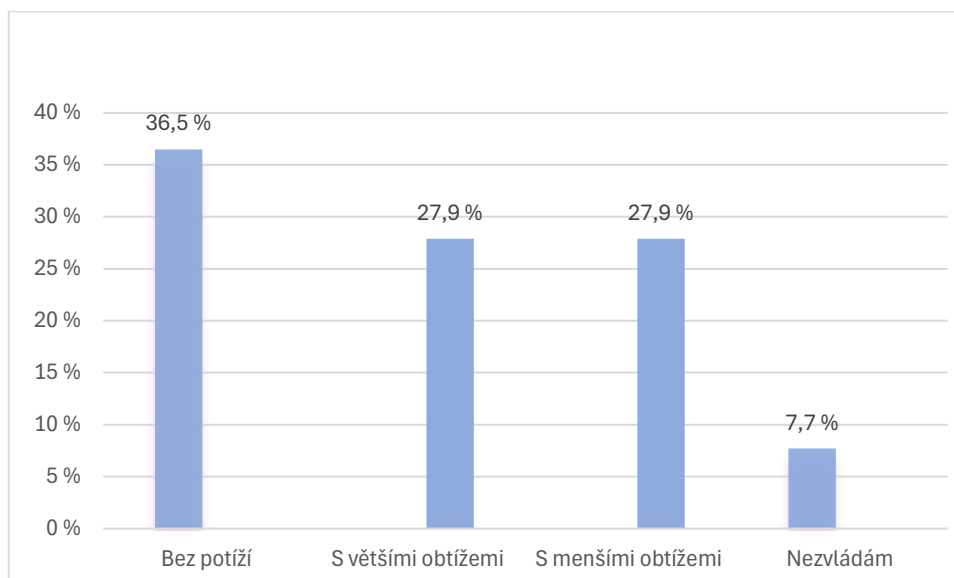
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, u nichž od cévní mozkové příhody uplynulo 1–3 roky (27,9 %). Významný podíl představují také respondenti s dobou kratší než 6 měsíců (26,9 %). O něco nižší zastoupení mají respondenti s odstupem delším než 3 roky (23,1 %), zatímco nejmenší podíl tvoří osoby s dobou 6–12 měsíců od cévní mozkové příhody (22,1 %). Celkově je zastoupení jednotlivých časových kategorií poměrně vyrovnané.

Graf. 4: Jaká je Vaše současná forma bydlení?



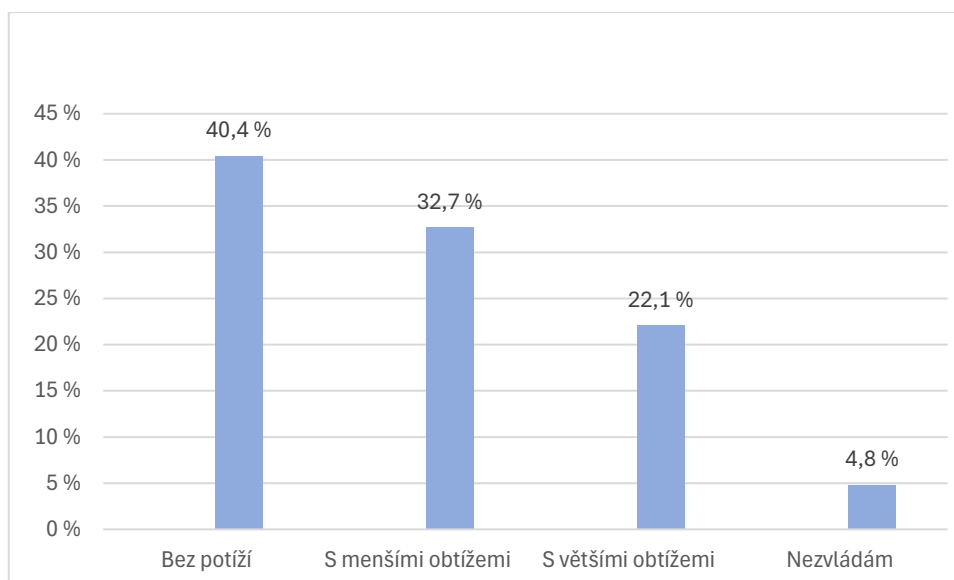
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby žijící s rodinou (děti, rodiče), a to 34,6 %. Následují respondenti žijící s partnerem či partnerkou (26,9 %). Menší podíl představují osoby žijící v domově pro seniory nebo jiném sociálním zařízení (20,2 %) a respondenti žijící sami (18,3 %). Možnost jiné formy bydlení nebyla ve výzkumném souboru zastoupena (0 %). Celkově lze konstatovat, že převažují respondenti žijící v rodinném prostředí.

Graf. 5: Jak zvládáte chůzi nebo pohyb po bytě/domě?



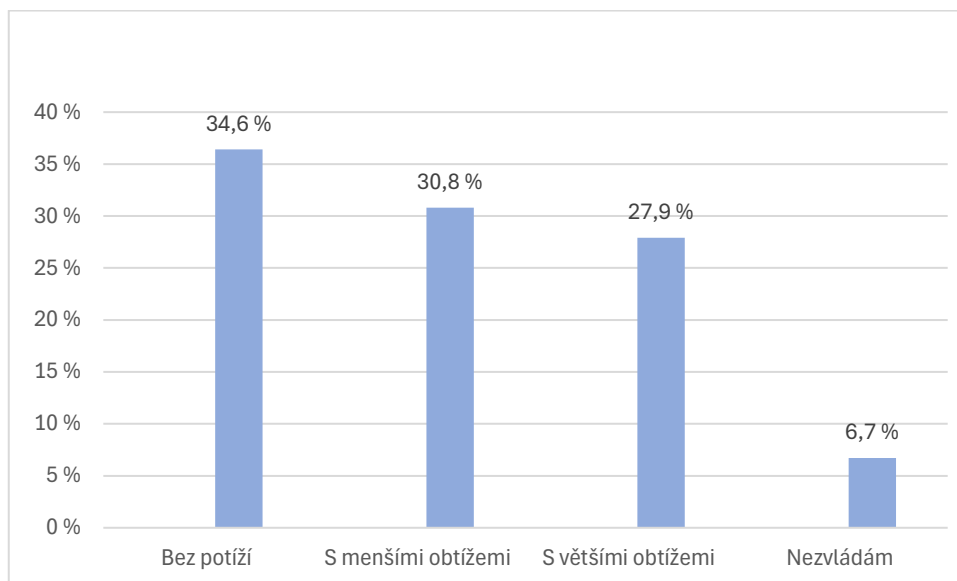
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že pohyb zvládají bez potíží (36,5 %). Shodný podíl respondentů udává menší i větší obtíže s pohybem (27,9 %). Nejmenší zastoupení mají respondenti, kteří pohyb nezvládají (7,7 %). Celkově lze konstatovat, že u většiny respondentů se pohybové obtíže nevyskytují nebo jsou přítomny pouze v mírné či střední míře.

