

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ PO
PRODĚLANÉ HEMORAGICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ
PŘÍHODĚ

Bakalářská práce

Autor práce: Šárka Pokorná

Vedoucí práce: Mgr. Marie Dočekalová

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Šárka Pokorná
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Specifika ošetrovateľskej péče u pacientů po hemoragické cévní mozkové příhodě
Vedoucí práce:	Mgr. Marie Dočekalová
Cíl práce:	Zjistit povědomí všeobecných sester pracujících mimo neurologická oddělení o specifikách péče o pacienty po hemoragické cévní mozkové příhodě.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá specifiky péče u pacientů po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě. Cílem práce je zjistit povědomí všeobecných sester pracujících mimo neurologická oddělení o specifikách péče o tyto pacienty. Teoretická část se zaměřuje na anatomii mozku, charakteristiku hemoragické cévní mozkové příhody, její rizikové faktory a epidemiologii. Dále se věnuje diagnostice, a především specifikům ošetrovatelské péče, včetně rehabilitace a edukace pacientů. Výzkumná část je věnována prezentaci výsledků dotazníkového šetření s cílem zjistit povědomí všeobecných sester o specifikách péče u pacientů po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě.

Klíčová slova

hemoragická cévní mozková příhoda; ošetrovatelská péče; rehabilitace; edukace

Abstract

The bachelor thesis focuses on the specific aspects of nursing care for patients after a hemorrhagic stroke. The aim of the thesis is to determine the level of awareness of general nurses working outside neurological departments regarding the specifics of care for these patients. The theoretical part focuses on the anatomy of the brain, characteristics of hemorrhagic stroke, its risk factors and epidemiology. It also deals with diagnosis and mainly with the specifics of nursing care, including rehabilitation and patient education. The research part presents the results of a questionnaire survey aimed at determining the awareness of general nurses about the specifics of care for patients after hemorrhagic stroke.

Keywords

Hemorrhagic stroke; nursing care; rehabilitation; education

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 pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, 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 užít 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 výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 22. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Na prvním místě chci poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Marii Dočekalové za vlídný přístup, ochotu a cenné rady při tvoření a zdokonalení práce. Velké díky patří personálu v Nemocnici Jihlava za umožnění výzkumu a respondentům za ochotu vyplnit dotazník. V neposlední řadě chci poděkovat mé rodině a blízkým za podporu při studiu.

Obsah

Seznam grafů.....	7
Seznam zkratk	8
Úvod.....	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Anatomie mozku	10
1.2 Patofyziologie hemoragické CMP	12
1.3 Rizikové faktory.....	12
1.4 Přednemocniční péče	13
1.5 Epidemiologie CMP	13
1.6 Ošetrovatelská péče při cévní mozkové příhodě	14
1.7 Rehabilitační a ošetrovatelský plán.....	17
2 Výzkumná část.....	20
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	20
2.2 Metodika výzkumu.....	20
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	20
2.4 Průběh výzkumu.....	20
2.5 Zpracování získaných dat.....	21
2.6 Výsledky výzkumu	21
3 Diskuze	42
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	45
Závěr	46
Seznam použité literatury	47
Seznam příloh.....	50

Seznam grafů

Graf 1: délka praxe.....	21
Graf 2: pracoviště.....	22
Graf 3: Četnost setkání s hemoragickou CMP	23
Graf 4: vznik hemoragické CMP	24
Graf 5: příčina hemoragické CMP	25
Graf 6: příznaky hemoragické CMP.....	26
Graf 7: poloha pacienta.....	27
Graf 8: akutní péče.....	28
Graf 9: následná péče	29
Graf 10: faktor pro zhoršení stavu	30
Graf 11: nejčastější komplikace	31
Graf 12: aspirace	32
Graf 13: prevence dekubitů.....	33
Graf 14: prevence trombózy.....	34
Graf 15: afázie.....	35
Graf 16: polohování	36
Graf 17: rehabilitace	37
Graf 18: cíl rehabilitace	38
Graf 19: zapojení rodiny do edukace	39
Graf 20: úspěšnost edukace	40
Graf 21: dostatečné znalosti.....	41

Seznam zkratek

CMP	Cévní mozková příhoda
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
ICH	Intracerebrální hemoragie
SAK	Subarachnoidální krvácení
FAST	Face Arm Speech Time
CT	Computed tomography

Úvod

Cévní mozková příhoda (CMP) patří mezi závažná neurologická onemocnění, která představují významný zdravotnický i společenský problém. Hemoragická cévní mozková příhoda vzniká v důsledku krvácení do mozkové tkáně nebo do prostoru kolem mozku a často vede k vážnému poškození mozkových funkcí. Pacienti po prodělané hemoragické CMP se mohou potýkat s řadou neurologických deficitů, poruchami hybnosti, řeči nebo kognitivních funkcí, což významně ovlivňuje jejich kvalitu života. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je proto velmi specifická a vyžaduje individuální přístup, odborné znalosti zdravotnického personálu a spolupráci multidisciplinárního týmu. Téma této bakalářské práce se zaměřuje na specifika péče u pacientů po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části, a to část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části se práce zaměřuje na základní charakteristiku hemoragické cévní mozkové příhody, včetně stručného popisu anatomie a fyziologie mozku, rizikových faktorů a epidemiologie tohoto onemocnění. Dále se věnuje diagnostice, a především specifikům ošetrovatelské péče o pacienty po prodělané hemoragické CMP. Součástí je také problematika rehabilitace a edukace pacientů, které hrají významnou roli v procesu rekonvalescence a návratu pacienta do běžného života.

Výzkumná část práce je zaměřena na zjištění povědomí všeobecných sester o péči o pacienty po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě. Data byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami pracujícími ve zdravotnických zařízeních mimo neurologická oddělení. Cílem této části je analyzovat povědomí v oblasti ošetrovatelské péče, rehabilitace a edukace pacientů po hemoragické CMP a zjistit případné oblasti, ve kterých by bylo možné se dále rozvíjet.

Motivace

Vybrala jsem si bakalářskou práci na téma Specifika péče u pacientů po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě, protože mě zaujala zejména komplexnost péče a významná role zdravotnického personálu v procesu rekonvalescence pacienta. Jelikož je péče o tyto pacienty velmi důležitá ve všech časových úsecích, mám vlastní zájem prohloubit si znalosti o daném onemocnění a akutní i následné péči.

Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit povědomí všeobecných sester pracujících mimo neurologická oddělení o specifikách péče o pacienty po hemoragické cévní mozkové příhodě. K tomuto cíli jsme vytvořili 3 výzkumné otázky. V první jsme zkoumali obecné povědomí všeobecných sester o péči o pacienty po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě. V další výzkumné otázce nás zajímalo povědomí sester o nejčastějších komplikacích u tohoto onemocnění. Třetí otázka byla zaměřená na problematiku rehabilitace a edukace u těchto pacientů.

1 Současný stav problematiky

Cévní mozková příhoda (CMP) představuje klinický syndrom charakterizovaný náhle vzniklým ložiskovým neurologickým deficitem, který vzniká v důsledku cévního poškození centrálního nervového systému. Patří mezi druhou nejčastější příčinu úmrtí a invalidity na celém světě. Nejedná se o jedno konkrétní onemocnění, ale o stav, který může vzniknout v důsledku různých rizikových faktorů, patologických procesů a mechanismů. Asi 15 % cévních mozkových příhod je následkem intracerebrálního krvácení, které může být hluboké (postihující bazální ganglia a mozkový kmen), mozečkové nebo lobární. Hluboká krvácení obvykle souvisejí s hypertenzní arteriopatií (arteriolosklerózou), zatímco lobární krvácení bývá nejčastěji důsledkem mozkové amyloidní angiopatie nebo arteriolosklerózy. Přibližně 20 % intracerebrálních krvácení je zapříčiněno makrovaskulárními lézemi, jako jsou vaskulární malformace, aneuryzmata, trombóza žilního sinu či jiné vzácné příčiny, které jsou zvláště významné u pacientů mladších 50 let (Murphy a Werring, 2020).

1.1 Anatomie mozku

Mozek představuje mimořádně složitý celek, který funguje jako komplexní systém tvořený menšími subsystemy a jejich částmi. Každá oblast a struktura mozku má svou specifickou funkci a jsou uspořádány v určité hierarchii. Jednotlivé komponenty jsou mezi sebou mnohonásobně propojeny, spolupracují a zajišťují činnost mozku jako jednotného celku sloužícího potřebám organismu. Mozek je uložen v lební dutině, kde je chráněn kostěnou schránkou lebky. Obklopují jej mozkomíšní pleny (meningy) a dodatečnou ochranu poskytuje mozkomíšní mok, který tvoří kolem mozku „vodní polštář“. K hlavním částem mozku patří mozkový kmen, mozeček, mezimozek a koncový mozek (Orel, 2021).

Mozek je zásobován krví prostřednictvím čtyř hlavních tepen, které náleží ke dvěma cévním systémům – karotickému a vertebrobazilárnímu (páteřnímu). Karotický systém tvoří dvě vnitřní krkavice (arteriae carotides internae), z nichž odstupují mimo jiné přední a zadní mozkové tepny. Vertebrobazilární systém je složen z levé a pravé arteria vertebralis, které se spojují a vytvářejí arteria basilaris čili bazilární tepnu. Ta se následně propojuje s větvemi karotického systému do tzv. Willisova okruhu, jenž se nachází na spodině mozku a zajišťuje kolaterální (náhradní) oběh (Seidl, 2023).

1.1.1 Tranzitorní ischemická ataka

Tranzitorní ischemická ataka (TIA) je charakterizována náhle vzniklými příznaky cévní mozkové příhody, které však odeznívají v krátkém časovém úseku – nejčastěji během 1 hodiny, nejpozději do 24 hodin. Přesto je nutné okamžité lékařské vyšetření, stanovení diagnózy a zahájení léčby. O iktu se hovoří tehdy, pokud neurologické obtíže přetrvávají déle než 1 den, případně jsou potvrzeny nálezem na zobrazovacích vyšetřeních (Škorňa et al., 2016).

1.1.2 Ischemická cévní mozková příhoda

Při ischemické cévní mozkové příhodě dochází k přerušení přívodu okysličené krve do mozkové tkáně, což vede k postupnému odumírání mozkových buněk. V důsledku toho se ztrácejí funkce, které daná oblast mozku řídí, například pohyb, řeč nebo zrak. Projevem mohou být poruchy hybnosti, nesrozumitelná či zhoršená řeč nebo poruchy vidění (Mikulík et al., 2023).

Mezi typické projevy ischemické CMP patří náhle vzniklá slabost (paréza) či úplné ochrnutí (plegie) končetin na jedné straně těla, poruchy zraku nebo řeči (afázie – ztráta schopnosti mluvit či rozumět řeči), ztráta rovnováhy a poruchy koordinace. Konkrétní příznaky se odvíjejí od toho, která část mozku je postižena. Výsledek onemocnění závisí především na rychlosti zahájení léčby po vzniku potíží a na celkovém zdravotním stavu pacienta (Herzig, 2014).

1.1.3 Intracerebrální hemoragie

Intracerebrální hemoragie (ICH) je nejčastěji způsobena rupturou drobných perforujících tepen, ke které dochází v důsledku dlouhodobé arteriální hypertenze nebo jiných cévních změn. Prognóza pacientů s intracerebrálním krvácením je variabilní a závisí zejména na velikosti hematomu, jeho lokalizaci, případném šíření do komorového systému a dalších faktorech (An et al., 2017).

Příznaky hemoragické CMP se objevují zpravidla náhle a mívají velmi prudký průběh. K nejčastějším projevům patří náhlá, silná bolest hlavy, ztráta vědomí, jednostranná slabost (hemiparéza), poruchy řeči (afázie), zhoršená rovnováha a koordinace, stejně jako nevolnost a zvracení v důsledku zvýšeného nitrolebního tlaku. U některých nemocných se mohou vyskytnout i křeče. Tyto projevy bývají vážné a jejich intenzita se rychle zvyšuje podle rozsahu a místa krvácení v mozku (Herzig, 2014).

1.1.4 Subarachnoidální hemoragie

Subarachnoidální krvácení (SAK) označuje krvácení z poškozené cévy do subarachnoidálního prostoru, tedy mezi arachnoideu (pavoučnici) a pia mater encephali (měkkou mozkovou plenu). Nejčastější příčinou je ruptura aneurysmatu, jehož stěna bývá ztenčená a náchylnější k prasknutí. Závažnost následků závisí na umístění a velikosti prasklé výdutě. Méně často může být zdrojem krvácení arteriovenózní malformace, nádor nebo zánětlivý proces. Přibližně u 20% pacientů se však příčina krvácení nepodaří jednoznačně prokázat (Orel, 2021).

Po subarachnoidálním krvácení dochází v prvních 72 hodinách k tzv. časnému poškození mozku, na jehož vzniku se významně podílí železo. Rozpad erytrocytů vede k uvolnění hemoglobinu do subarachnoidálního prostoru, kde je následně degradován na hem. Tento proces vystavuje mozkovou tkáň vysokým koncentracím toxických látek. Zánětlivá reakce podporuje tvorbu hepcidinu, který omezuje odstraňování železa z buněk, což vede k jeho dalšímu hromadění. Tento mechanismus vytváří bludný kruh, jenž přispívá k progresi poškození mozku po subarachnoidálním krvácení (Garton et al., 2016).

1.2 Patofyziologie hemoragické CMP

ICH představuje spontánní krvácení přímo do mozkové tkáně, které způsobuje akutní poškození neuronů a cévních struktur a následně vyvolává kaskádu sekundárních poškozujících procesů (Magid-Berstein et al., 2022). Tento typ cévní mozkové příhody je charakterizován kombinací primárního mechanického účinku hematomu a sekundárních biochemických a zánětlivých mechanismů, které rozšiřují poškození do okolní mozkové tkáně (Sheth, 2022).

Bezprostředně po ruptuře cévy dochází k úniku krve do parenchymu, tvorbě hematomu a mechanické destrukci okolních neuronů a gliových buněk, což je považováno za primární poškození (Sheth, 2022). Hromadění krve v uzavřeném prostoru lebky způsobuje zvýšení nitrolebního tlaku a snižuje cerebrální perfúzní tlak, což může vést až k herniaci mozku a dalším ischemickým změnám. Během prvních hodin se hematom často dále zvětšuje vlivem pokračujícího krvácení z poškozených cév, a tento jev – tzv. hematoma expansion – je významným prediktorem špatného klinického výsledku a mortality (Greenberg et al., 2022).

V průběhu koagulace se v místě krvácení tvoří trombin, který má sice hemostatický účinek, ale zároveň i výrazné neurotoxické a prozánětlivé působení. Trombin aktivuje mikroglie, poškozuje endotel cév a zvyšuje propustnost hematoencefalické bariéry (Magid-Berstein et al., 2022). V dalším průběhu se rozkládá hemoglobin z erytrocytů na hem a volné železo, které katalyzuje tvorbu reaktivních kyslíkových forem a vede k oxidačnímu stresu a apoptóze neuronů (Hu et al., 2016). Akumulace železa v mozkové tkáni se považuje za klíčový faktor dlouhodobého poškození a možný cíl farmakologické léčby (Garton et al., 2016).

K významným dějům patří také zánětlivá odpověď, která se rozvíjí v hodinách až dnech po krvácení, aktivované mikroglie a infiltrující neutrofily uvolňují cytokiny, které podporují poškození buněk a narušení cévní integrity. Tyto procesy zvyšují propustnost hematoencefalické bariéry, vedou k tvorbě perihematomálního edému a dále zhoršují nitrolební hypertenzi. Edém se vyvíjí ve dvou fázích – časně osmotické a pozdější zánětlivé – a představuje hlavní příčinu sekundárního zvýšení tlaku a ischemie okolní tkáně (Sheth, 2022).

1.3 Rizikové faktory

Rizikové faktory lze rozdělit na modifikovatelné (léčitelné nebo změnitelné) a nemodifikovatelné (věk, genetika, anatomie). Toto rozdělení je užitečné pro prevenci a klinické rozhodování. Spontánní intracerebrální krvácení představuje závažnou formu cévní mozkové příhody a mezi nejvýznamnější modifikovatelné rizikové faktory patří chronická arteriální hypertenze – u jedinců s vysokým krevním tlakem je riziko tohoto typu krvácení výrazně vyšší (Greenberg et al., 2022).

