

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetrovatelství

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO PRODĚLANÉ CMP

Bakalářská práce

Autor práce: Bc. Lucie Rygl

Vedoucí práce: Mgr. Filip Janošek

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Bc. Lucie Rygl
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Kvalita života pacientů po prodělané CMP
Vedoucí práce:	Mgr. Filip Janošek
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je zjistit do jaké míry CMP ovlivňuje fyzickou, psychickou a sociální oblast života nemocného a identifikovat faktory, které přispívají ke zlepšení jejich životní úrovně.

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem Kvalita života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě se zaměřuje na kvantitativní výzkum hodnotící úroveň kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě. Cílem této práce je zhodnotit dopad prodělaného onemocnění na každodenní uspokojování základních životních potřeb, především na oblast soběstačnosti, psychiky a míry bolesti u pacientů postižených již zmíněným iktem. Pro sběr dat je využit dotazník zaměřený na jednotlivé oblasti kvality života. Na základě získaných dat jsou zodpovězeny výzkumné otázky vztahující se k hodnocení kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě. Z výsledků výzkumu jsou dále formulována doporučení směřující ke komplexní a efektivní ošetrovatelské péči o pacienty po cévní mozkové příhodě, jejichž cílem je zvýšení kvality života pacientů a podpora jejich návratu do běžného života.

Klíčová slova

CMP; kvalita života; péče; rehabilitace

Abstract

The bachelor's thesis entitled Quality of Life of Patients After Stroke focuses on a quantitative study evaluating the level of quality of life of patients after stroke. The aim of the thesis is to assess the impact of the disease on the everyday fulfillment of basic life needs, particularly in the areas of self-sufficiency, psychological condition, and level of pain in patients affected by stroke. Data are collected using a structured questionnaire focused on individual domains of quality of life. Based on the collected data, research questions related to the assessment of quality of life of patients after stroke are answered. Furthermore, based on the results of the research, recommendations aimed at comprehensive and effective nursing care for patients after stroke are formulated, with the objective of improving patients' quality of life and supporting their return to everyday life.

Keywords

Stroke; quality of life; care; rehabilitation

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 21.4.2026

.....

Bc. Lucie Rygl

Poděkování

Tímto způsobem bych chtěla poděkovat Mgr. Filipu Janoškovi za odborné vedení bakalářské práce, za jeho ochotu a trpělivost. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat respondentům za vyplnění dotazníků a také své rodině za podporu během studia.

Obsah

Seznam obrázků a grafů	7
Seznam zkratk.....	8
Úvod	10
1 Teoretická část	12
1.1 Úvod do anatomie a fyziologie mozku	12
1.1.1 Cévní zásobení mozku.....	13
1.2 Cévní mozkové příhody.....	14
1.2.1 Epidemiologie	14
1.2.2 Rizikové faktory.....	15
1.3 Cévní mozková příhoda ischemická	15
1.3.1 Klasifikace ischemických CMP.....	16
1.3.2 Léčba ischemické CMP.....	17
1.4 Hemoragické CMP.....	17
1.4.1 Intracerebrální hemoragie	17
1.4.2 Subarachnoideální krvácení.....	18
1.5 Klinický obraz	19
1.6 Diagnostika CMP	20
1.6.1 Diferenciální diagnostika	20
1.7 Ošetřovatelská péče o pacienty po CMP	21
1.8 Následná péče o pacienty s CMP	22
1.8.1 Rehabilitační péče.....	22
1.8.2 Logopedická péče	23
1.9 Následky a dopady CMP	23
1.9.1 Psychické a kognitivní následky	23
1.9.2 Sociální a pracovní dopady	24
1.10 Kvalita života	24
1.11 Centra poskytující vysoce specializovanou péči	25
2 Výzkumná část / Praktická část	26
2.1 Cíl výzkumu	26
2.2 Metodika výzkumu.....	26
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	26
2.4 Průběh výzkumu	27
2.5 Zpracování získaných dat.....	27
2.6 Výsledky dotazníkového šetření	27
2.7 Diskuze	44
2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi	48
Závěr	49
Seznam použité literatury	50
Přílohy.....	54