Graf č. 6: Jak zvládáte ostatní samoobslužné činnosti (osobní hygienu, oblékání a stravování)?



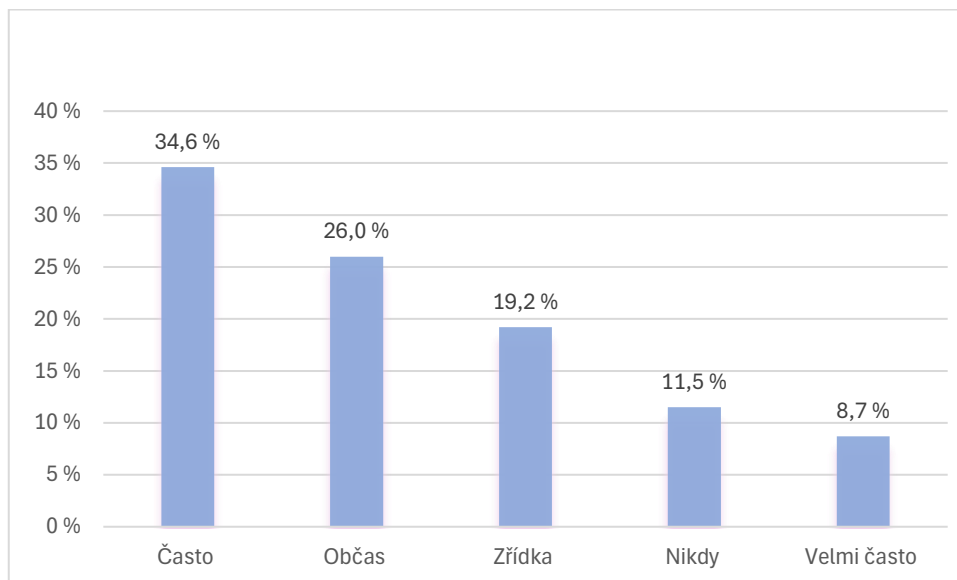
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že tyto činnosti zvládají bez potíží (40,4 %). Následují respondenti s menšími obtížemi (32,7 %) a dále osoby s většími obtížemi (22,1 %). Nejmenší podíl představují respondenti, kteří tyto činnosti nezvládají (4,8 %). Celkově lze konstatovat, že většina respondentů je schopna běžné činnosti vykonávat bez obtíží nebo pouze s mírným omezením.

Graf č. 7: Jak zvládáte vykonávání běžných domácích prací?



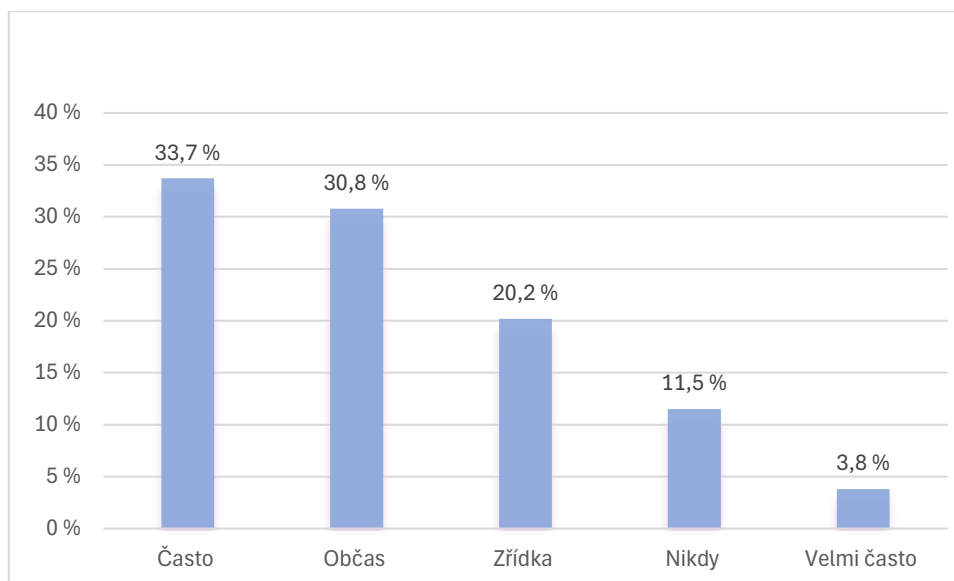
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že běžné domácí práce zvládají bez potíží (34,6 %). Následují respondenti s menšími obtížemi (30,8 %) a dále osoby s většími obtížemi (27,9 %). Nejmenší podíl představují respondenti, kteří tyto činnosti nezvládají (6,7 %). Celkově lze konstatovat, že většina respondentů zvládá běžné domácí práce bez obtíží nebo pouze s mírným omezením.

Graf č. 8: Cítíte během dne zvýšenou únavu?