Dalšími důležitými riziky jsou nadměrná konzumace alkoholu a kouření, které zvyšují pravděpodobnost vzniku krvácení, zvláště pokud se kombinují s hypertenzí nebo užíváním antikoagulancií (Wang et al., 2022). Užívání antikoagulační a antitrombotické terapie představuje samostatný významný rizikový faktor, zejména u starších osob nebo pacientů s renálním onemocněním a komorbiditami (Morotti & Goldstein, 2020).

Mezi nemodifikovatelné rizikové faktory se řadí vyšší věk, mužské pohlaví a některé etnické rozdíly – incidence intracerebrálního krvácení je vyšší v asijských populacích a u osob s nižším socioekonomickým postavením (Feigin et al., 2024). Strukturální cévní patologie, jako je cerebrální amyloidní angiopatie nebo přítomnost mikrokrvácení, výrazně zvyšují pravděpodobnost vzniku globálního intracerebrálního krvácení, zejména u starší populace (An et al., 2017).

K nárůstu zátěže cévní mozkové příhody ve světě nepřispívá pouze růst a stárnutí populace, ale také nedostatečná účinnost současných strategií primární prevence a nerovnoměrná dostupnost zdravotní péče. Významnou roli hrají rovněž rozdíly v dostupnosti specializovaných služeb a nedostatek zdravotnického personálu, zejména v zemích s nízkými a středními příjmy. Současně však dochází ke snižování vlivu některých rizikových faktorů, například kouření nebo nevhodné stravy s nízkým obsahem a ovoce, zeleniny a vlákniny, což naznačuje určitou účinnost preventivních opatření (Feigin et al., 2024).

1.4 Přednemocniční péče

Přednemocniční fáze u hemoragické cévní mozkové příhody představuje kritické období, které významně ovlivňuje rozsah neurologického postižení i celkovou prognózu pacienta. Hemoragické ikty bývají charakterizovány náhle vzniklými symptomy, jako jsou prudká bolest hlavy, rychlé zhoršování stavu vědomí, nauzea, zvracení či ložiskové neurologické projevy, které vyžadují okamžitou reakci zdravotnického systému, protože zvětšování hematomu i sekundární edém mozku mohou probíhat velmi rychle (Tintinalli, 2020).

Hemoragická příhoda se často projevuje intenzivní bolestí hlavy, náhlou ztrátou vědomí nebo prudkým zhoršením neurologických funkcí, což bývá obvykle výraznější než u příhod ischemického původu (Tintinalli, 2022). U laické veřejnosti lze využít obdobné screeningové škály jako FAST (Face, Arm, Speech, Time), nicméně u hemoragické CMP bývá důraz kladen také na rychlé rozpoznání varovných symptomů zvýšeného intrakraniálního tlaku – především poruchy vědomí a zvracení (Powers et al., 2019).

Transport pacienta s hemoragickou CMP musí být co nejrychlejší a směřovat přímo do komplexního cerebrovaskulárního centra nebo neurochirurgického pracoviště, které dokáže zajistit urgentní CT mozku, případně okamžitý neurochirurgický zákrok, pokud je indikován (Tintinalli, 2020). Po příjezdu je pacient ihned předán specializovanému týmu a pokračuje rychlá diagnostika. V prvních minutách je prioritou provedení nativního CT mozku, které umožní jednoznačně odlišit hemoragickou příčinu od ischemické a určit lokalizaci i rozsah krvácení (Powers et al., 2019). Dále se doplňuje CT angiografie při podezření na aneurysma nebo arteriovenózní malformaci. Současně se provádí laboratorní testy, zejména koagulační parametry, jelikož jejich úprava bývá nezbytná pro stabilizaci pacienta (Tintinalli, 2020).

1.5 Epidemiologie CMP

Hemoragické cévní mozkové příhody, hlavně primární ICH, vytváří menší procento všech mozkových příhod, a i přesto, že se vyskytují méně často, jsou spojeny s vysokou krátkodobou

mortalitou a dlouhodobou invaliditou, což z nich činí významný problém v oblasti veřejného zdraví (Ropper et al., 2019). Celosvětová incidence ICH se liší v závislosti na regionu a věkové struktuře populace. Je třeba poznamenat, že v rozvojových zemích je toto onemocnění stále častějším problémem, 87% úmrtí na cévní mozkovou příhodu se vyskytuje v zemích s nízkými a středními příjmy (Denny et al., 2019).

Sledování časových trendů ukazuje, že zatímco absolutní počet případů ICH v důsledku demografického stárnutí a růstu populace roste v mnoha regionech, věkem standardizované míry incidence a mortality vykazují v některých zemích a v mezinárodních analýzách stabilizaci nebo pozvolný pokles díky lepší kontrole rizikových faktorů (zejména hypertenze) a zlepšení některých zdravotnických služeb (Feigin et al., 2024).

Úmrtnost spojená s ICH je i nadále vysoká – časná letalita dosahuje v mnoha skupinách třetinových až čtyřicetiprocentních hodnot a funkční návrat k nezávislosti je u přeživších často omezený. Významnou prediktivní roli hrají velikost a lokalizace hematomu, věk pacienta a přítomnost sekundárních komplikací (Gorelick et al., 2021). Důsledkem vysoké mortality a časté dlouhodobé závislosti je výrazná individuální i společenská zátěž, která se projevuje dlouhodobou potřebou zdravotní a sociální péče, poklesem pracovní produktivity a zvýšenými náklady na zdravotní systém (Ropper et al., 2019).

Z epidemiologického hlediska jsou klíčové modifikovatelné rizikové faktory: arteriální hypertenze představuje nejdůležitější individuální rizikový faktor a podle řady populačních studií se podílí na více než polovině případů primární intracerebrální hemoragie. Kontrola krevního tlaku proto nadále představuje základní pilíř primární hypertenze (Denny et al., 2019).

Další významné rizikové faktory, které ovlivňují populační vzorec onemocnění, zahrnují užívání antikoagulancií (zejména při nesprávném monitoringu nebo u pacientů se zvýšeným rizikem krvácení), amyloidní angiopatii u starších pacientů, nadměrnou konzumaci alkoholu, poruchy koagulace a některé strukturální cévní abnormality (např. vaskulární malformace) častější u mladších pacientů (Gorelick et al., 2021). Analýzy globální zátěže onemocnění (Global Burden of Disease) a souhrnné studie potvrzují, že podíl ICH na celkové zátěži mrtvice (z hlediska úmrtí a DALY– disability adjusted life years) je významný, přestože se její relativní zastoupení mezi typy mrtvice liší podle jednotlivých regionů i použitých metod výzkumu (Feigin et al., 2024).

V praxi to znamená, že opatření ke snížení zátěže ICH musí kombinovat systematickou kontrolu rizikových faktorů, zejména arteriálního tlaku, zlepšení dostupnosti kvalitní primární péči a programů určené k bezpečné antikoagulaci, a současně zlepšit akutní péči, rehabilitaci a sběr epidemiologických dat prostřednictvím specializovaných registrů (Denny et al., 2019).

1.6 Ošetřovatelská péče při cévní mozkové příhodě

Sestra je klíčovým členem multidisciplinárního týmu, který zajišťuje komplexní péči o pacienty s hemoragickou cévní mozkovou příhodou. Je v nepřetržitém kontaktu s pacientem, a proto jako první zaznamenává změny v neurologickém stavu, chování, vědomí či vitálních funkcích. Tím významně přispívá k rychlé identifikaci komplikací, například expanze hematomu nebo

zvýšeného nitrolebního tlaku (Hickey, 2014). V týmu spolupracuje s lékaři neurologie, neurochirurgie, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy, nutričními terapeuty a sociálními pracovníky. Sestra koordinuje péči, předává informace, sleduje reakci pacienta na léčbu a poskytuje edukaci pacientovi v rodině (Slezáková, 2014).

1.6.1 Monitoring a sledování životních funkcí

Systematický a kontinuální monitoring životních funkcí je klíčovým prvkem péče o pacienta po hemoragické CMP. Sestra pravidelně sleduje krevní tlak, srdeční frekvenci, tepový rytmus, saturaci kyslíku, dechovou frekvenci, tělesnou teplotu a diurézu. U pacientů s tímto onemocněním je zvláště důležité sledování krevního tlaku, protože jeho výrazné zvýšení může přispět k progresi krvácení, zatímco příliš prudké snížení může vést ke snížené perfuzi mozkové tkáně. Správná hemodynamická rovnováha je proto nezbytná a vyžaduje pečlivé a přesné měření v krátkých intervalech, často každých 15 až 60 minut podle stavu pacienta (Hinkle et al., 2022).

Monitorace diurézy je nezbytná pro hodnocení hydratace a funkce ledvin, protože změny ve vylučování mohou odrážet hemodynamickou nestabilitu nebo komplikace, například poruchy elektrolytové rovnováhy. Důležitá je také kontrola tělesné teploty, protože hypertermie má negativní dopad na metabolismus mozku, zvyšuje spotřebu kyslíku a může zhoršovat neurologický deficit. Sestra proto aktivně usiluje o udržení normotermie (Slezáková, 2014).

Celkově je monitoring životních funkcí dynamický proces, který vyžaduje vysokou míru odbornosti a zodpovědnosti. Sestra musí nejen hodnotit naměřené hodnoty, ale také správně interpretovat a včas reagovat na odchylky, které mohou signalizovat zhoršení zdravotního stavu. Včasné rozpoznání klinických změn má zásadní vliv na prognózu pacienta po hemoragické CMP (Hinkle et al., 2022).

1.6.2 Prevence komplikací

Hemoragická CMP často vede k omezené mobilitě, a proto je prevence dekubitů zásadní. Sestra zajišťuje pravidelné polohování, kontrolu stavu kůže, používání antidekubitních pomůcek a udržování čisté, suché a hydratované kůže. Zhoršené vědomí, inkontinence a poruchy senzitivity riziko dále zvyšují, proto je nezbytná důsledná dokumentace a sledování ohrožených míst (Harding et al., 2023).

Pacienti s poruchou vědomí nebo polykání mají vysoké riziko aspirace. Prevence zahrnuje správné polohování (podložení hlavy do 30 stupňů), kontrolu polykacího reflexu, spolupráci s logopedem a podávání stravy a tekutin pouze po vyhodnocení schopnosti polykání. Pokud je riziko vysoké, je indikováno zavedení sondy nebo výživa jinou formou (Slezáková, 2014).

Infekce patří mezi nejčastější komplikace hemoragické CMP, zejména pneumonie a infekce močových cest. Prevence zahrnuje důslednou hygienu rukou, správnou péči o močový katetr, pravidelné odsávání dutiny ústní, podporu efektivního dýchání, mobilizaci a pečlivé zacházení s invazivními vstupy. Sestra sleduje teplotu, laboratorní hodnoty a klinické projevy infekce. U pacientů s poruchou vědomí je důležitá prevence aspirační pneumonie – kombinací péče o

ventilaci, orální hygienu a polohování (Hickey, 2014). Zvláštní pozornost se věnuje močovému katetru, který se používá jen při jasné indikaci a sestra zajišťuje jeho sterilní péči, aby se minimalizovalo riziko uroinfekce (Hinkle et al., 2022).

Výživa je důležitá pro hojení tkání, prevenci dekubitů a celkovou rekonvalescenci. Sestra sleduje příjem tekutin, bilance, tělesnou hmotnost a známky dehydratace. Pokud pacient nedokáže bezpečně polykat, je indikována enterální výživa sondou, kterou sestra kontroluje a pečuje o ni. Hydratace musí být přesně řízená, protože nadměrná i nízká hydratace mohou negativně ovlivnit nitrolební tlak (Harding et al., 2023).

1.6.3 Podpora komunikace

Sestra podporuje schopnost komunikace u pacientů s hemoragickou CMP tím, že přizpůsobuje způsob sdělování pacientovým schopnostem. U afázie využívá jednoduché věty, pomalou řeč, gestikulaci či obrázkové pomůcky a trpělivě čeká na odpověď. U dysartrie zajišťuje čas pro mluvení, podporuje spolupráci s logopedem a sleduje únavu člověka která může ovlivnit řeč. Součástí je i vedení rodiny k efektivní komunikaci s pacientem, aby byla zachována jeho důstojnost a motivace (Slezáková, 2014).

1.6.4 Komplikace v ošetrovatelské péči

Pacienti po hemoragické CMP jsou vystaveni vysokému riziku komplikací spojených s imobilitou a neurologickým deficitem. Mezi nejčastější patří dekubity, kontraktury, svalová atrofie a trombóza dolních končetin, které vznikají v důsledku dlouhodobé nehybnosti a snížené schopnosti spolupráce při rehabilitaci. Sestra má zásadní roli v prevenci těchto komplikací prostřednictvím pravidelného polohování, pasivních a aktivních cvičení, využívání ortéz a dlah, a monitorování integrity kůže. Současně sleduje známky progresu otoku končetin či výskytu bolestivosti, která by mohla signalizovat vznik hluboké žilní trombózy, a včas informuje lékaře (Slezáková, 2014).

Další častou skupinou komplikací jsou respirační a infekční problémy, zejména pneumonie, infekce močových cest a sepse. Pacienti s poruchou vědomí, polykání či s intubací jsou k těmto stavům velmi náchylní. Sestra se zaměřuje na prevenci aspirace, důslednou hygienu rukou, správnou péči o močové katétrů a udržování čisté a vlhké sliznice dutiny ústní. K prevenci infekcí je nezbytné také sledování vitálních funkcí a laboratorních parametrů, včasná detekce teplotních vzestupů a úzká spolupráce s lékařským týmem při nasazování antibiotické či jinak podpůrné terapie. Důsledné dodržování těchto opatření významně snižuje riziko sekundárních komplikací a sleduje prognózu pacienta (Hinkle et al., 2022).

1.6.5 Edukace a podpora rodiny

Rodina pacienta po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě hraje zásadní roli v zajištění dlouhodobé péče, neboť se často podílí na zajištění každodenních potřeb pacienta, jeho rehabilitaci a psychosociální adaptaci. Hemoragická CMP je spojena s náhlým vznikem závažného neurologického deficitu a nejistou prognózou, což výrazně ovlivňuje nejen samotného pacienta, ale i jeho rodinné příslušníky. Edukace rodiny je proto nedílnou součástí

komplexní rehabilitační péče a měla by obsahovat srozumitelné informace o charakteru onemocnění, jeho možném vývoji, zásadách bezpečné péče, prevenci komplikací a významu dlouhodobé rehabilitace (Gillen, 2021).

Efektivní podpora rodiny vyžaduje systematický a strukturovaný přístup ze strany zdravotnického týmu, přičemž významnou roli v tomto procesu má sestra. Edukace by neměla být jednorázová, ale kontinuální, přizpůsobená aktuálním potřebám pacienta i jeho blízkých a vedená s ohledem na jejich zdravotní gramotnost a psychickou zátěž. Součástí podpory je rovněž zapojení rodiny do rehabilitačního procesu, nácvik péče o pacienta, vysvětlení významu domácího cvičení a režimových opatření, stejně jako orientace v možnostech následné péče a sociální podpory. Takto pojatá edukace přispívá ke zlepšení kontinuity péče a snižuje riziko přetížení pečujících osob (Dietz a Ward, 2020).

Význam podpory rodiny potvrzují i současné ošetrovatelské studie, které zdůrazňují přínos intervencí zaměřených na celou rodinu, nikoliv pouze na pacienta. Rodinné rozhovory vedené sestrami a další formy cílené komunikace napomáhají lepšímu porozumění situace, posilují soudržnost rodiny a zvyšují schopnost společně zvládat dlouhodobé důsledky onemocnění. Rodina, která je adekvátně informována a podporována, je lépe připravena na péči v domácím prostředí, vykazuje nižší míru stresu a zároveň se stává aktivním partnerem zdravotnického týmu v procesu rekonvalescence pacienta (Pusa et al., 2022).

V posledních letech se stále více zdůrazňuje význam rodiny v péči o pacienty po cévní mozkové příhodě, přičemž toto onemocnění je vnímáno jako záležitost, která ovlivňuje nejen pacienta, ale i jeho blízké. Všeobecné sestry proto hodnotí potřeby jak pacienta, tak jeho rodiny, aby mohly poskytovat komplexní a individuálně přizpůsobenou péči (Pusa et al., 2022).