Seznam obrázků a grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů	27
Graf 2: Kolik je Vám let	28
Graf 3: Jaký typ CMP jste prodělal/a	29
Graf 4: Soběstačnost respondentů před prodělanou CMP	30
Graf 5: Míra soběstačnosti po prodělané CMP	31
Graf 6: Zvládání běžných denních činností např. jídlo, hygiena, oblékání	32
Graf 7: Obtíže se zvládáním činností a denních potřeb např. nakupování, vaření, úklid, vyřizování peněz a užívání léků	33
Graf 8: Hodnocení pohyblivosti při chůzi.....	34
Graf 9: Četnost obtíží se soustředěním	35
Graf 10: Pociťování psychické zátěže v souvislosti s prodělanou CMP	36
Graf 11: Znázornění vlivu po prodělané CMP na psychickou pohodu respondentů.....	37
Graf 12: Četnost pociťování bolesti během dne	38
Graf 13: Hodnocení míry bolesti respondenty	39
Graf 14: Míra omezení během rehabilitace v důsledku bolesti	40
Graf 15: Dostatečnost psychické podpory rodiny/personálu během rehabilitace a léčby	41
Graf 16: Do jaké míry psychická podpora rodiny/personálu napomáhá zvládat následky CMP respondentům	42
Graf 17: Hodnocení celkového zdravotního stavu respondentů po prodělané CMP	43

Seznam zkratek

ACA	arteria comunicans anterior
ACC	arteria carotis communis
ADL	aktivity denního života
aj.	a jiné
AK	arteriální kanyla
APTT	activated partial thromboplastin time
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	body mass index
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CT	výpočetní tomografie
CTA	výpočetní angiografie
ČR	Česká republika
DC	dýchací cesty
DSA	digitální subtrakční angiografie
EKG	elektrokardiogram
FISI	fibrilace síní
GCS	glasgow coma scale
GIT	gastrointestinální trakt
IADL	instrumentální aktivity denního života
IC	iktové centrum
iCMP	ischemická cévní mozková příhoda
ICP	intracranial pressure
ICH	intracerebrální hemoragie
IM	infarkt myokardu
JIP	jednotka intenzivní péče
KCC	cerebrovaskulární centrum
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných

mm	milimetrů
mm Hg	milimetrů rtuti
MRA	rezonanční angiografie
MRI	magnetická rezonance
NANDA	North American Asociacion for Nursing Diagnosis
Např.	například
NGS	nasogastrická sonda
PMK	permanentní močový katetr
PNS	periferní nervová soustava
PSD	poststroke deprese
PSP	poststroke pain
RIND	reverzibilní mozková příhoda
s.c.	subkutánní
SAK	subarachnoideální krvácení
SPO ₂	saturace krevního hemoglobinu kyslíkem
STRE	poststroke epilepsie
TIA	tranzistorní ischemická ataka
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
Tzv.	tak zvaný
VAS	vizuální analogová škála
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
ZZ	zdravotnické zařízení
ZZS	zdravotnická záchranná služba
%	procento
°	stupeň

Úvod

Tématem této bakalářské práce je Kvalita života pacientů po prodělané CMP. Toto téma mě zaujalo, jelikož pracuji na neurologické JIP, kde se setkávám s každodenní péčí o pacienty postižené CMP. Postižená je převážně starší část naší populace, avšak stále častěji se objevují případy i mladších pacientů, což významně zasahuje do jejich osobního, rodinného a pracovního života. Jsou popisovány i případy, kdy mrtvice může postihnout dítě. Druhým důvodem, proč jsem si vybrala toto téma, je náročnost ošetrovatelské péče, která je dána postižením různých oblastí mozku, ať už ischemií, hemoragií nebo kombinací obojího. Tato postižení sebou nesou různé klinické projevy, jako jsou fatické poruchy, parézy, plegie atd. Tato problematika má ve zdravotnictví zásadní význam, protože patří mezi nejčastější příčiny úmrtí a dlouhodobé invalidity.