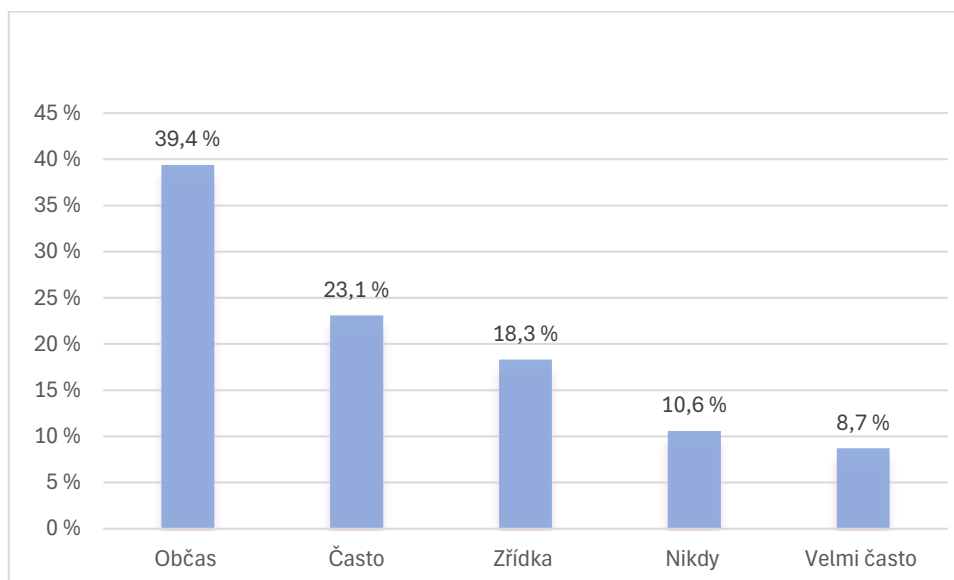
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že pociťují zvýšenou únavu často (34,6 %). Následují respondenti, kteří únavu pociťují občas (26,0 %) a zřídka (19,2 %). Menší podíl představují respondenti, kteří únavu nikdy nepociťují (11,5 %), přičemž nejméně zastoupenou skupinou jsou osoby, které uvádějí velmi častý výskyt únavy (8,7 %). Celkově lze konstatovat, že zvýšená únava je u respondentů poměrně častým jevem.

Graf č. 9: Připadáte si smutný/á nebo bez nálady?



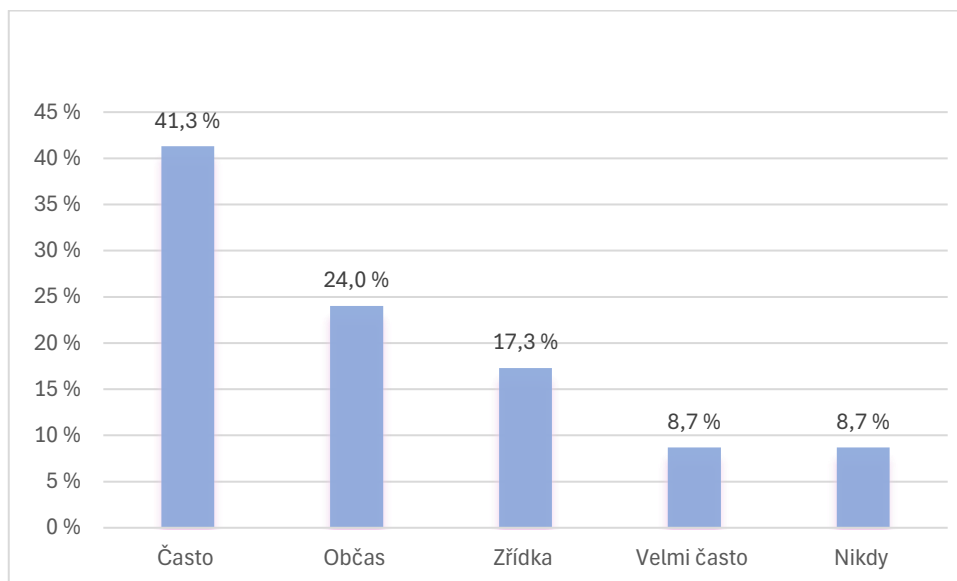
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že se cítí smutní nebo bez nálady často (33,7 %). Následují respondenti, kteří tyto pocity pociťují občas (30,8 %) a zřídka (20,2 %). Menší podíl představují respondenti, kteří tyto pocity nikdy nepociťují (11,5 %), přičemž nejméně zastoupenou skupinou jsou osoby, které tyto pocity pociťují velmi často (3,8 %). Celkově lze konstatovat, že pocity smutku či zhoršené nálady se u respondentů vyskytují poměrně často.

Graf č. 10: Máte obavy z budoucnosti kvůli svému zdravotnímu stavu?



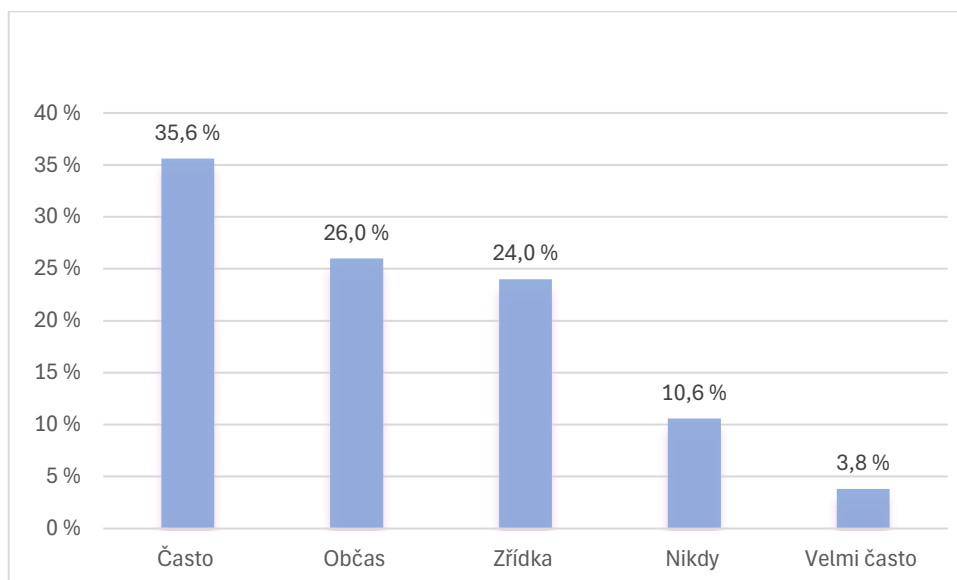
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že mají obavy z budoucnosti občas (39,4 %). Následují respondenti, kteří tyto obavy pociťují často (23,1 %) a zřídka (18,3 %). Menší podíl představují osoby, které obavy nikdy nepociťují (10,6 %), přičemž nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti uvádějící velmi častý výskyt obav (8,7 %). Celkově lze konstatovat, že obavy z budoucnosti se u respondentů vyskytují poměrně běžně.