Výzkumy ukazují, že intervence zaměřené na podporu rodiny jsou v péči o pacienty po poškození mozku běžnou součástí praxe a často kladou důraz především na emocionální podporu. Ta, jako forma empatické a podpůrné komunikace, napomáhá pacientům i jejich rodinám lépe porozumět vzniklé situaci a vyrovnat se s novými životními okolnostmi (Pusa et al., 2022).

1.7 Rehabilitační a ošetrovatelský plán

Rehabilitace po intracerebrálním krvácení má za cíl zvýšit pravděpodobnost zotavení funkcí, omezit následné komplikace a co nejvíce obnovit soběstačnost v každodenních aktivitách (Gillen, 2021). Rehabilitace představuje dlouhodobý adaptivní proces, při které hraje klíčovou roli opakovaný nácvik funkčních činností v průběhu měsíců až let. Tento proces je zásadní pro dosažení co nejlepší rekonvalescence pacienta po cévní mozkové příhodě. Dosavadní poznatky se zaměřují především na intenzitu fyzické a funkční rehabilitace, zatímco v oblasti psychologických, kognitivních a sensorických následků CMP je dostupných informací méně. Přesto lze některé principy nácviku a tréninku využít i při jejich terapii (Royal College of physicians, 2023).

U pacientů s ICH je rehabilitační proces podobný jako po ischemické CMP z hlediska principů neurorehabilitace – platí zásady časného zahájení, intenzivní a cílené terapie zaměřené na konkrétní funkční schopnosti, komplexní přístup a průběžné hodnocení výsledků. Avšak existují specifické nuance týkající se načasování terapií a medicínské stabilizace, které je nutné respektovat (Saulle a Schambra, 2016).

V péči o pacienty po ICH hraje důležitou roli multidisciplinární tým. Logoped se zaměřuje na poruchy polykání, řeči a kognitivní funkce, které jsou u těchto pacientů časté. Lékař koordinuje činnost celého rehabilitačního týmu a zároveň optimalizuje zdravotní stav pacienta tak, aby byla umožněna jeho aktivní účast na rehabilitacích. Pro zařazení do intenzivního rehabilitačního programu je totiž nutné, aby pacient byl schopen absolvovat přibližně tři hodiny denně a současně vyžadoval nepřetržitou lékařskou a ošetrovatelskou péči (Saulle a Schambra, 2016).

Optimální načasování zahájení rehabilitace u pacientů po hemoragický CMP vyžaduje vyvážení mezi nutností včasného stimulačního zásahu a potřebou klinické stability (zejména hemodynamické a neurologické). Mnohé odborné přehledy doporučují zahájení rehabilitačních intervencí v co nejkratším čase po dosažení stabilizace akutního stavu, typicky v průběhu jednoho dne až týdnů po příhodě, pokud to stav dovolí, přičemž bezpodmínečná indikace k zahájení terapie je závislá na individuální stabilitě pacienta (Saulle a Schambra, 2016).

Zahájení rehabilitace v prvních 7 až 14 dnech bývá spojeno s lepšími funkčními výsledky u mnoha pacientů, ovšem u některých klinických situací (rychle progredující edém, zhoršování neurologického stavu, nediagnostikované nebo neléčené komplikace) je nezbytné terapii odložit do doby, než je pacient stabilizován (Dietz a Ward, 2020).

Hlavními cíli rehabilitace jsou obnovení mobility, zlepšení soběstačnosti v sebeobsluze, obnovení komunikačních schopností, snížení bolesti a spasticity, obnovení kognitivních funkcí a návrat k sociální participaci (Gillen, 2021).

Komplexní vstupní posouzení zahrnuje neurologické a funkční vyšetření, posouzení motoriky včetně svalové síly, rozsahu pohybu a míry spasticity, dále vyšetření stability a chůze, kognitivní screening, hodnocení řeči a polykání, stav kůže a riziko dekubitů, nutriční stav a psychosociální podporu. Standardizované škály (např. Bartel index, NIHSS, GCS, dysfagické testy) se používají k objektivizaci výchozího stavu i k měření pokroku (Lazaro et al., 2020).

Rehabilitace je multimodální a zahrnuje fyzioterapeutické postupy, jako nácvik vertikalizace, trénink chůze, protahování a posilovací cvičení, ergoterapeutické intervence zaměřené na nácvik každodenních činností a adaptaci prostředí, logopedickou terapii, neuropsychologickou rehabilitaci orientovanou na kognitivní trénink a využití kompenzačních strategií a ošetrovatelskou péči cílenou na prevenci komplikací. Moderní přístupy mohou zahrnovat robotickou asistenci, virtuální realitu, elektromodulační techniky a intenzivní opakovací trénink orientovaný na úkoly. Konkrétní výběr metod závisí na možnostech pracoviště a individuálních potřebách pacienta (Gillen, 2021).

Vyšší intenzita rehabilitačního tréninku bývá spojena s lepšími výsledky, pokud je pacient schopen terapie tolerovat. Současně je nezbytné zahrnout rodinu do edukace a domácích cvičebních programů, aby bylo možné udržet efekt intervencí po propuštění (Gillen, 2021). Plán propuštění by měl být připravován individuálně, s jasným popisem pokračujících cílů terapie, domovních úprav a kontaktních míst pro následnou péči (Royal College of physicians, 2023).

Úspěšná rehabilitace je závislá na úzké spolupráci mezi neurology, rehabilitačními specialisty, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy, neuropsychologie, ošetřovateli a sociálními pracovníky. Sestra má klíčovou roli v monitorování tolerance terapie, prevenci komplikací, edukaci pacienta a jeho rodiny a v koordinaci kontinuity péče mezi nemocnicí a komunitou (Lazaro et al., 2020).

2 Výzkumná část

Výzkumná část této bakalářské práce se zaměřuje na zjištění úrovně povědomí všeobecných sester o specifikách péče u pacientů po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě. Výzkum byl realizován formou dotazníkového šetření mezi všeobecnými sestrami pracujícími mimo neurologická oddělení.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo zjistit povědomí všeobecných sester pracujících mimo neurologická oddělení o specifikách péče o pacienty po hemoragické cévní mozkové příhodě.

Výzkumné otázky:

1. Jaké znalosti mají všeobecné sestry o specifikách ošetrovatelské péče u pacientů po hemoragické cévní mozkové příhodě?
2. Jaké jsou znalosti všeobecných sester o nejčastějších komplikacích po hemoragické CMP a možnostech jejich prevence?
3. Jak jsou všeobecné sestry seznámeny s problematikou rehabilitace a edukace pacientů po hemoragické CMP?

2.2 Metodika výzkumu

Pro zpracování bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce. V úvodu dotazníku je seznámení s účelem a pokyny pro respondenta k vyplnění. Dotazník byl zcela anonymní a tvořilo ho celkem 21 otázek. 19 otázek bylo uzavřených a 2 otázky (otázky č. 2 a 20) otevřené. První dvě otázky sloužily k charakteristice výzkumného souboru a ostatní otázky se zaměřují na onemocnění. Získané odpovědi jsem zpracovala do grafů a tabulek a následně vyhodnotila.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření bylo realizováno v Nemocnici Jihlava po schválení žádosti o provedení dotazníkového výzkumu (viz příloha č. 1). Sběr dat probíhal rovněž prostřednictvím internetu, což umožnilo oslovit širší okruh respondentů. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na všeobecné sestry pracující mimo neurologická oddělení, které představovaly výzkumný soubor této bakalářské práce. Dotazníky byly respondentům distribuovány převážně formou internetového odkazu, který byl sdílen mezi všeobecnými sestrami. Menší část dotazníků byla distribuována také v papírové podobě přímo ve zdravotnickém zařízení. Cílem tohoto způsobu distribuce bylo získat dostatečný počet respondentů a zajistit širší zastoupení všeobecných sester pracujících na různých odděleních zdravotnických zařízení.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v období od prosince 2025 do dubna 2026. Dotazníky byly distribuovány převážně prostřednictvím internetového odkazu, který byl sdílen mezi všeobecnými sestrami.

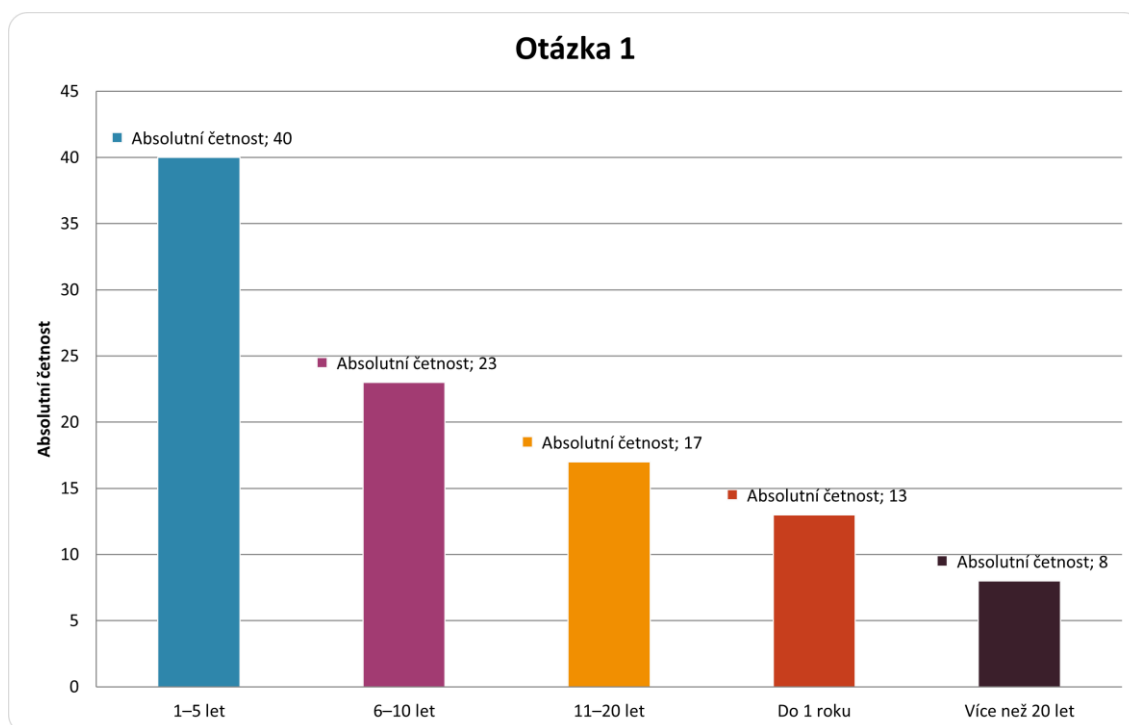
Papírová forma dotazníku byla distribuována po domluvě s vrchními sestrami na vybraných odděleních Nemocnice Jihlava. Celkem bylo rozdáno 20 papírových dotazníků, z nich se mi vrátilo 15, což představuje návratnost 75 %. Kombinace elektronické a papírové formy distribuce umožnila získat dostatečný počet respondentů, celkem 101, pro realizaci výzkumného šetření.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovala a následně vyhodnotila pomocí programu Microsoft Excel. Pro přehled jsem vybrala sloupcové grafy s barevným rozlišením jednotlivých odpovědí. Pod každým grafem je zaznamenána legenda pro shrnutí výzkumných dat.

2.6 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1: Délka praxe ve zdravotnictví?

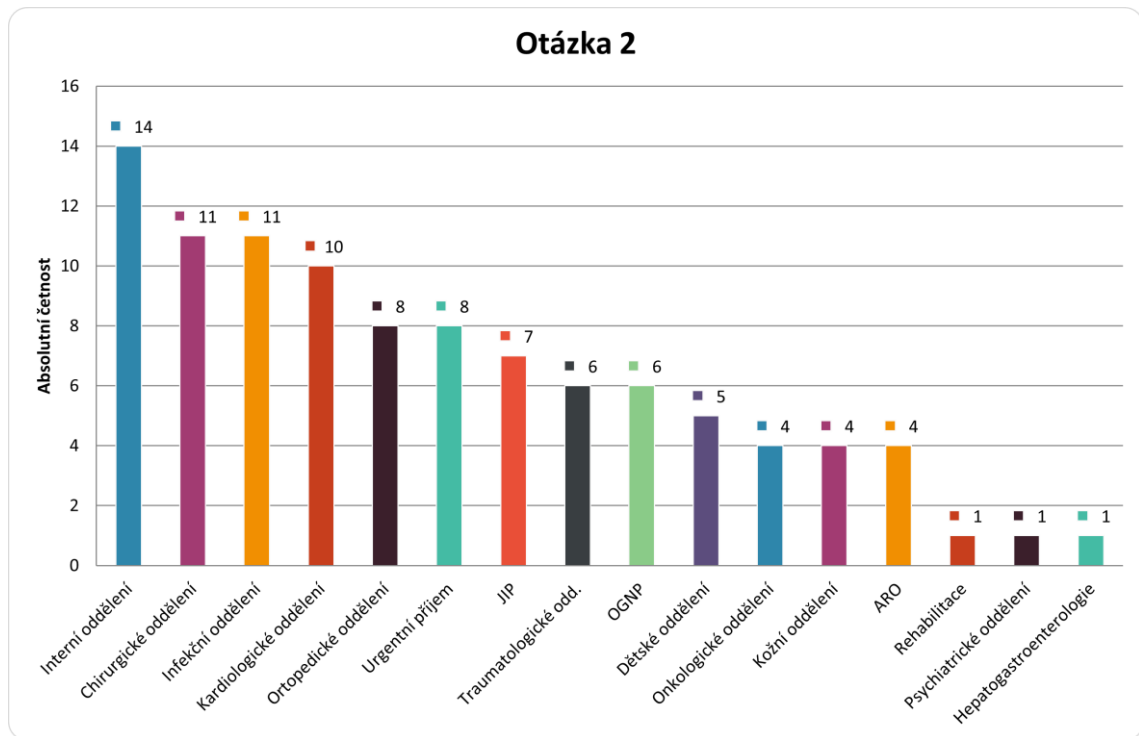


Graf 1: délka praxe

Zdroj: autor práce

V grafu 1 je znázorněna délka praxe respondentů ve zdravotnictví. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů uvedlo praxi v rozmezí 1 až 5 let 40 (39,6 %) z nich. Praxi v rozmezí 6–10 let uvedlo 23 (22,8 %) respondentů. Ve skupině 11–20 let praxe bylo 17 (16,8 %) respondentů. Praxi do 1 roku uvedlo 13 (12,9 %) respondentů. Nejmenší zastoupení měli respondenti s praxí více než 20 let, a to 8 (7,9 %) respondentů.

Otázka č. 2: Na jakém oddělení pracujete?

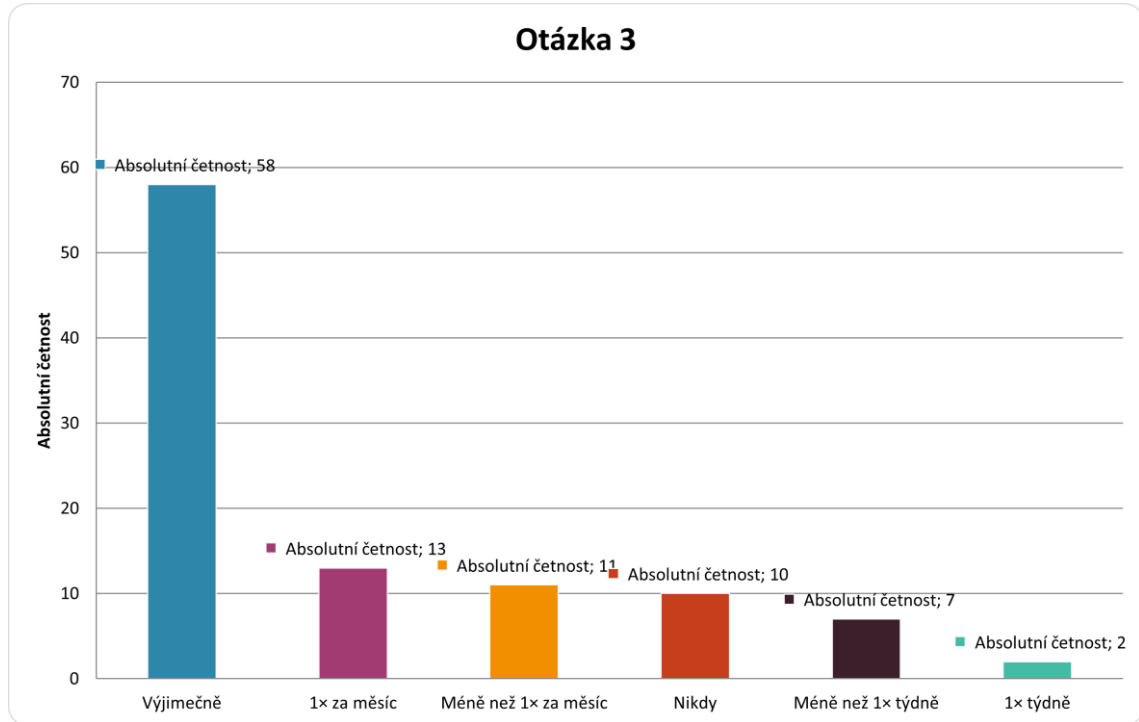


Graf 2: pracoviště

Zdroj: autor práce

V grafu 2 je znázorněno pracoviště respondentů. Celkem 101 (100 %) respondentů pracuje nejvíce z nich na interním oddělení, a to 14 (13,9 %). Na chirurgickém oddělení a infekčním oddělení pracuje shodně 11 (10,9 %) respondentů. Na kardiologickém oddělení pracuje 10 (9,9 %) respondentů. Na ortopedickém oddělení a urgentním příjmu pracuje shodně 8 (7,9 %) respondentů. Na traumatologickém oddělení a oddělení následné péče pracuje shodně 6 (5,9 %) respondentů. Na dětském oddělení je 5 (5,0 %) respondentů. Na onkologickém, kožním, anesteziologicko-resuscitačním oddělení pracují shodně 4 (4,0 %) respondenti. Nejmenší zastoupení mají respondenti pracující na rehabilitačním, psychiatrickém oddělení a hepatogastroenterologii, kde pracuje vždy 1 (1,0 %) respondent.