Cévní mozková příhoda je na celosvětové úrovni řazena mezi nejčastější onemocnění léčené pro svůj akutní stav na neurologii. ČR je řazena na jedny z předních příček ve výskytu CMP na světě. Kdy dané onemocnění můžeme zařadit mezi jednu z nejčastějších příčin mortality pacienta, a to konkrétně na 2. až 3. místo, záleží na uvedené literatuře a až u 3 % pacientů končí invaliditou. Aktuálnost tohoto tématu je tedy stále na místě, protože i přes kvalitní preventivní lékařskou péči je výskyt tohoto onemocnění vysoký.

Je důležité, abychom si uvědomili, že mrtvici se dá předcházet omezením rizikových faktorů. Nebo se dá minimalizovat dopad nežádoucích následků záchytem prvních příznaků tohoto onemocnění, třeba i u starších pacientů, kteří je mohou přisuzovat třeba jen stáří. Přeci jen u CMP je to právě čas, který hraje v nebo proti pacientův prospěch. U většiny pacientů při iktus dojde k částečné nebo plné ztrátě soběstačnosti, kterou lze do značné míry ovlivnit rehabilitací, ergoterapií či logopedií, záleží na klinických projevech onemocnění. Je také důležité, aby daný pacient chtěl a snažil se navrátit zpět do svého běžného života. Ikty jsou do značné míry pro postižené pacienty psychicky náročné, ale nejen pro ně, ale i pro jejich rodinné příslušníky, kteří si musí uvědomit, že jejich blízký může být invalidní nebo může dokonce i zemřít. Pro značnou část pacientů jsou to právě rodinní příslušníci, kteří jsou jim oporou a pomohou se jim přenést přes tyto následky.

Cílem této práce je zhodnotit kvalitu života pacientů po prodělané CMP, a to zejména z hlediska jejich fyzického, psychického a sociálního stavu. Dále je cílem posoudit míru jejich soběstačnosti, vnímání bolesti a náročnost návratu do běžného života.

Bakalářská práce je tvořena dvěma hlavními částmi, a to částí teoretickou a částí praktickou. Teoretická část se prve věnuje cévnímu zásobení mozku, cévním mozkovým příhodám zvláště pak jejich dělení, klinickým příznakům, diagnostice a terapii. Další teoretická část se zaměřuje na následnou péči, rehabilitaci, pojem kvalita života, do jaké míry a jakými testy ji lze měřit. A v neposlední řadě zde bude zmínka o centrech poskytující vysoce specializovanou péči.

Praktická část se ve svém úvodu zabývá metodikou výzkumu, průběhem šetření a charakteristikou výzkumného souboru. Dále jsou zde shrnuty výsledky výzkumu, které se zaměřují na oblast fyzických funkcí, míru soběstačnosti, psychický stav a celkové vnímání zdravotního stavu pacientů po CMP. Mého výzkumu se zúčastnili respondenti z neurologického oddělení a neurologické JIP v Třebíči.

Motivace

Toto téma jsem si zvolala s ohledem na jeho aktuálnost, kdy cévní mozková příhoda se stále řadí na třetí místo v příčině úmrtí. Následky plynoucí z toho onemocnění mohou být pro některé úplně fatální. Dále bylo zvoleno z důvodu mých zkušeností s těmi pacienty na mém pracovišti. Samotnou bakalářskou práci považuji za možnost k prohloubení svých zkušeností a znalostí v této problematice.

Cíl práce

Hlavním cílem tohoto výzkumu je analyzovat do jaké míry mohou následky po prodělané cévní mozkové příhodě ovlivnit kvalitu života pacientů.

1 Teoretická část

1.1 Úvod do anatomie a fyziologie mozku

Základními stavebními jednotkami nervového systému jsou dvě hlavní skupiny buněk, a to glie a neurony. Kdy se udává, že v mozku můžeme objevit až 10^{11} neuronů. Díky svým významným nápomocným funkcím dopomáhají gliové buňky neuronům k zprostředkování signálních funkcí. Základními funkcemi neuronu, který je stěžejní funkční buněčnou jednotkou nervového systému, jsou: vznik, zpracování a přenos signálu. Proto je buněčný metabolismus a struktura neuronu tomu uzpůsobena. Tato základní buněčná jednotka je tvořena buněčným tělem, periferními dendrity, axonem a synaptickým zakončením, kde dochází přenosu signálu mezi jednotlivými neurony. Nervový vzruch můžeme označit, jako funkční projev neuronu, k jehož vzniku dochází změnou klidového membránového potenciálu. Nervový systém lze rozdělit na PNS a CNS (Kaňovský, 2019).