Graf č. 11: Máte pocit, že se hůře soustředíte nebo zapomínáte?



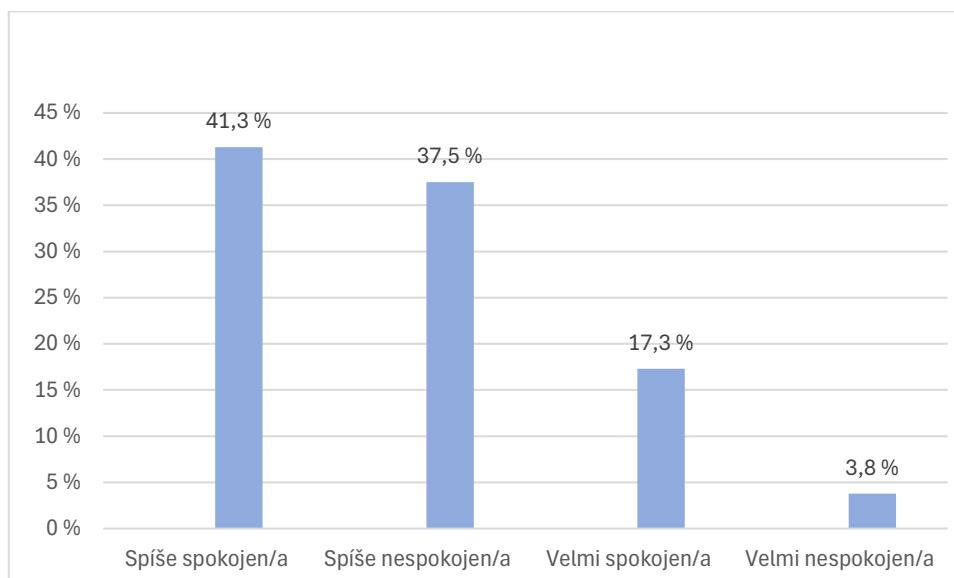
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že se tyto potíže vyskytují často (41,3 %). Následují respondenti, u nichž se potíže objevují občas (24,0 %) a zřídka (17,3 %). Shodný podíl respondentů uvádí, že se potíže vyskytují velmi často, nebo naopak nikdy (8,7 %). Celkově lze konstatovat, že sledované potíže se u respondentů objevují poměrně často.

Graf č. 12: Cítíte se nervózní nebo napjatý/á?



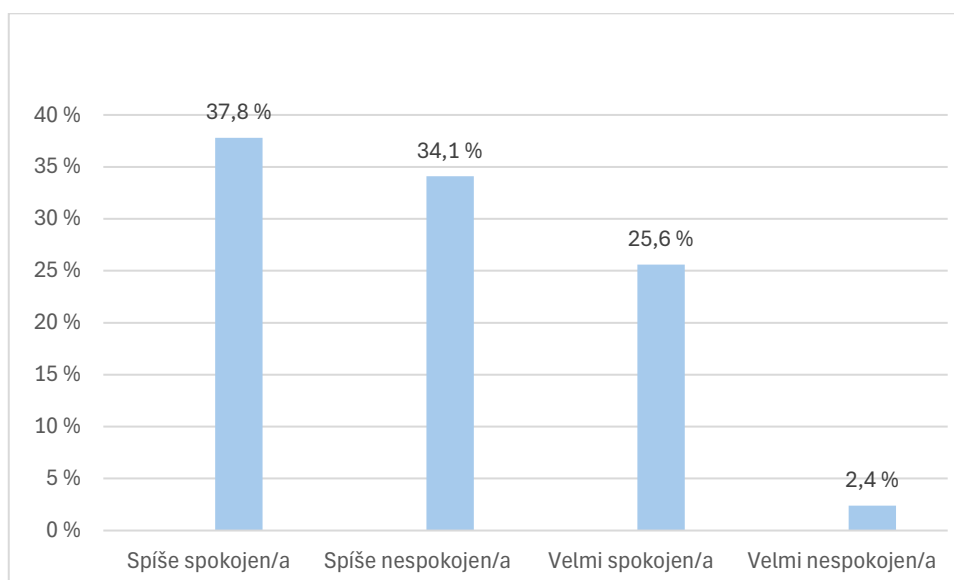
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že se cítí nervózní nebo napjatí často (35,6 %). Následují respondenti, kteří tyto pocity pociťují občas (26,0 %) a zřídka (24,0 %). Menší podíl představují osoby, které tyto pocity nikdy nepociťují (10,6 %), přičemž nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti uvádějící velmi častý výskyt těchto pocitů (3,8 %). Celkově lze konstatovat, že pocity nervozity či napětí se u respondentů vyskytují poměrně často.

Graf č. 13: Jste spokojený/á s množstvím kontaktu s rodinou a blízkými?