Otázka č. 3: Jak často se setkáváte s pacienty po prodělané hemoragické CMP?

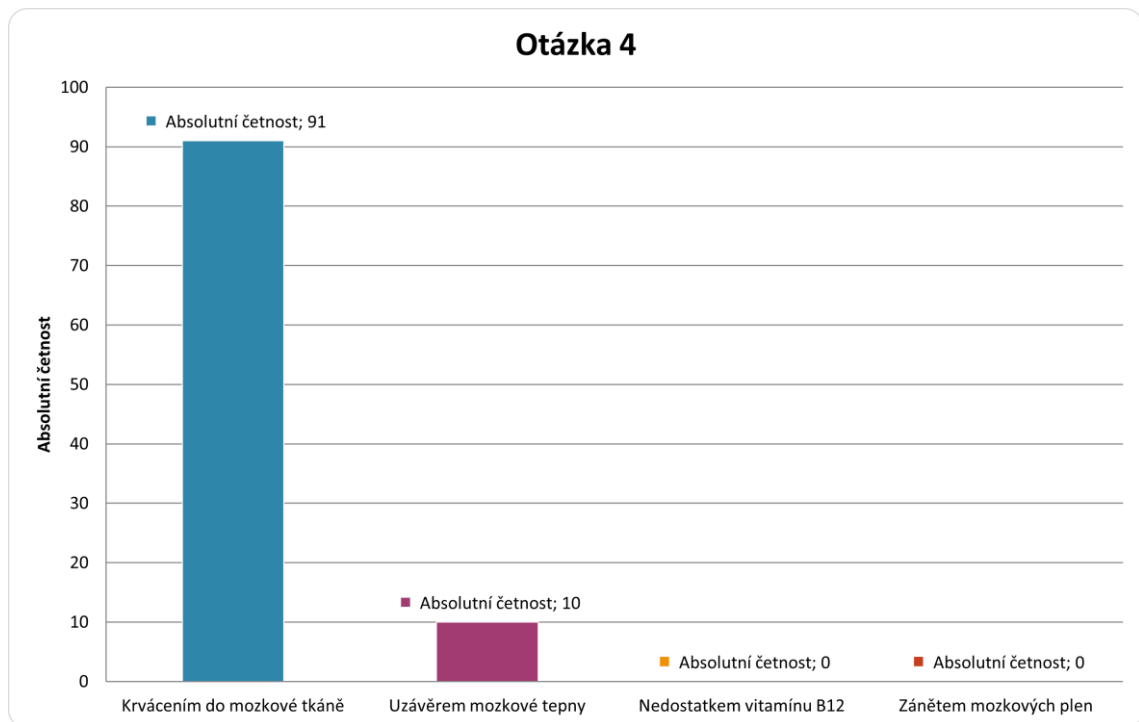


Graf 3: Četnost setkání s hemoragickou CMP

Zdroj: autor práce

V grafu 3 je znázorněna četnost setkávání respondentů s pacienty po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě. Z celkového počtu 101 (100 %) odpovědí uvedlo 58 (57,4 %) respondentů, že se s těmito pacienty setkávají výjimečně. Frekvenci 1x za měsíc uvedlo 13 (12,9 %) respondentů. Méně než 1x za měsíc se s těmito pacienty setkává 11 (10,9 %) respondentů. Možnost nikdy zvolilo 10 (9,9 %) respondentů. Méně než 1x týdně uvedlo 7 (6,9 %) respondentů a 1x týdně se s pacienty po prodělané hemoragické CMP setkávají pouze 2 (2,0 %) respondenti.

Otázka č. 4: Jak vzniká hemoragická CMP?

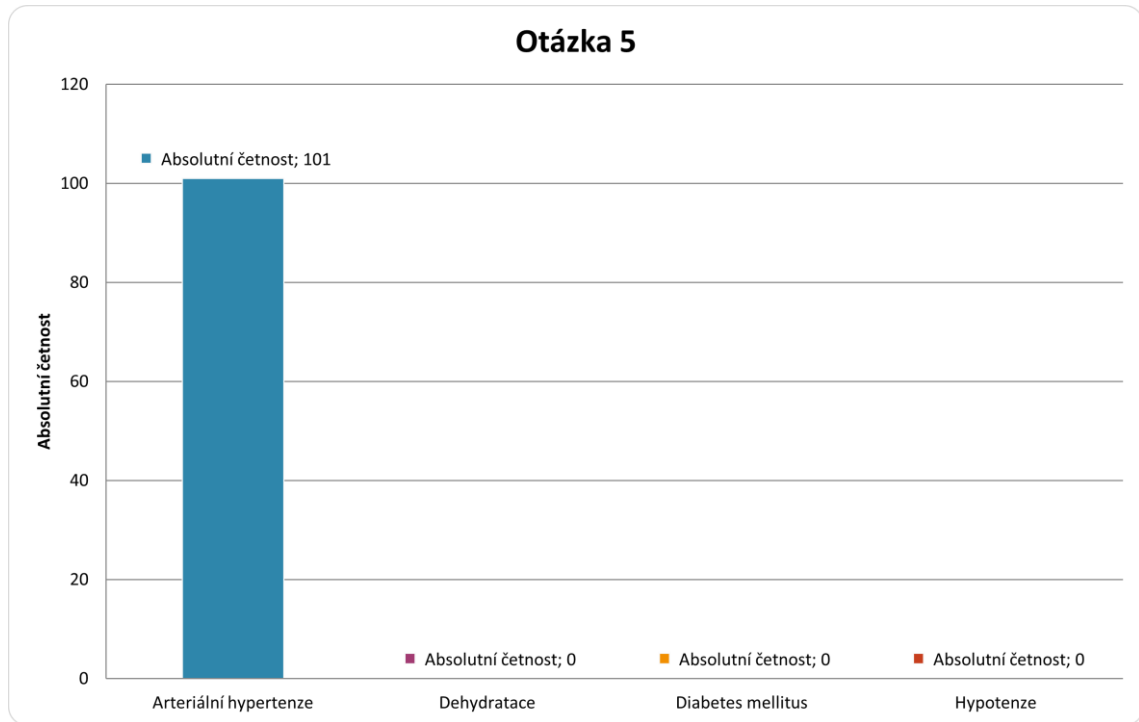


Graf 4: vznik hemoragické CMP

Zdroj: autor práce

V grafu 4 je znázorněno, jak podle respondentů vzniká hemoragická cévní mozková příhoda. Ze 101 (100 %) odpovědí uvádí 91 (90,1 %) respondentů, že hemoragická CMP vzniká krvácením do mozkové tkáně. 10 (9,9 %) respondentů se milně domnívá, že vzniká uzávěrem mozkové tepny. Možnosti nedostatek vitamínu B12 a zánět mozkových plen nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 5: Nejčastější příčinou hemoragické CMP je?

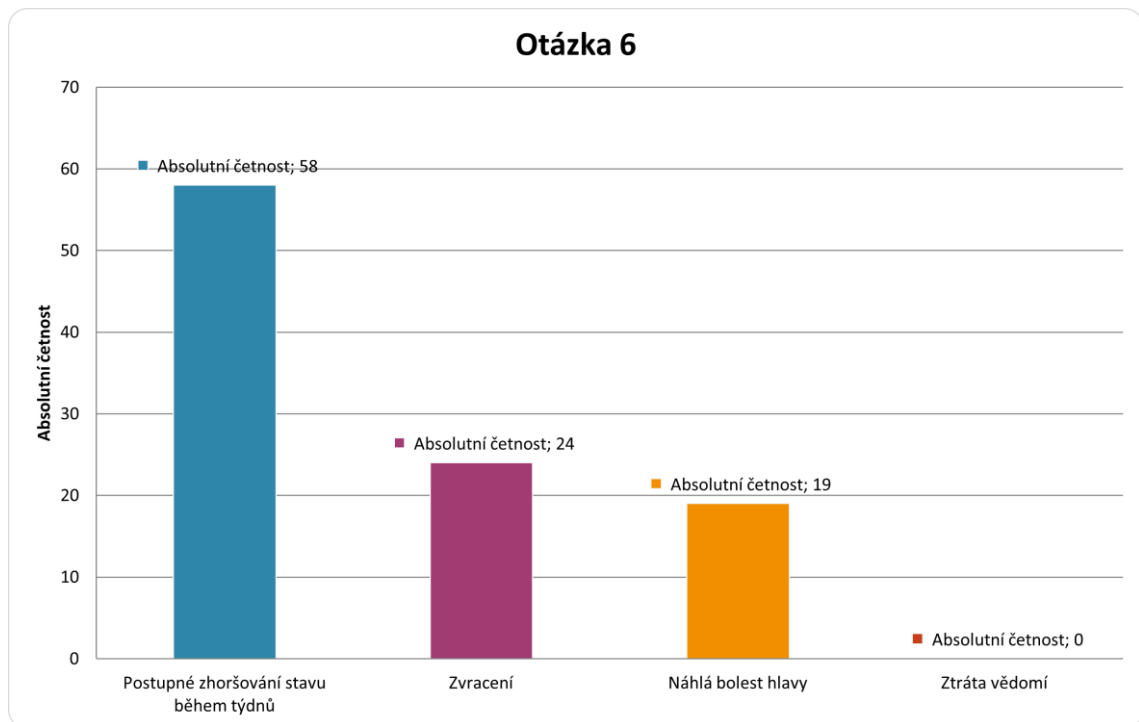


Graf 5: příčina hemoragické CMP

Zdroj: autor práce

V grafu 5 je znázorněno, jakou příčinu hemoragické cévní mozkové příhody respondenti považují za nejčastější. Z celkového počtu 101 (100 %) odpovědí uvádí 101 (100 %) respondentů jako nejčastější příčinu arteriální hypertenzi. Možnosti dehydratace, diabetes mellitus a hypotenze nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 6: Který z následujících příznaků není typický pro hemoragickou CMP?

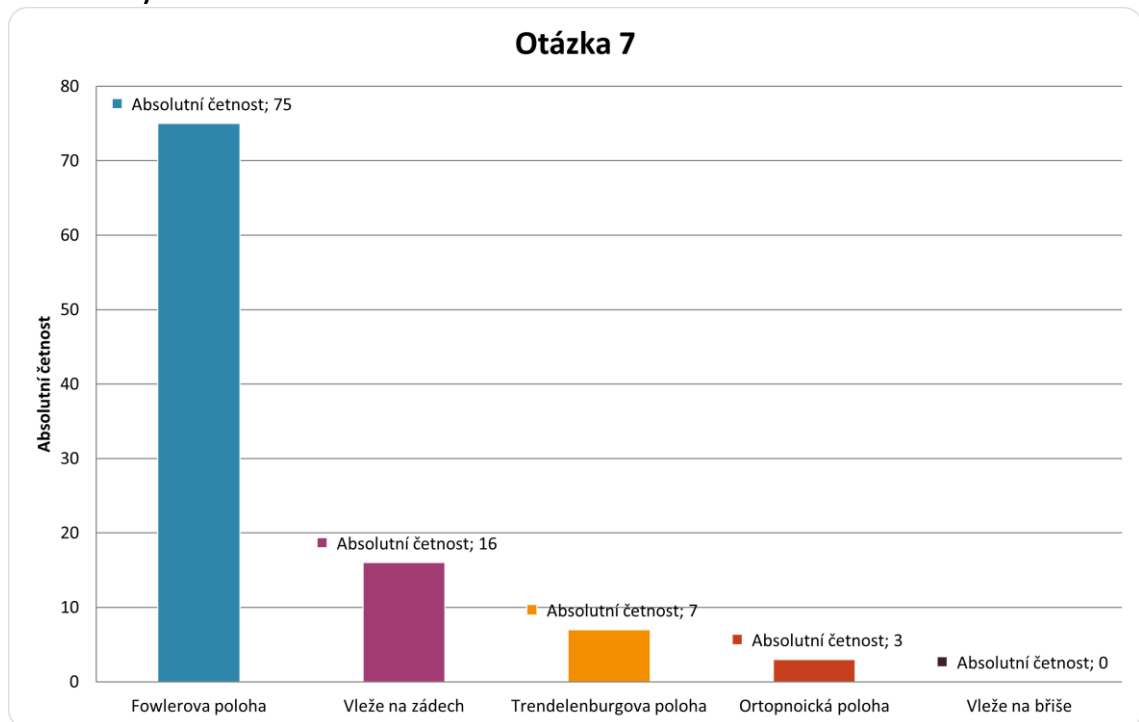


Graf 6: příznaky hemoragické CMP

Zdroj: autor práce

Graf 6 ukazuje, který z uvedených příznaků respondenti nepovažují za typický pro hemoragickou cévní mozkovou příhodu. Celkem ze 101 (100 %) odpovědí uvádí 58 (57,4 %) respondentů možnost postupné zhoršování stavu během týdnů. Možnost zvracení milně uvádí 24 (23,8 %) respondentů a náhlou bolest hlavy milně uvádí 19 (18,8 %) respondentů. Možnost ztráta vědomí nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 7: Jaká poloha je vhodná u pacienta po hemoragické CMP (bez šoku a bez bezvědomí)?

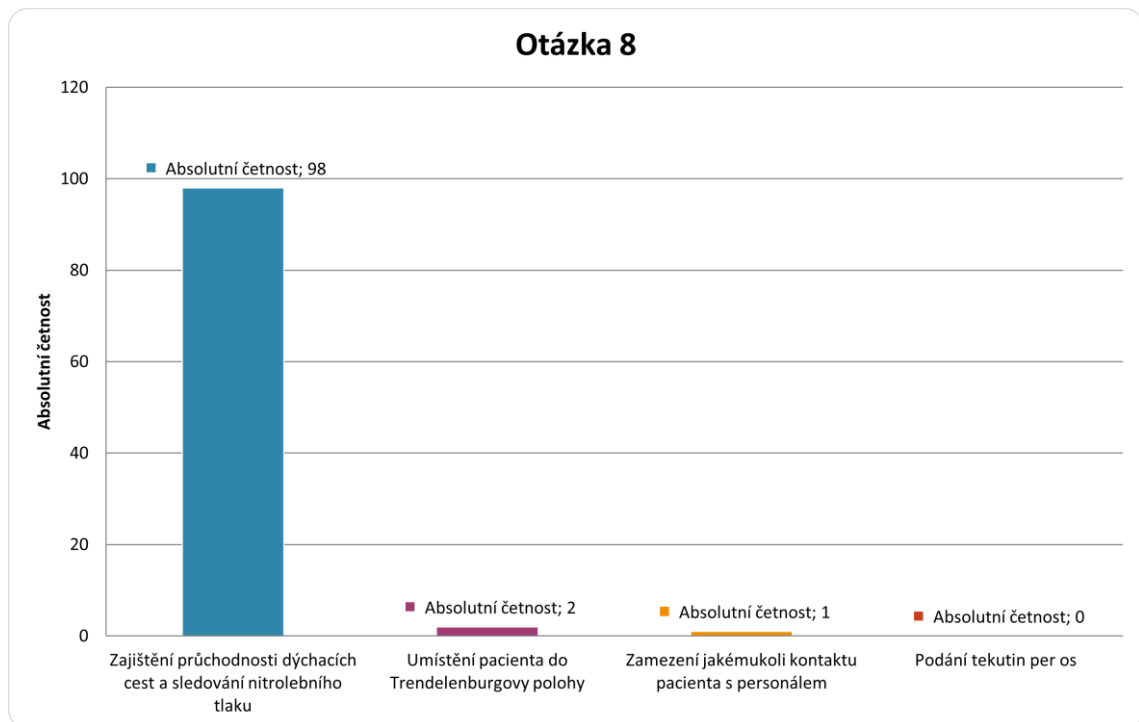


Graf 7: poloha pacienta

Zdroj: autor práce

V grafu 7 je znázorněno, jakou polohu respondenti považují za vhodnou u pacienta po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě (bez šoku a bez bezvědomí). Z celkového počtu 101 (100 %) odpovědí označuje 75 (74,3 %) respondentů jako nejvhodnější Fowlerovu polohu. 16 (15,8 %) respondentů volí polohu vleže na zádech. Trendelenburgovu polohu uvádí 7 (6,9 %) respondentů a ortopnoickou polohu označují 3 (3,0 %) respondenti. Možnost vleže na břiše nevybral žádný respondent.

Otázka č. 8: Co je při péči o pacienta po hemoragické CMP nejdůležitější v akutní fázi?

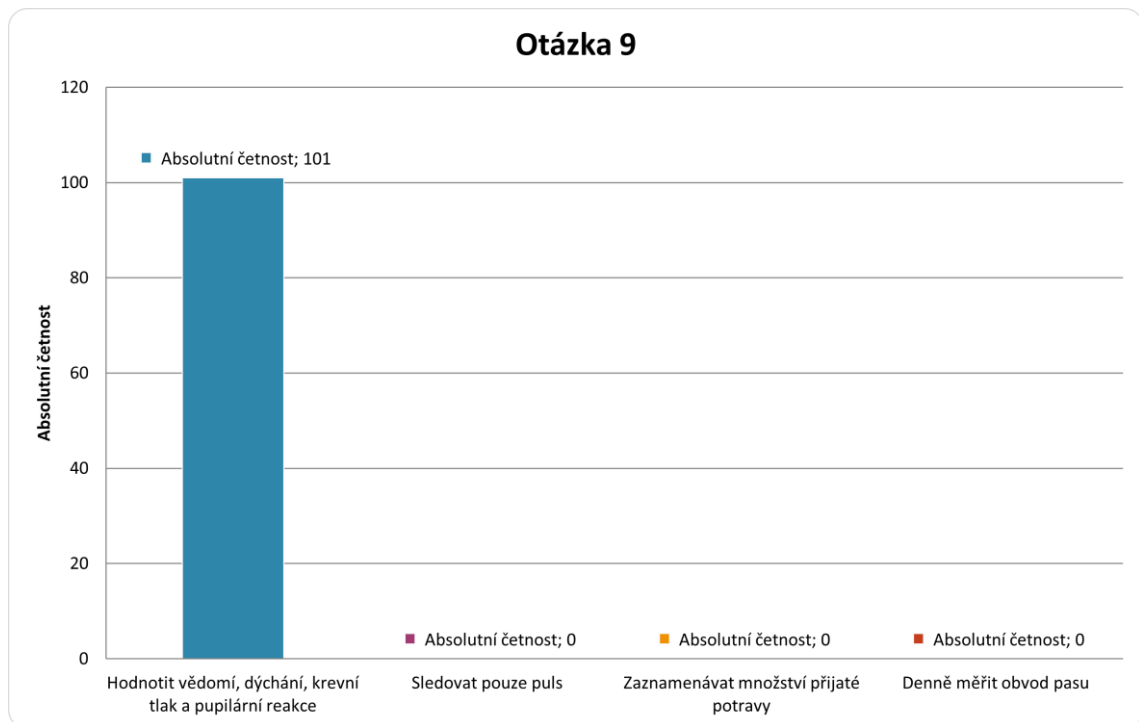


Graf 8: akutní péče

Zdroj: autor práce

Graf 8 ukazuje, co respondenti považují za nejdůležitější při péči o pacienta po hemoragické cévní mozkové příhodě v akutní fázi. Z celkových 101 (100 %) odpovědí označuje 98 (97,0 %) respondentů jako nejdůležitější zajištění průchodnosti dýchacích cest a sledování nitrolebního tlaku. 2 (2,0 %) respondenti uvádějí umístění pacienta do Trendelenburgovy polohy. Možnost zamezení jakémukoli kontaktu pacienta s personálem označuje 1 (1,0 %) respondent. Podání tekutin per os ne zvolil žádný respondent.

Otázka č. 9: Při sledování stavu pacienta po hemoragické CMP je nejdůležitější?

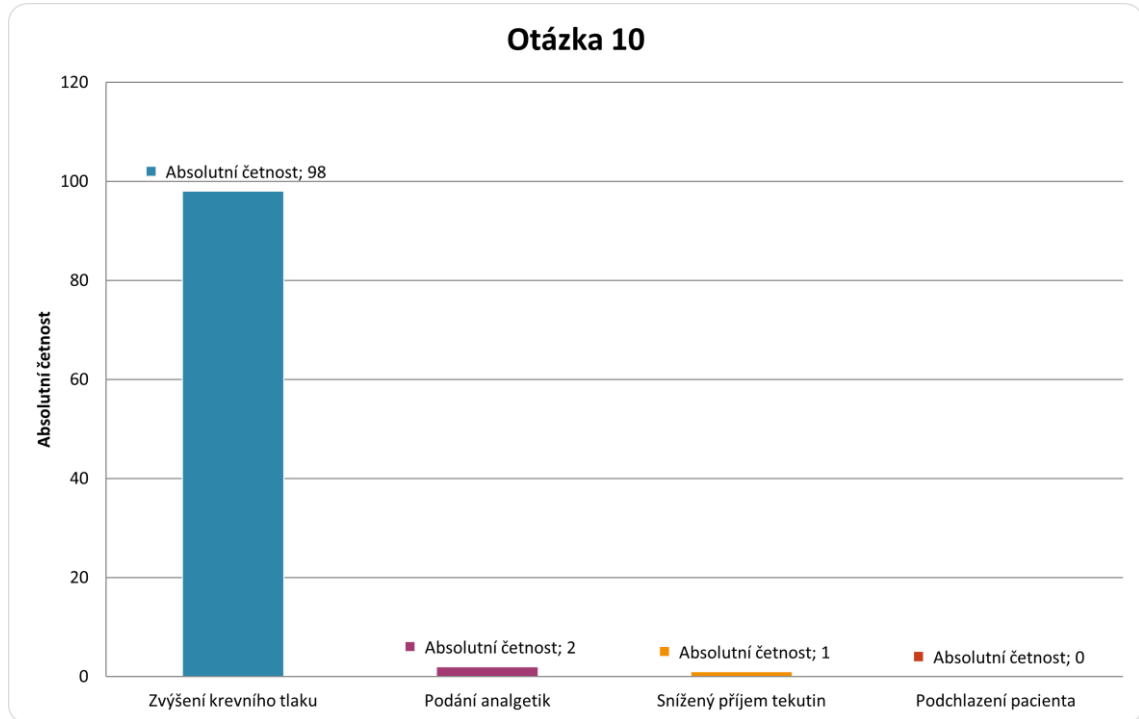


Graf 9: následná péče

Zdroj: autor práce

Graf 9 znázorňuje, co respondenti považují za nejdůležitější při sledování stavu pacienta po hemoragické cévní mozkové příhodě. Z celkového počtu 101 (100 %) odpovědí uvádí 101 (100 %) respondentů jako nejdůležitější hodnocení vědomí, dýchání, krevního tlaku a pupilární reakce. Možnosti sledovat pouze puls, zaznamenávat množství přijaté potravy a denně měřit obvod pasu neoznačil žádný respondent.

Otázka č. 10: Který faktor může vést ke zhoršení krvácení?

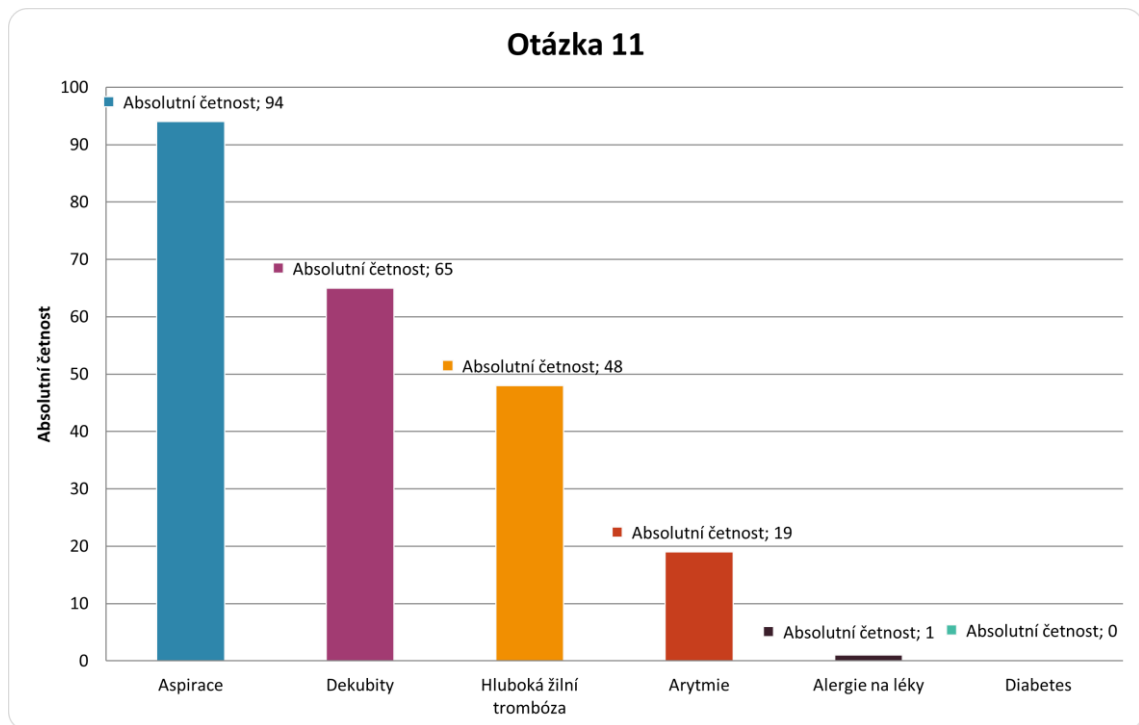


Graf 10: faktor pro zhoršení stavu

Zdroj: autor práce

Graf 10 ukazuje, který faktor může podle respondentů vést ke zhoršení krvácení u pacienta s hemoragickou cévní mozkovou příhodou. Z celkového počtu 101 (100 %) odpovědí uvádí 98 (97,0 %) respondentů jako rizikový faktor zvýšení krevního tlaku. 2 (2,0 %) respondenti označují podání analgetik a 1 (1,0 %) respondent uvádí snížený příjem tekutin. Možnost podchlazení pacienta ne zvolil žádný respondent.

Otázka č. 11: Nejčastější komplikace po hemoragické CMP jsou?

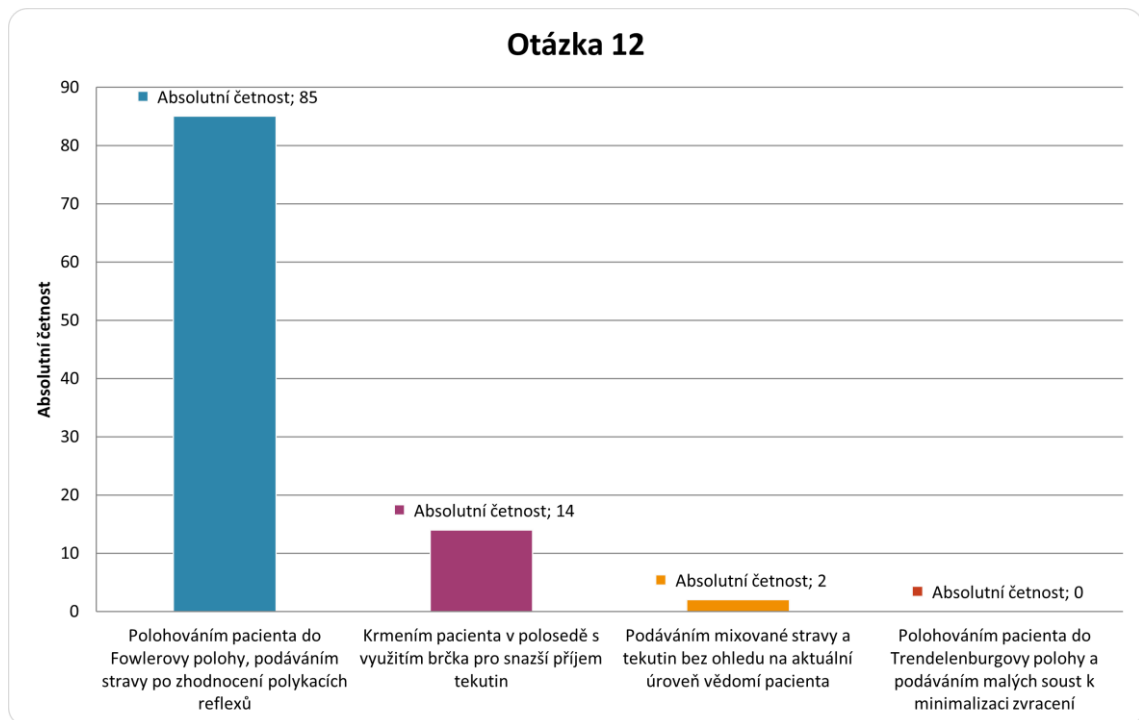


Graf 11: nejčastější komplikace

Zdroj: autor práce

Graf 11 znázorňuje, jaké komplikace po hemoragické cévní mozkové příhodě respondenti považují za nejčastější. U této otázky měli respondenti možnost označit jednu nebo více odpovědí. Nejčastěji uváděnou komplikací je aspirace, kterou označuje 94 (93,1 %) respondentů. Dále dekubity, které označuje 65 (64,4 %) respondentů, a hlubokou žilní trombózu, kterou uvádí 48 (47,5 %) respondentů. Arytmii považuje za častou komplikaci 19 (18,8 %) respondentů a alergii na léky uvádí 1 (1,0 %) respondent. Možnost diabetes neoznačuje žádný respondent.

Otázka č. 12: Prevenci aspirace zajišťujeme?