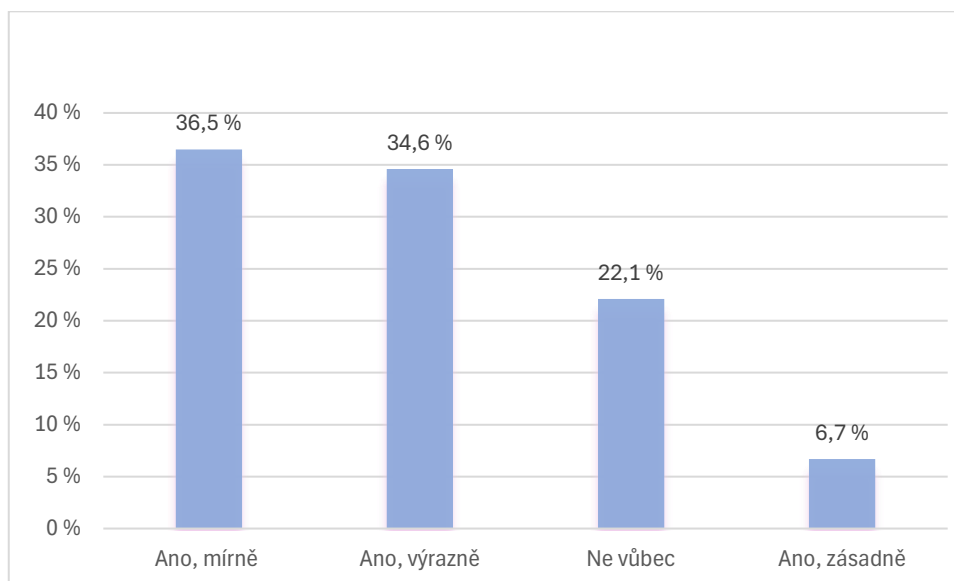
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že jsou spíše spokojeny (41,3 %). Následují respondenti, kteří se hodnotí jako spíše nespokojeni (37,5 %), a dále osoby velmi spokojeny (17,3 %). Nejmenší podíl představují respondenti, kteří uvádějí, že jsou velmi nespokojeni (3,8 %). Celkově lze konstatovat, že u respondentů mírně převažuje spíše pozitivní hodnocení.

Graf č. 14: Jste spokojený/á s podporou, kterou od blízkých dostáváte?



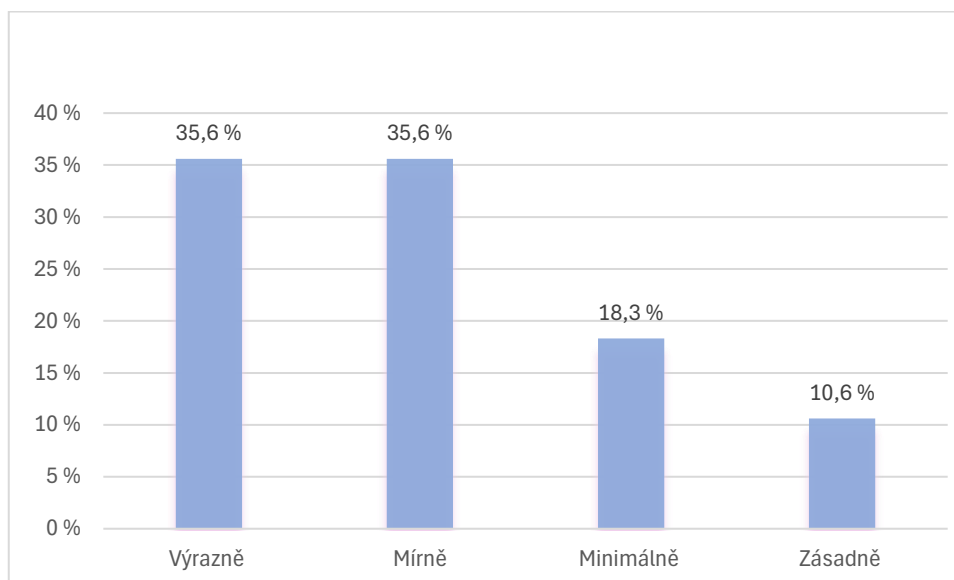
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že jsou s podporou od svých blízkých spíše spokojeny (37,8 %). Následují respondenti, kteří jsou spíše nespokojeni (34,1 %), a dále osoby velmi spokojeny (25,6 %). Nejmenší podíl představují respondenti, kteří jsou velmi nespokojeni (2,4 %). Celkově lze konstatovat, že převažuje spíše pozitivní hodnocení podpory ze strany blízkých.

Graf č. 15: Ovlivnila cévní mozková příhoda Vaši možnost být s lidmi, se kterými chcete být?



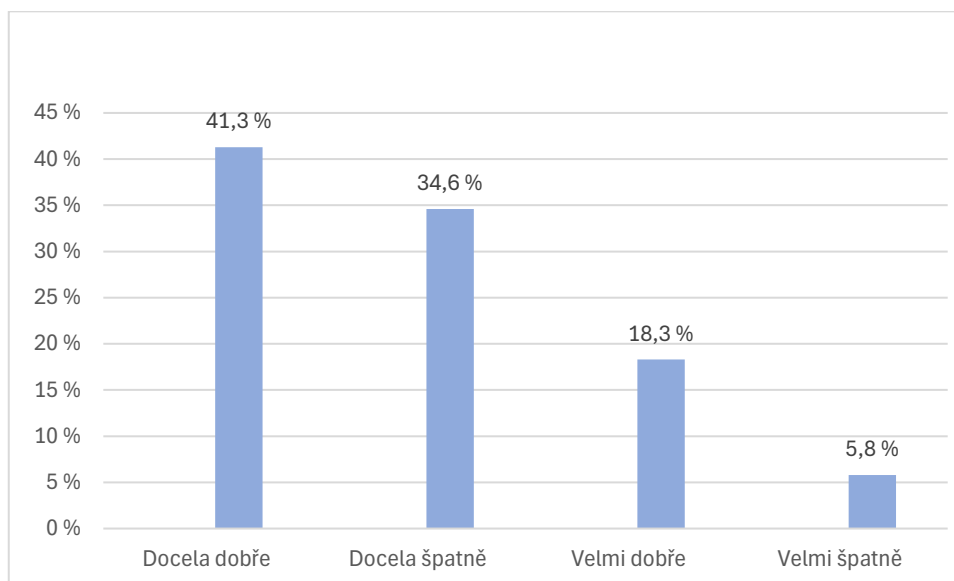
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že cévní mozková příhoda ovlivnila jejich možnost kontaktu s lidmi mírně (36,5 %). Následují respondenti, kteří uvádějí výrazné ovlivnění (34,6 %), zatímco 22,1 % respondentů uvádí, že jejich možnost kontaktu nebyla ovlivněna vůbec. Nejmenší podíl představují osoby, které uvádějí zásadní ovlivnění (6,7 %). Celkově lze konstatovat, že u většiny respondentů došlo alespoň k určitému omezení sociálních kontaktů.