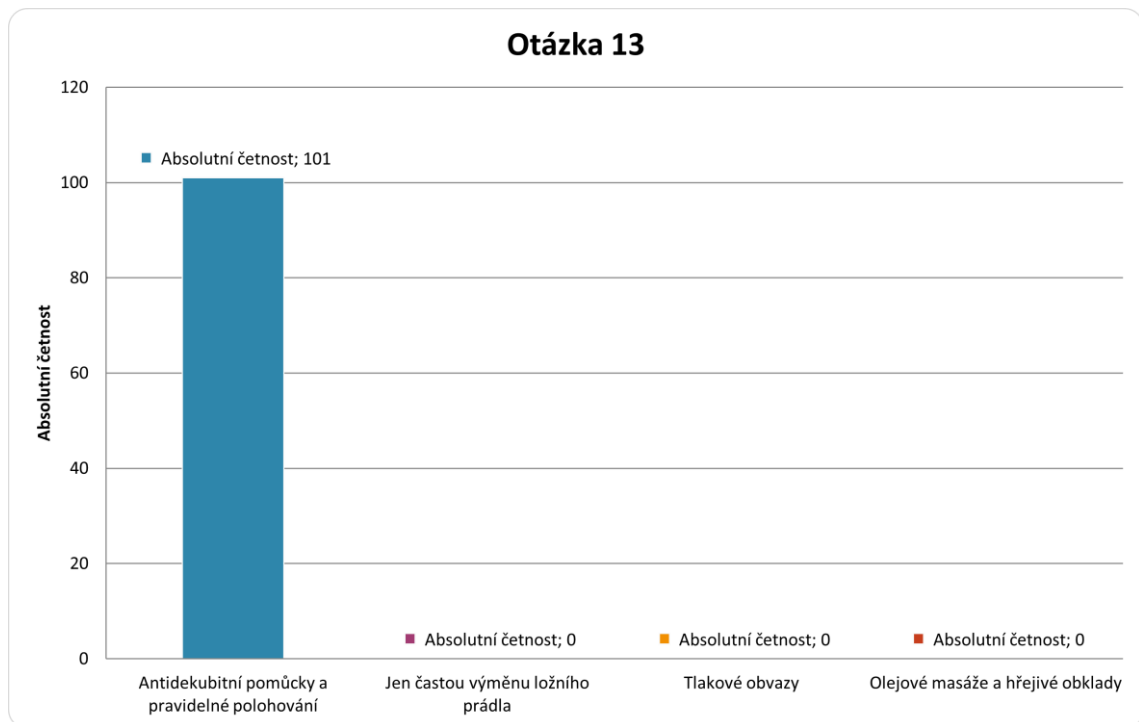


Graf 12: aspirace

Zdroj: autor práce

Graf 12 ukazuje, jakým způsobem respondenti zajišťují prevenci aspirace u pacienta po hemoragické cévní mozkové příhodě. Z celkového počtu 101 (100 %) odpovědí uvádí 85 (84,2 %) respondentů, že prevenci aspirace zajišťují polohováním pacienta do Fowlerovy polohy a podáváním stravy po zhodnocení polykacích reflexů. 14 (13,9 %) respondentů uvádí krmení pacienta v polosedě s využitím brčka pro snazší příjem tekutin. 2 (2,0 %) respondenti označují možnost podávání mixované stravy a tekutin bez ohledu na aktuální úroveň vědomí pacienta. Možnost polohování pacienta do Trendelenburgovy polohy a podávání malých soust k minimalizaci zvracení neoznačuje žádný respondent

Otázka č. 13: Při prevenci dekubitů používáme?

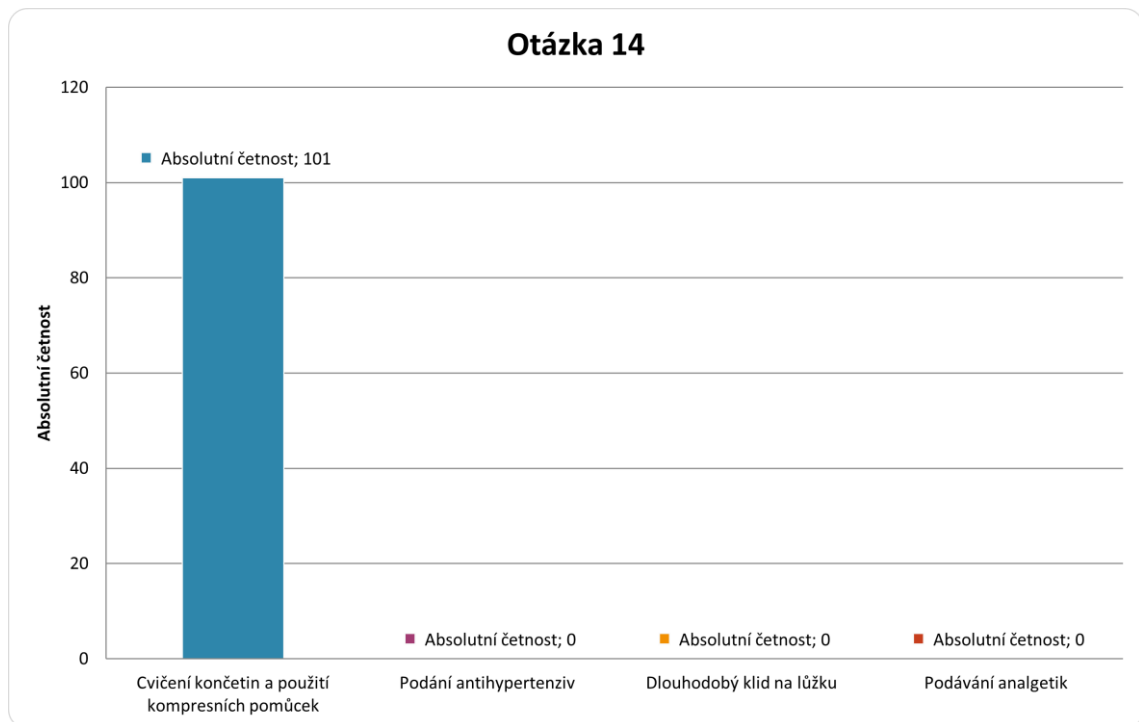


Graf 13: prevence dekubitů

Zdroj: autor práce

Graf 13 znázorňuje, jaké postupy respondenti uvádějí při prevenci dekubitů u pacientů po hemoragické cévní mozkové příhodě. Z celkového počtu 101 (100 %) odpovědí označuje 101 (100 %) respondentů jako správný postup používání antidekubitních pomůcek a pravidelné polohování pacienta. Možnosti jen častá výměna ložního prádla, tlakové obvazy anebo olejové masáže a hřejivé obklady neoznačuje žádný respondent.

Otázka č. 14: Prevence trombózy zahrnuje?

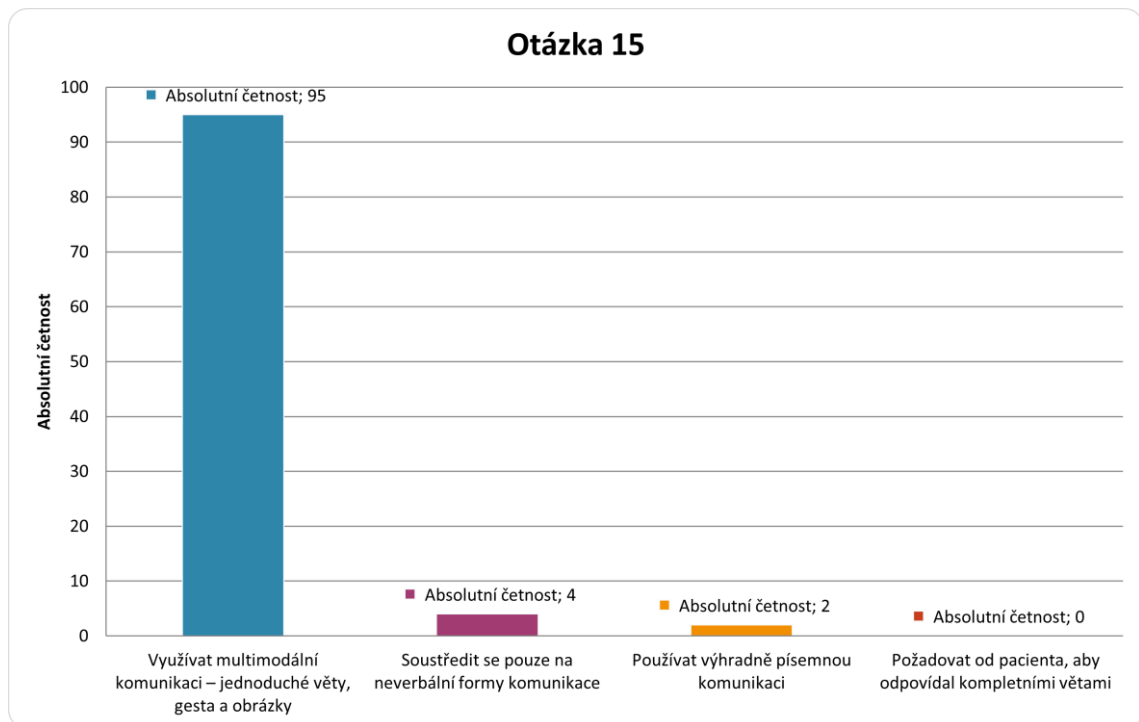


Graf 14: prevence trombózy

Zdroj: autor práce

Graf 14 ukazuje, jaké postupy respondenti uvádějí při prevenci trombózy. Z celkového počtu 101 (100 %) odpovědí označuje 101 (100 %) respondentů jako správný postup cvičení končetin a použití kompresních pomůcek. Možnosti podání antihypertenziv, dlouhodobý klid na lůžku anebo podávání analgetik neoznačuje žádný respondent.

Otázka č. 15: U pacienta s afázií je vhodné?

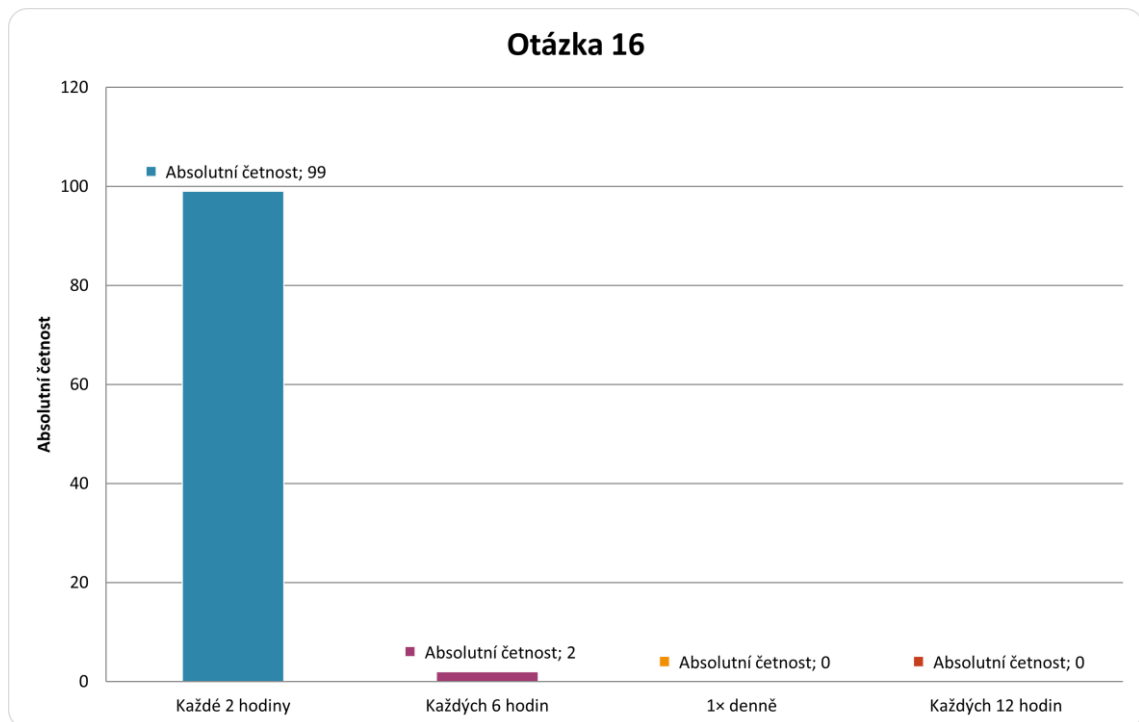


Graf 15: afázie

Zdroj: autor práce

Graf 15 znázorňuje, jaký způsob komunikace respondenti považují za vhodný u pacienta s afázií. Celkem ze 101 (100 %) odpovědí uvádí 95 (94,1 %) respondentů jako nevhodnější využívání multimodální komunikace, tedy jednoduchých vět, gest a obrázků. 4 (4,0 %) respondenti označují možnost soustředit se pouze na neverbální formy komunikace a 2 (2,0 %) respondenti uvádějí používání výhradně písemné komunikace. Možnost požadovat od pacienta odpovědi v kompletních větách neoznačuje žádný respondent.

Otázka č. 16: Pacienta s omezenou hybností je vhodné polohovat?

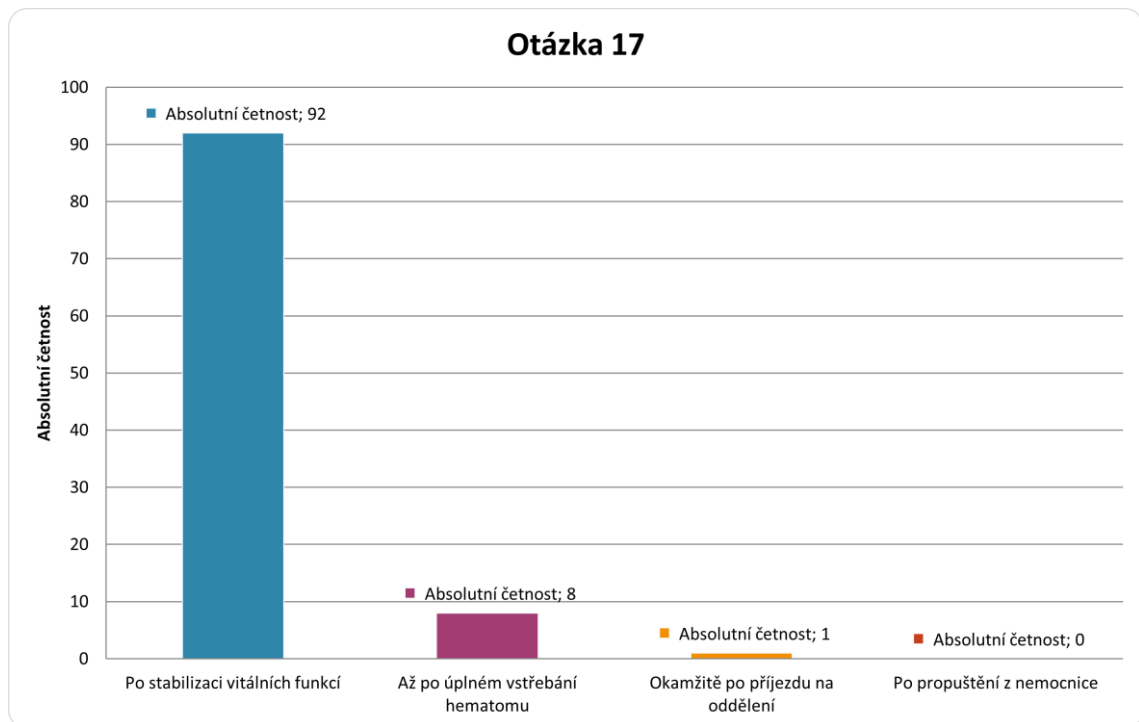


Graf 16: polohování

Zdroj: autor práce

Graf 16 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, po jaké době je vhodné polohovat pacienta s omezenou hybností. Z celkového počtu 101 (100 %) odpovědí uvedlo 99 (98,0 %) respondentů, že je vhodné pacienta polohovat každé 2 hodiny. 2 (2,0 %) respondenti se domnívají, že postačuje polohování každých 6 hodin. Možnosti 1 x denně a každých 12 hodin nebyly zvoleny žádným respondentem.

Otázka č. 17: Rehabilitace pacienta po hemoragické CMP se zahajuje?

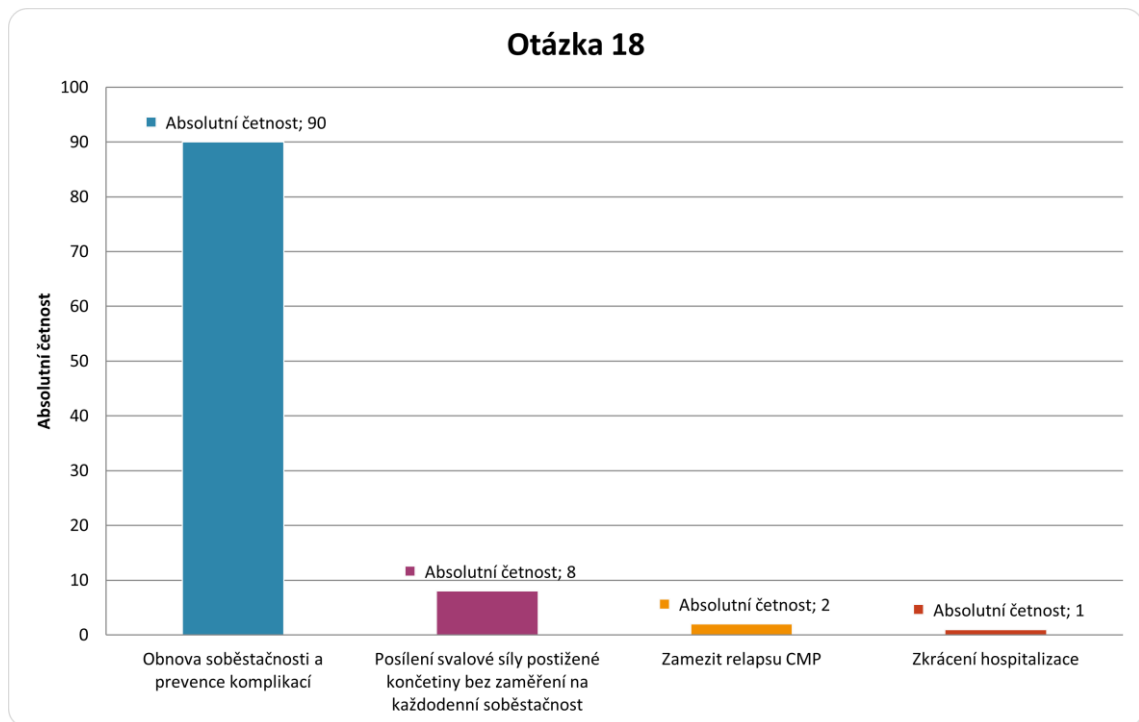


Graf 17: rehabilitace

Zdroj: autor práce

Graf 17 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, kdy by měla být zahájena rehabilitace u pacienta po hemoragické CMP. Ze 101 (100 %) respondentů jich uvedlo 92 (91,1 %), že rehabilitace by měla být zahájena po stabilizaci vitálních funkcí pacienta. 8 (7,9 %) respondentů se domnívá, že je vhodné zahájit rehabilitaci až po úplném vstřebání hematomu a 1 (1,0 %) respondent uvedl možnost okamžitého zahájení rehabilitace po přijetí na oddělení. Možnost zahájení rehabilitace až po propuštění z nemocnice nebyla označena žádným respondentem.

Otázka č. 18: Cílem rehabilitace po CMP je?

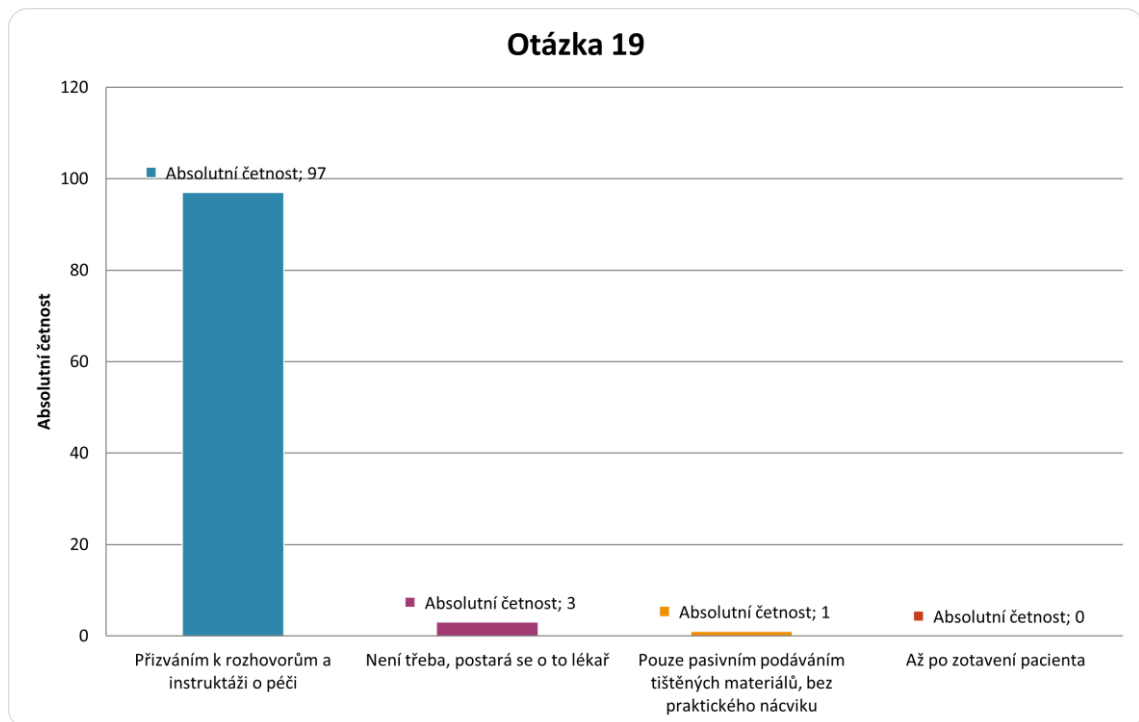


Graf 18: cíl rehabilitace

Zdroj: autor práce

Graf 18 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se hlavního cíle rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů označilo 90 (89,1 %) jako hlavní cíl obnovení soběstačnosti pacienta a prevence komplikací. 8 (7,9 %) respondentů uvedlo možnost posilování svalové síly postižené končetiny bez zaměření na každodenní soběstačnost, 2 (2,0 %) respondenti označili možnost zamezení relapsu CMP a 1 (1,0 %) respondent uvedl zkrácení hospitalizace.

Otázka č. 19: Rodinu pacienta je vhodné zapojit do edukace kdy?

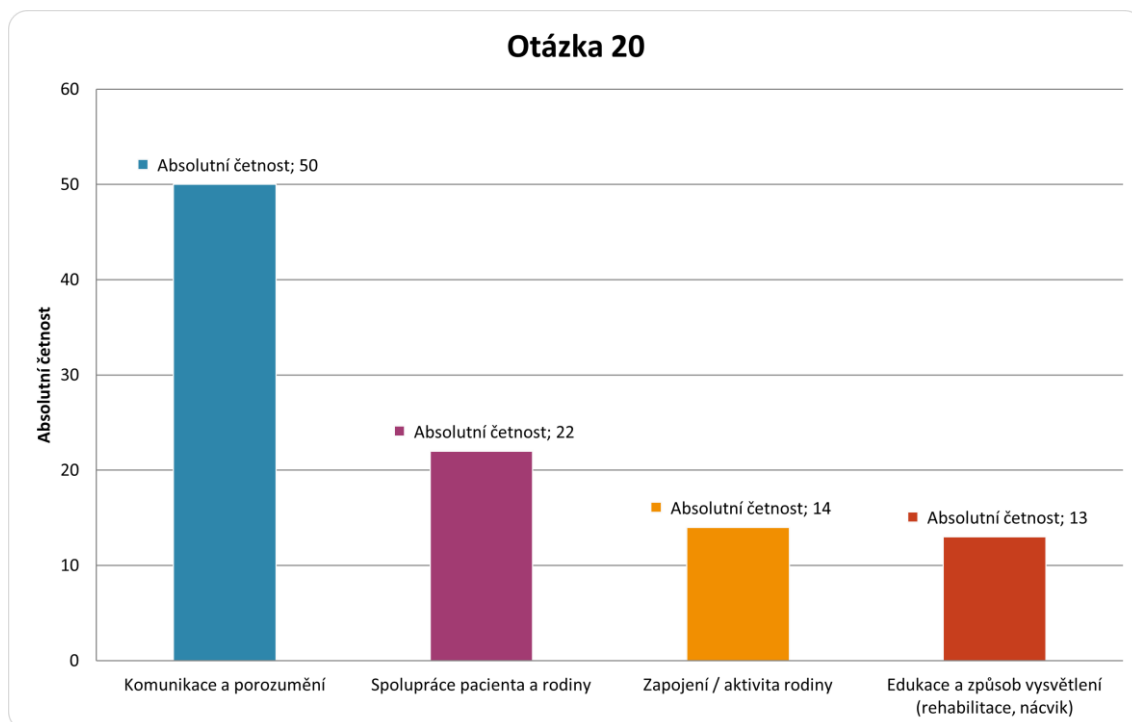


Graf 19: zapojení rodiny do edukace

Zdroj: autor práce

Graf 19 ukazuje odpovědi na otázku, kdy je vhodné zapojit rodinu pacienta do edukace o péči. Ze 101 (100 %) respondentů jich uvedlo 97 (96,0 %), že je vhodné rodinu zapojit již během hospitalizace prostřednictvím rozhovoru a instruktáže o péči. 3 (3,0 %) respondenti se domnívají, že zapojení rodiny není nutné, protože péči zajišťuje lékař a 1 (1,0 %) respondent uvedl možnost pouze pasivního předání tištěných materiálů bez praktického nácviku. Možnost zapojení rodiny až po zotavení pacienta nebyla označena žádným respondentem.

Otázka č. 20: Co považujete za nejdůležitější při edukaci rodiny pacienta po hemoragické CMP?

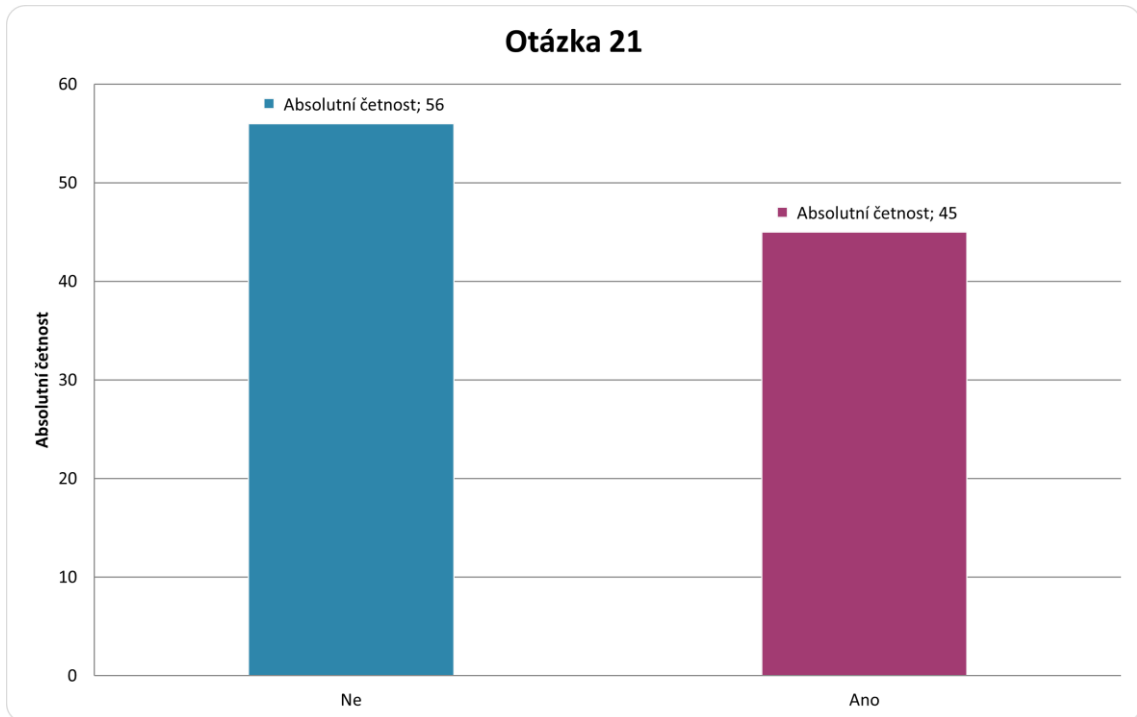


Graf 20: úspěšnost edukace

Zdroj: autor práce

Graf 20 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, co považují za nejdůležitější při edukaci rodiny pacienta po hemoragické CMP. Na tuto otázku respondenti odpovídali otevřenou formou, přičemž každý respondent uvedl vlastní odpověď. Celkem bylo zaznamenáno 101 (100 %) individuálních odpovědí, které byly následně tematicky rozříděny do obsahově podobných kategorií. Nejčastěji respondenti zdůrazňovali význam komunikace a porozumění, což uvedlo 50 (49,5 %) respondentů. 22 (21,8 %) respondentů považuje za klíčovou spolupráci pacienta a rodiny. Další odpovědi se týkaly zapojení a aktivity rodiny v péči což uvedlo 14 (13,9 %) respondentů. 13 (12,9 %) respondentů zdůraznilo význam edukace zaměřené na rehabilitaci a praktický nácvik péče.

Otázka č. 21: Myslíte si, že máte dostatečné znalosti o specifikách péče po hemoragické CMP?



Graf 21: dostatečné znalosti

Zdroj: autor práce

Graf 21 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda se domnívají, že mají dostatečné znalosti o specifikách péče po hemoragické CMP. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů uvedlo 56 (55,4 %), že se nepovažují za dostatečně informované, zatímco 45 (44,6 %) respondentů se domnívá že jejich znalosti jsou dostatečné.

3 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit úroveň povědomí všeobecných sester pracujících mimo neurologická oddělení o specifických ošetrovatelské péče u pacientů po hemoragické cévní mozkové příhodě. Výzkum byl realizován formou dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo celkem 101 respondentů. Dotazník obsahoval celkem 21 otázek zaměřených na znalosti a povědomí sester o etiologii hemoragické CMP, ošetrovatelské péče, komplikacích, prevenci a také o rehabilitaci a edukaci pacientů a jejich rodin. V následující části jsou výsledky výzkumu diskutovány ve vztahu k jednotlivým výzkumným otázkám.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké znalosti mají všeobecné sestry o specifikách ošetrovatelské péče u pacientů po hemoragické cévní mozkové příhodě?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky dotazníku č. 4, 5, 6, 8, 9 a 15. Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina respondentů má základní znalosti o etiologii hemoragické cévní mozkové příhody. V otázce č. 4, která byla zaměřena na mechanismus vzniku hemoragické CMP, uvedlo 91 (90,1 %) respondentů správnou odpověď, tedy že hemoragická CMP vzniká krvácením do mozkové tkáně. Pouze 10 (9,9 %) respondentů se domnívalo, že vzniká uzávěrem mozkové cévy. Tento výsledek naznačuje, že většina všeobecných sester má správné základní znalosti o patofyziologii tohoto onemocnění.

Velmi dobré znalosti a povědomí respondenti prokázali také v otázce č. 5, která se zaměřovala na nejčastější příčinu hemoragické CMP. Všech 101 respondentů (100 %) správně označilo arteriální hypertenzi jako nejčastější příčinu tohoto onemocnění. Tento výsledek lze hodnotit velmi pozitivně, protože hypertenze patří mezi hlavní rizikové faktory vzniku intracerebrálního krvácení.

V otázce č. 6, která byla zaměřena na klinické příznaky hemoragické CMP, byly výsledky méně jednoznačné. Pouze 58 (57,4 %) respondentů správně označilo postupné zhoršování stavu během týdnu jako příznak, který není pro hemoragickou CMP typický. Naopak 24 (23,8 %) respondentů uvedlo zvracení a 19 (18,8 %) respondentů náhlou bolest hlavy, které jsou však pro hemoragickou CMP typické. Tento výsledek naznačuje, že povědomí některých respondentů o klinických projevech onemocnění nejsou zcela přesné.

Další otázky se zaměřovaly na ošetrovatelskou péči o pacienty po hemoragické cévní mozkové příhodě. V otázce č. 8 uvedlo 98 (97,0 %) respondentů, že nejdůležitější v akutní fázi péče je zajištění průchodnosti dýchacích cest a sledování nitrolebního tlaku. Pouze 2 (2,0 %) respondenti označili Trendelenburgovu polohu a 1 (1,0 %) respondent uvedl zamezení kontaktu pacienta s personálem. Tyto výsledky ukazují, že většina sester má správné povědomí o prioritách akutní péče.

Velmi dobré výsledky byly zaznamenány také v otázce č. 9 zaměřené na sledování zdravotního stavu pacienta. Všech 101 (100 %) respondentů správně uvedlo, že nejdůležitější je hodnocení vědomí, dýchání, krevního tlaku a pupilární reakce. Tento výsledek potvrzuje, že sestry si uvědomují význam pravidelného sledování základních životních funkcí u pacientů po CMP.

V otázce č. 15 zaměřené na komunikaci s pacientem s afázií uvedlo 95 (94,1 %) respondentů jako nejhodnější využití multimodální komunikace, tedy kombinace jednoduchých vět, gest a obrázků. Pouze menší část respondentů označila jiné možnosti komunikace. Tento výsledek

ukazuje, že většina sester má správné povědomí také v oblasti komunikace s pacienty s poruchami řeči.