Graf č. 16: Do jaké míry ovlivnila cévní mozková příhoda kvalitu Vašeho života?



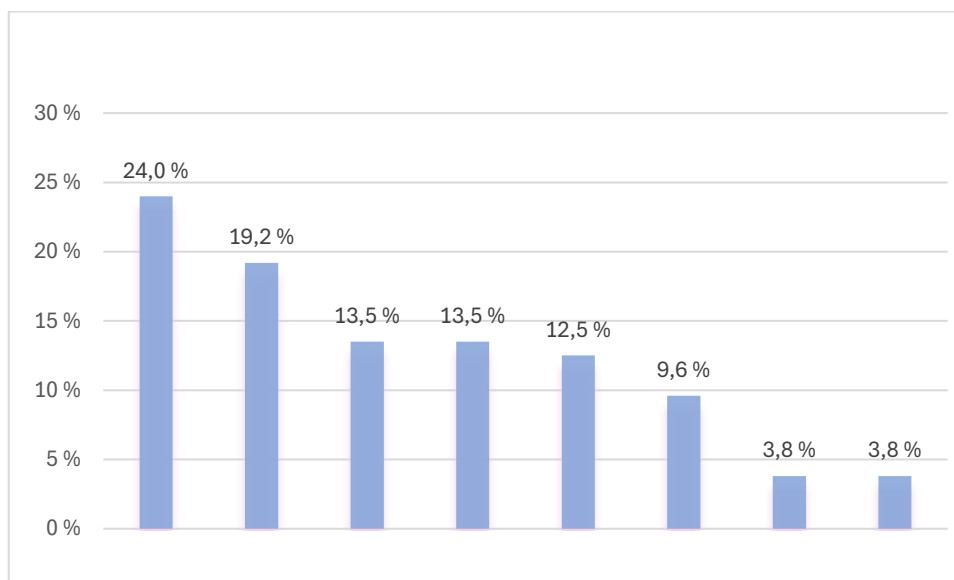
Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že cévní mozková příhoda ovlivnila kvalitu jejich života výrazně (35,6 %). Shodný podíl respondentů uvádí mírné ovlivnění (35,6 %). Menší zastoupení mají respondenti, kteří hodnotí vliv jako minimální (18,3 %), zatímco nejmenší podíl tvoří osoby uvádějící zásadní ovlivnění (10,6 %). Celkově lze konstatovat, že u většiny respondentů došlo alespoň k určitému zhoršení kvality života.

Graf č. 17: Jak se Vám daří přizpůsobit se životu po cévní mozkové příhodě?



Největší zastoupení respondentů tvoří osoby, které uvádějí, že se životu po cévní mozkové příhodě přizpůsobují docela dobře (41,3 %). Následují respondenti, kteří hodnotí své přizpůsobení jako docela špatné (34,6 %), a dále osoby, které se přizpůsobují velmi dobře (18,3 %). Nejmenší podíl představují respondenti, kteří uvádějí velmi špatné přizpůsobení (5,8 %). Celkově lze konstatovat, že přizpůsobení životu po cévní mozkové příhodě je u respondentů spíše rozmanité, s mírnou převahou pozitivního hodnocení.

Graf č. 18: Co je pro Vás v současné době po cévní mozkové příhodě nejobtížnější?



Největší zastoupení respondentů uvádí jako největší obtíž únavu a nedostatek energie (24 %). Následují respondenti, kteří zmiňují fyzické omezení (19,2 %). Shodný podíl respondentů uvádí obtíže v oblasti soběstačnosti v běžných činnostech, a naopak absenci obtíží (13,5 %). Další skupinu tvoří respondenti s problémy s pamětí (12,5 %) a emocionálními potížemi, například pocity smutku (9,6 %). Nejmenší zastoupení mají respondenti, kteří uvádějí jiné obtíže

a omezené společenské kontakty (shodně 3,8 %). Celkově lze konstatovat, že mezi nejčastější obtíže patří zejména únava a fyzické omezení.

V kategorii „jiné“ respondenti uváděli například poruchy spánku, bolesti, závratě, problémy s řečí či strach z opakování cévní mozkové příhody.

2.7 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě. Výzkumné šetření poskytlo komplexní pohled na bio-psycho-sociální dopady tohoto onemocnění a potvrdilo, že proces návratu k běžnému životu je ovlivněn řadou vzájemně propojených faktorů.

První výzkumná otázka se zaměřovala na fyzickou soběstačnost pacientů a jejich schopnost vykonávat běžné denní činnosti. Bylo zjištěno, že pouze 36,5 % respondentů uvádělo, že zvládá pohyb bez obtíží, zatímco ostatní se potýkali s různou mírou omezení. Obtíže se přitom zvyšovaly s náročností vykonávaných činností, kdy u složitějších aktivit, jako jsou domácí práce, docházelo k výraznějšímu poklesu soběstačnosti. Tento výsledek odpovídá závěrům Kaňovského a Bártkové (2020), kteří uvádějí, že motorický deficit patří mezi nejčastější následky cévní mozkové příhody. Ve shodě s tím Šedová a kol. (2023) zdůrazňují, že omezení fyzické aktivity významně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Lze tedy konstatovat, že výsledky tohoto výzkumu jsou v souladu s odbornou literaturou, která poukazuje na klíčový význam fyzické soběstačnosti pro celkové fungování pacienta.