Na závěr této oblasti byla respondentům položena otázka č. 21 zaměřená na jejich vlastní hodnocení znalostí. Z výsledků vyplynulo, že 56 (55,4 %) respondentů se nepovažuje za dostatečně informované o specifikách péče po hemoragické CMP, zatímco 45 (44,6 %) respondentů se domnívá, že jejich znalosti jsou dostatečné. Tento výsledek naznačuje, že přestože respondenti v některých otázkách prokázali poměrně dobré znalosti, sami pociťují potřebu dalšího vzdělávání v této oblasti.

Výsledky tohoto výzkumu lze částečně porovnat s bakalářskou prací Holubová (2021), a která se rovněž zabývá problematikou pacientů po cévní mozkové příhodě. Autorka ve své práci poukazuje na význam správně poskytované ošetrovatelské péče a informovanosti zdravotnického personálu, což odpovídá také výsledkům tohoto výzkumu, kde většina respondentů prokázala dostatečné povědomí základních principů péče o pacienty po hemoragické CMP.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou znalosti všeobecných sester o nejčastějších komplikacích po hemoragické CMP a možnostech jejich prevence?

V této výzkumné otázce se vztahují otázky dotazníku č. 7, 10, 11, 12, 13 a 14. V otázce č. 7 zaměřené na vhodnou polohu pacienta po hemoragické CMP uvedlo 75 (74,3 %) respondentů Fowlerovu polohu jako nejvhodnější. Menší část respondentů uvedla jiné možnosti, například polohu vleže na zádech (15,8 %) nebo Trendelenburgovu polohu (6,9 %). Tyto výsledky ukazují, že většina respondentů zná správný způsob polohování pacienta, avšak u části z nich se objevují určité nedostatky.

V otázce č. 10 zaměřené na faktory, které mohou vést ke zhoršení krvácení, uvedlo 98 (97,0 %) respondentů zvýšení krevního tlaku. Pouze malé procento respondentů označilo jiné možnosti. Tento výsledek potvrzuje, že většina respondentů si uvědomuje význam kontroly krevního tlaku u pacientů s hemoragickou CMP.

Otázka č. 11 byla zaměřena na nejčastější komplikace po hemoragické CMP a respondenti mohli označit více odpovědí. Nejčastěji byla uváděna aspirace, kterou označilo 94 (93,1 %) respondentů. Dále respondenti uváděli dekubity (64,4 %) a hlubokou žilní trombózu (47,5 %). Tyto komplikace patří mezi časté následky cévní mozkové příhody, zejména u pacientů s omezenou hybností a poruchou polykání.

Na otázku č. 12 týkající se prevence aspirace odpovědělo 85 (84,2 %) respondentů správně, že prevence spočívá v polohování pacienta do Fowlerovy polohy a podávání stravy až po zhodnocení polykacího reflexu. Menší část respondentů uvedla jiné možnosti, které nejsou vždy vhodné.

Velmi dobré povědomí respondenti prokázali v otázkách č. 13 a č. 14. Všech 101 (100 %) respondentů správně uvedlo, že prevence dekubitů zahrnuje používání antidekubitních pomůcek a pravidelné polohování pacienta. Stejně tak všichni respondenti správně označili cvičení končetin a použití kompresních pomůcek jako základ prevence trombózy.

Výzkumná otázka č.3: Jak jsou všeobecné sestry seznámeny s problematikou rehabilitace a edukace pacientů po hemoragické CMP?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky dotazníku č. 16, 17, 18, 19 a 20. V otázce č. 16 zaměřené na polohování pacienta s omezenou hybností uvedlo 99 (98,0 %) respondentů, že je vhodné pacienta polohovat každé 2 hodiny. Pouze 2 (2,0 %) respondenti se domnívali, že postačuje polohování každých 6 hodin.

Otázka č. 17 byla zaměřena na zahájení rehabilitace po hemoragické CMP. Celkem 92 (91,1 %) respondentů uvedlo, že rehabilitace by měla být zahájena po stabilizaci vitálních funkcí pacienta. Menší část respondentů se domnívala, že rehabilitace je vhodné zahájit až po vstřebání hematomu nebo ihned po přijetí pacienta.

V otázce č. 18 uvedlo 90 (89,1 %) respondentů, že hlavním cílem rehabilitace je obnovení soběstačnosti pacienta a prevence komplikací. Tento výsledek ukazuje, že většina respondentů chápe význam rehabilitace jako důležité součásti léčebného procesu.

Otázka č. 19 byla zaměřena na zapojení rodiny do edukace. Z výsledku vyplývá, že 97 (96,0 %) respondentů považuje za vhodné zapojit rodinu do edukace již během hospitalizace pacienta. Tento přístup je velmi důležitý, protože rodina často hraje významnou roli v následné péči o pacienta.

V poslední otázce č. 20 respondenti odpovídali otevřenou formou na otázku, co považují za nejdůležitější při edukaci rodiny pacienta po hemoragické CMP. Nejčastěji respondenti zdůrazňovali význam komunikace a porozumění (49,5 %), dále spolupráci pacienta a rodiny (21,8 %), aktivní zapojení rodiny do péče (13,9 %) a edukace zaměřenou na rehabilitaci a praktický nácvik péče (12,9 %).

Z výsledků této části výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry mají poměrně dobré znalosti a povědomí o významu rehabilitace a edukace pacientů po hemoragické cévní mozkové příhodě. Přesto však část respondentů uvádí, že se necítí být v této oblasti dostatečně informována, což poukazuje na potřebu dalšího vzdělávání zdravotnického personálu k této problematice.

Podobně také již zmiňovaná Holubová (2021) zdůrazňuje význam rehabilitace a podpory pacienta v následné péči po cévní mozkové příhodě. Ve své práci uvádí, že rehabilitace a zapojení rodiny mají zásadní vliv na další průběh léčby i kvalitu života pacienta, což koresponduje také s výsledky tohoto výzkumu, kde respondenti považovali rehabilitaci a edukaci rodiny za důležitou součást péče.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření lze formulovat několik doporučení pro praxi, která by mohla přispět ke zlepšení informovanosti všeobecných sester o specifikách péče o pacienty po hemoragické cévní mozkové příhodě. Výsledky výzkumu ukázaly, že většina respondentů má základní znalosti a povědomí o problematice hemoragické CMP a ošetřovatelské péče o tyto pacienty, avšak v některých oblastech se objeví určité nedostatky. Ty se týkají především některých klinických příznaků, komunikace s pacientem s afázií nebo komplexního pohledu na edukaci rodiny.

Jedno z možných řešení je zvýšení dostupnosti odborného vzdělávání zaměřeného na problematiku cévních mozkových příhod. Doporučit lze pravidelné vzdělávací semináře, odborné kurzy nebo školení pořádané zdravotnickými zařízeními, které by byly zaměřeny na specifika ošetřovatelské péče o pacienty po CMP.

Dalším doporučením je vytvoření přehledných edukačních materiálů pro zdravotnický personál. Tyto materiály by mohly obsahovat základní informace o hemoragické cévní mozkové příhodě, jejích příznacích, možných komplikacích, zásadách ošetřovatelské péče a prevenci komplikací. Takové materiály by mohly být dostupné například v podobě stručných doporučených postupů, informačních letáků nebo elektronických materiálů dostupných v interních systémech zdravotnických zařízení.

Významnou součástí péče o pacienty po cévní mozkové příhodě je také rehabilitace a aktivní zapojení pacienta do procesu léčby. V praxi je proto důležité podporovat spolupráci mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu, který zahrnuje lékaře, všeobecné sestry, fyzioterapeuty, logopedy a další odborníky. Tato spolupráce umožňuje komplexní přístup k pacientovi a přispívá k lepším výsledkům léčby a rehabilitace.

Máme důležitou roli v péči o pacienta po hemoragické cévní mozkové příhodě hraje také rodina. Rodinní příslušníci mohou významně ovlivnit průběh rehabilitace i psychickou pohodu pacienta. Z tohoto důvodu je vhodné věnovat dostatečnou pozornost edukaci rodiny již během hospitalizace pacienta. Edukace by měl zahrnovat informace o charakteru onemocnění, možný následcích, způsobech péče o pacienta v domácím prostředí a také o možnostech rehabilitace.

Závěrem lze konstatovat, že kvalitní a komplexní ošetřovatelská péče o pacienty po hemoragické cévní mozkové příhodě vyžaduje nejen odborné znalosti zdravotnického personálu, ale taky spolupráce multidisciplinárního týmu a aktivní zapojení rodiny pacienta. Systematické vzdělávání zdravotnických pracovníků a důraz na edukaci pacientů i jejich rodinných příslušníků, takže významně přispět ke zlepšení kvality poskytované péče.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala specifiky péče u pacientů po prodělané hemoragické cévní mozkové příhodě. Cílem práce bylo zjistit povědomí všeobecných sester pracujících mimo neurologická oddělení o specifikách péče o tyto pacienty.

Teoretická část práce se zaměřila na charakteristiku hemoragické cévní mozkové příhody, její příčiny, rizikové faktory a klinické projevy. Dále byla pozornost věnována diagnostice, léčbě, a především specifikum ošetrovatelské péče, včetně prevence komplikací, rehabilitace a edukace pacienta a jeho rodiny. Tyto oblasti představují důležitou součást komplexní péče o pacienty po cévní mozkové příhodě.

Výzkumná část práce byla realizována formou kvantitativního šetření prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce. Výzkumný soubor tvořilo celkem 101 respondentů, kterými byly všeobecné sestry pracující mimo neurologická oddělení půjčka cílem výzkumu bylo zjistit úroveň jejich znalostí o specifikách péče o pacienty po hemoragické cévní mozkové příhodě.

Z výsledků výzkumu vyplývá že většina respondentů má dobré povědomí o problematice hemoragické cévní mozkové příhody i o zásadách ošetrovatelské péče. Respondenti správně identifikovali například nejčastější příčinou hemoragické CMP, kterou je arteriální hypertenze, a rovněž správně uváděli důležité postupy při sledování stavu pacienta, prevenci dekubitů či prevenci trombózy. V oblasti péče o pacienta v akutní fázi většina respondentů správně označila zajištění průchodnosti dýchacích cest a sledování nitrolebního tlaku jako nejdůležitější opatření.

Výzkum však zároveň poukázal na určité nedostatky v povědomí některých respondentů. Ty se týkaly například rozpoznání některých klinických příznaků hemoragické cévní mozkové příhody nebo správných postupů v některých situacích ošetrovatelské péče. Významným zjištěním bylo také to, že více než polovina respondentů se nepovažuje za dostatečně informovanou o této problematice.

Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že je vhodné podporovat další vzdělávání všeobecných sester v oblasti péče o pacienty po cévní mozkové příhodě. Zvyšování odborných znalostí zdravotnického personálu může přispět ke zkvalitnění poskytované péče, ke snížení rizika komplikací a k lepší rehabilitaci pacientů po cévní mozkové příhodě

Seznam použité literatury

- AN, Sang J., KIM, Tae J. a YOON, Byung-Woo, 2017. *Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update*. Online. *Journal of Stroke*. roč. 19, č. 1, s. 3-10. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://j-stroke.org/journal/view.php?doi=10.5853/jos.2016.00864>.
- DENNY, Mary C., RAMADAN, Ahmad R. a DENNY, Mary C., et al., 2019. *Acute Stroke Care*. 3. Cambridge University Press. ISBN 9781108605601.
- DIETZ, Volker a WARD, Nick S., 2020. *Oxford Textbook of Neurorehabilitation*. 2. Oxford University Press. ISBN 978-0192558459.
- FEIGIN, Valery L., et al., 2024. *Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021*. Online. *The Lancet Neurology*. roč. 23, č. 10, s. 13. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(24\)00369-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(24)00369-7/fulltext).
- GARTON, Thomas, KEEP, Richard F., et al., 2016. *Brain iron overload following intracranial haemorrhage*. Online. *Stroke and Vascular Neurology*, roč. 1, č. 4, s. 13. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://svn.bmj.com/content/1/4/172>.
- GILLEN, Glen, NILSEN, Dawn (ed.) 2021. *Stroke rehabilitation: a function-based approach*. Fifth edition. Philadelphia: Elsevier. ISBN 978-0323639941
- GORELICK, Philip, et al., 2020. *Hankey's Clinical Neurology*. Taylor & Francis Group. ISBN 9780367280321
- GREENBERG, Steven M., ZIAI, Wendy C. a CORDONNIER, Charlotte, et al., 2022. *2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association*. Online. *Stroke*. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000407>.
- HARDING, Mariann, et al., 2023. *Lewis's medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 12th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier. ISBN 978-0323789615
- HERZIG, Roman, 2014. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. Vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-373-2
- HINKLE, Janice, Kerry CHEEVER a Kristen OVERBAUGH, 2022. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 15th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN 9781975161033
- HOLUBOVÁ, Tereza, 2021. *Kvalita života pacienta po cévní mozkové příhodě*. Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/vqj580/>.
- HU, Xin a TAO, Chuanyuan, et al., 2016. *Oxidative Stress in Intracerebral Hemorrhage: Sources, Mechanisms, and Therapeutic Targets*. Online. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. roč. 2016, č. 1, s. 12. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2016/3215391>.

- LAZARO, Rolando T., REINA-GUERRA, Sandra a QUIBEN, Myla U, 2020. *Umphred's neurological rehabilitation*. 7. Elsevier. ISBN 978-0323641968.
- MAGID-BERNSTEIN, Jessica, GIRARD, Romuald, et al., 2022. *Cerebral Hemorrhage: Pathophysiology, Treatment, and Future Directions*. Online. *Circulation Research*. roč. 130, č. 8, s. 25. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/circresaha.121.319949>.
- MIKULÍK, Robert a VOLNÝ, Ondřej, et al., 2023. *Průvodce cévní mozkovou příhodou pro pacienta a rodinu*. Online. Krajská Nemocnice Tomáše Bati; Mezinárodní centrum klinického výzkumu FNUSA a LF MU. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/media/files/section/file/text-blocks/files-937/pruvodce-cmp-web.pdf>.
- MOROTTI, Andrea a GOLDSTEIN, Joshua N., 2020. *Anticoagulant-associated intracerebral hemorrhage*. Online. *Brain Hemorrhages*. roč. 1, č. 1, s. 5. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.heest.2020.01.001>.
- MURPHY, Stephen JX. a WERRING, David J., 2020. *Stroke: Causes and clinical features*. Online. *Medicine*. roč. 48, č. 9, s. 5. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.06.002>.
- OREL, Miroslav, 2021. *Anatomie a fyziologie lidského těla: pro humanitní obory*. Vydání 2. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0531-1
- POWERS, William J., et al., 2019. Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic stroke. Online. *Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. roč. 50, č. 12, s. 75. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1161/str.0000000000000211>.
- PUSA, Susanna, SAVEMAN, Britt-Inger a SUNDIN, Karin. 2022. *Family systems nursing conversations: influences on families with stroke*. Online. *BMC Nursing*. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-022-00873-7>.
- ROPPER, Allan, et al., 2019. *Adams and Victor's Principles of Neurology 11th Edition*. McGraw-Hill Education / Medical. ISBN 978-0-07-184261-7
- Royal College of Physicians. 2023. Online. National clinical guideline for stroke for the United Kingdom and Ireland. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://www.strokeguideline.org/app/uploads/2023/04/National-Clinical-Guideline-for-Stroke-2023.pdf>.
- SAULLE, M. a SCHAMBRA, H. 2016. *Recovery and Rehabilitation after Intracerebral Hemorrhage*. Online. *Seminars in Neurology*. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1581995>.
- SEIDL, Zdeněk, 2023. *Neurologie pro studium i praxi*. 3., zcela přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3710-7

- SHETH, K. N., 2022. *Spontaneous Intracerebral Hemorrhage*. Online. New England Journal of Medicine. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra2201449>..
- SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4868-9
- ŠKORŇA, M., et al. 2016. *Transient Ischemic Attack and Minor Stroke Management*. Online. Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/en/journals/czech-and-slovak-neurology-and-neurosurgery/2016-2-9/management-tranzitorni-ischemicke-atomy-a-minor-stroke-57774?hl=en>.
- TINTINALLI, Judith, et al., 2016. *Tintinalli's Emergency Medicine*. McGraw Hill / Medical. ISBN 9780071484800
- WANG, Sai, et al. 2022. *Epidemiology of intracerebral hemorrhage: A systematic review and meta-analysis*. Online. Frontiers in Neurology. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2022.915813/full>.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha č. 2 – dotazník