Druhá výzkumná otázka se zabývala psychickými obtížemi pacientů a jejich frekvencí. Výsledky ukázaly, že pacienti po cévní mozkové příhodě čelí významné psychické zátěži, přičemž nejvýraznějším problémem je únava, kterou často pociťovalo 34,6 % respondentů, a dále potíže s koncentrací (41,3 %). Tyto výsledky jsou v souladu se studií Katony a kol. (2022), která prokázala souvislost mezi depresivní symptomatikou a sníženou kvalitou života po cévní mozkové příhodě. Národní zdravotnický informační portál (2024) rovněž uvádí, že kognitivní poruchy a emoční nestabilita patří mezi časté následky tohoto onemocnění. Výsledky tohoto výzkumu tedy potvrzují poznatky odborné literatury a zároveň zdůrazňují význam únavy jako jednoho z hlavních faktorů ovlivňujících proces rekonvalescence.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na vnímání dopadu onemocnění na kvalitu života a sociální vztahy pacientů. Bylo zjištěno, že celkem 71,1 % respondentů uvedlo alespoň částečné omezení sociálních kontaktů (součet odpovědí „ano, mírně“ a „ano, výrazně“). Tento výsledek je v souladu se studií Li a kol. (2024), která identifikuje sociální izolaci jako častý problém pacientů po cévní mozkové příhodě. Současně však výsledky tohoto výzkumu ukazují, že i přes zachovanou podporu rodiny dochází ke ztrátě širších sociálních vazeb, což literatura zmiňuje spíše obecně. Tento rozdíl může naznačovat potřebu většího zaměření na sociální začlenění pacientů v rámci ošetrovatelské péče. Tanlaka a kol. (2023) v této souvislosti zdůrazňují významnou roli zdravotnického personálu, zejména všeobecných sester, při podpoře návratu pacientů do běžného života.

Výsledky výzkumu je nutné interpretovat s ohledem na použitou metodu dotazníkového šetření a charakter výzkumného souboru, který je založen na subjektivním hodnocení respondentů. Získaná zjištění proto nelze zobecňovat na celou populaci pacientů, avšak poskytují cenný vhled

do problematiky kvality života této skupiny. Získaná zjištění potvrzují, že kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě je výsledkem komplexní interakce fyzických, psychických a sociálních faktorů. Z pohledu ošetrovatelské praxe je proto nezbytné přistupovat k pacientům komplexně a zaměřit se nejen na fyzickou rehabilitaci, ale také na systematickou psychickou podporu a podporu návratu pacientů do běžného života.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků provedeného výzkumného šetření, které identifikovalo klíčové bariéry v životě pacientů po cévní mozkové příhodě, lze doporučit několik konkrétních opatření pro klinickou a následnou ošetrovatelskou praxi. Jako nejvýznamnější problém se ukázala vysoká míra únavy, která postihuje značnou část respondentů. V praxi je proto nezbytné zařadit problematiku únavy po cévní mozkové příhodě do edukačních plánů již v průběhu hospitalizace. Všeobecná sestra zde hraje klíčovou roli, zejména v oblasti edukace pacienta a jeho rodiny. Pacienti i jejich pečující by měli být poučeni o vhodném rozvržení denních aktivit, které zahrnuje plánování náročnějších činností na dobu, kdy se cítí nejvíce odpočatí, a střídání aktivity s pravidelným odpočinkem. Rodinným příslušníkům je vhodné vysvětlit fyziologický původ této únavy, aby se předešlo nedorozuměním a nepřiměřeným nárokům na výkon pacienta, které mohou vést k psychické zátěži.

S tím úzce souvisí i screening psychického stavu, neboť přes 60 % respondentů v mém šetření vyjádřilo obavy z budoucnosti a pocity smutku. Doporučuji proto v ošetrovatelské praxi rutinně využívat screeningové škály, jako je například Geriatrická stupnice deprese (GDS), pro včasný záchyt depresivní symptomatiky. Screening může být v kompetenci všeobecné sestry, která je často s pacientem v nejčastějším kontaktu a může jako první zaznamenat změny v jeho psychickém stavu. Standardem následné péče by mělo být zajištění dostupnosti klinického psychologa, který by byl pevnou součástí multidisciplinárního týmu a mohl by poskytovat podporu nejen pacientovi, ale i jeho rodině.

Vzhledem k tomu, že u většiny respondentů došlo k omezení sociálních kontaktů, je dalším zásadním krokem podpora sociálního začlenění pacientů. Zdravotničtí pracovníci by měli aktivně propojovat pacienty s patientskými organizacemi, jako jsou ICTUS nebo ERGO Aktiv, které nabízejí svépomocné skupiny a programy pro návrat do společnosti. Všeobecná sestra může v tomto směru fungovat jako prostředník mezi pacientem a dostupnými službami. Zároveň je nutné informovat pečující o možnostech respitní péče a denních stacionářů, které mohou zmírnit izolaci pacienta a zároveň poskytnout rodině nezbytný prostor pro regeneraci sil.

Poslední oblastí návrhů je posílení role ergoterapie se zaměřením na nácvik všedních denních činností v reálném domácím prostředí. Výsledky výzkumu ukázaly, že soběstačnost pacientů klesá zejména u náročnějších domácích prací, kde bezproblémové zvládnání deklarovalo pouze 34,6 % respondentů. Cílená intervence ergoterapeuta a správný výběr kompenzačních pomůcek mohou významně zvýšit autonomii pacienta a snížit jeho závislost na pomoci okolí i při přetrvávajícím fyzickém handicapu.

Navržená opatření mohou přispět ke zlepšení kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě, a to nejen v oblasti fyzické, ale i psychické a sociální, a podpořit jejich návrat do běžného života.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě v bio-psycho-sociální rovině a identifikovat klíčové bariéry, které jejich návrat do běžného života komplikují.

Na základě provedeného výzkumného šetření bylo zjištěno, že cévní mozková příhoda významně zasahuje do všech sledovaných oblastí života pacientů. V oblasti fyzické soběstačnosti se sice část pacientů dokáže adaptovat na základní denní činnosti, avšak s rostoucí náročností aktivit dochází k výraznějším obtížím, zejména při vykonávání domácích prací nebo při pohybu v širším prostředí.

V psychické oblasti se ukázalo, že pacienti se často potýkají s únavou, poruchami koncentrace a obavami z budoucnosti. Tyto obtíže mohou negativně ovlivňovat jejich motivaci k rekonvalescenci a celkové vnímání vlastní životní situace. Psychická stránka tak představuje významný faktor, který může zásadně ovlivnit průběh zotavení.

Výsledky rovněž poukázaly na dopad onemocnění na sociální oblast života pacientů. Přestože většina pacientů uvádí zachovanou podporu ze strany rodiny, dochází ke snížení širších sociálních kontaktů a k postupné změně sociálních rolí, což může vést k pocitům osamělosti a sociální izolace.

Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že stanovený cíl práce byl naplněn. Zjištění zároveň potvrzují, že kvalita života pacientů po cévní mozkové příhodě je ovlivněna vzájemným působením fyzických, psychických a sociálních faktorů, a proto je nezbytné přistupovat k těmto pacientům komplexně.

Práce může být přínosná pro zdravotnické pracovníky i rodinné příslušníky pacientů, neboť upozorňuje na často opomíjené aspekty péče, zejména únavu po cévní mozkové příhodě a potřebu podpory návratu pacientů do běžného života. Lepší porozumění potřebám pacientů může přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Získaná zjištění mohou sloužit jako podklad pro další výzkum zaměřený na kvalitu života pacientů po cévní mozkové příhodě a na rozvoj komplexní péče o tuto skupinu pacientů.

Seznam použité literatury

AMERICAN STROKE ASSOCIATION. Stroke risk factors not within your control [online]. 2025 [cit. 2025-03-26]. Dostupné z: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors/stroke-risk-factors-not-within-your-control>

BÁRTKOVÁ, Alena, HUTYRA, Miroslav, ŠAŇÁK, Daniel a kol. Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody – diagnostika, léčba a prevence. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3816-1.

BÁRTKOVÁ, Alena, HUTYRA, Miroslav, ŠAŇÁK, Daniel a kol. Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3816-1.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. About stroke [online]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2024 [cit. 2025-02-12]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/stroke/about/index.html>

ELSEVIER. Quality of life after stroke [online]. 2024 [cit. 2025-03-03]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/quality-of-life-after-stroke>

JAUCH, Edward C., AL KASAB, Sami, STETTLER, Brian a kol. Ischemic stroke guidelines [online]. 2024 [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/1916852-guidelines>.

KAŇOVSKÝ, Petr, BÁRTKOVÁ, Alena a kol. Neurologie. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5612-6.

KATONA, M. a kol. Health-related quality of life after stroke: association with post-stroke depression and functional status. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2022, 13(1) [online]. [cit. 2025-03-03]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8831922/>.

LI, Y., XU, H., ZHANG, T. a kol. Factors associated with social isolation in stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2024 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105230572400644X>

LUI, F. Ischemic stroke. In: *StatPearls* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025 [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Metodický pokyn péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021 [cit. 2025-02-12]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/metodicky-pokyn-pecce-o-pacienty-s-akutni-cevni-mozkovou-prihodou-2021/>.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. Akutní cévní mozková příhoda: diagnóza [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2025-02-27]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/984-akutni-cevni-mozkova-prihoda-diagnoza>.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. Cévní mozková příhoda – prevence [online]. 2023 [cit. 2025-02-26]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/982-cevni-mozkova-prihoda-prevence>.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. Cévní mozková příhoda a deprese [online]. 2024 [cit. 2025-03-15]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/991-cevni-mozkova-prihoda-a-deprese>.

- NAVRÁTIL, Leoš a ŠEDIVCOVÁ, Milada Luisa, ed. Léčebná rehabilitace v geriatrici. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-6824-8.
- PEŘAN, David, CMOREJ, Patrik Christian a NESVADBA, Michal. Akutní stavy v prvním kontaktu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3271-3.
- POWERS, William J. a kol. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 2018, 49(3), e46–e110 [online]. [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>.
- PUY, L. a kol. Recent and future advances in intracerebral hemorrhage. *Journal of the Neurological Sciences* [online]. 2024 [cit. 2025-02-24]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022510X24004659>.
- QIN, Chuan, YANG, Sheng, CHU, Yun-Hui a kol. Signaling pathways involved in ischemic stroke: molecular mechanisms and therapeutic interventions. *Signal Transduction and Targeted Therapy*. 2022, 7(1), 215 [online]. [cit. 2026-04-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41392-022-01064-1>.
- SALAUDEEN, M. A., BELLO, N., DANRAKA, R. N. a kol. Understanding the pathophysiology of ischemic stroke. *Biomolecules*. 2024, 14(3), 305 [online]. [cit. 2025-02-24]. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2218-273X/14/3/305>.
- SOUČEK, Miroslav a SVAČINA, Štěpán. Vnitřní lékařství v kostce. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1095-7.
- SOUČEK, Miroslav, MASOPUST, Jiří, MOKRÁ, Dana a kol. Naléhavé stavy z pohledu internisty. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3336-9.
- SOUČEK, O. a kol. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2016, 79(3), 351–363.
- ŠEDO VÁ, L., BÁRTLOVÁ, S., DOLÁK, F. a kol. Komplexní prevence a interdisciplinární péče o jedince s cévní mozkovou příhodou. Praha: Galén, 2023. ISBN 978-80-7492-658-7.
- TANLAKA, E. F. a kol. The role and contributions of nurses in stroke rehabilitation units. *Western Journal of Nursing Research*. 2023, 45(8), 764–776 [online]. [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10399098/>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Akutní cévní mozková příhoda: léčba [online]. 2021 [cit. 2025-02-27]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/985-akutni-cevni-mozkova-prihodou-lecba>.
- VOLNÝ, Ondřej. Neurointenzivní péče v kostce. Praha: Grada Publishing, 2025. ISBN 978-80-271-7741-7.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Stroke [online]. Geneva: World Health Organization, 2025 [cit. 2025-02-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke>.
- XU, A. a kol. Ischemic stroke and intervention strategies based on the timeline of stroke progression. *Acta Pharmaceutica Sinica B* [online]. 2025 [cit. 2025-02-24]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211383525005040>.

Přílohy

Příloha 1 – Povolení k výzkumu

Příloha 2 – Povolení k výzkumu

Příloha 3 – povolení k výzkumu

Příloha 4 – dotazník

Dotazník

Dotazník