Centrální nervový systém lze rozdělit na dvě základní části a to mozek, který je uložen v dutině lební která jej chrání před jeho poškozením a míchu, která prochází páteřním kanálem. Obě dvě části jsou kryty meningami, jejichž základní funkce jsou: obklopují a brání vstupu mikroorganismům do CNS, ochraňují cévy zásobující CNS a obsahují likvor. Mezi mozkomíšni pleny řadíme tvrdou plenu, pavoučnici, mezi níž a omozečnicí se nachází, tzv. subarachnoidální prostor ve kterém můžeme nalézt likvor a cévy zásobující mozek (NZIP, 2024). Likvor je tekutina čirého charakteru, kterou nalezneme v okolí mozku a míchy, můžeme jej nazvat tekutým obalem. Mozkomíšni mok je obměňován á 4-6 hodin (Stuchlá, 2024).

Mozek lze rozčlenit na čtyři stěžejní části:

- Koncový mozek po anatomické stránce jej lze rozdělit na pravou a levou hemisféru, kdy každou z nich lze rozčlenit pomocí zářezu na čelní, týlní, spánkový a temenní lalok. Hemisféry jsou tvořené na povrchu kortexem, převážná část drah hemisfér se kříží, a tudíž pravá část je ovládána levou hemisférou, která je pro většinu lidí dominantní. Kortex lze rozčlenit do 52 regionů dle Brodmanna (Kaňovský, 2019).
- Mezimozek je částí mozku, která není úplně dobře viditelná, je uložena mezi hemisférami koncového mozku a nasedá na horní konec mozkového kmene. Mezimozek lze rozčlenit na dvě částí, a to thalamus a hypothalamus. Skrze thalamus prostupují do mozkové kůry všechny smyslové vjemy, kromě čichových a senzitivních informací. Kdežto hypothalamus se podílí na udržování homeostázi, ovlivňuje reprodukci a žlázy s vnitřní sekrecí.
- Mozeček můžeme zařadit při členění na druhé místo co do velikosti. Větší než on je pouze koncový mozek. Hlavní funkcí mozečku je udržování rovnováhy, vzpřímeného postavení, koordinace pohybů a jiných náročnějších pohybových funkcí (Kachlíka, 2018).
- Mozkový kmen je označení oblasti, která je tvořena středním mozkem, Varolovým mostem a prodlouženou míchou. Z mozkového kmene vystupují hlavové nervy, těch je celkem dvanáct párů. Dále je zde uloženo centrum pro kontrolu hybnosti a senzitivity krku, hlavy a v neposlední řadě tato část mozku obstarává parasympatickou regulaci v břišní a hrudní dutině, a to i včetně vedení kardiovaskulárního a respiračního systému (Kaňovský, 2019).

Mozek je nejnáročnější orgán v našem organismu, jak na spotřebu kyslíku, tak na spotřebu glukózy. Převážným zdrojem energie pro mozek je glukóza, která nemůže být uložena v mozkové tkáni, jako zásobní zdroj. Tkáň je velice citlivá na nedostatek kyslíku, již za 3-5 minut dochází k nevratným změnám, klinicky se může projevit závratěmi či až poruchou vědomí (Stuchlá, 2024)

1.1.1 Cévní zásobení mozku

Mozek, jak již bylo zmíněno výše, je orgán pro, jehož správnou funkci, je důležitý dostatek okysličené krve a dostatečný příjem energie. Mozkem proteče většinou za jednu minutu 750 ml krve, což odpovídá zhruba 50-54 ml/100 g, po 50 letech dochází ke snížení tohoto průtoku mozdem. Pokud přiteče zvýšené množství krve do mozkové tkáně, dojde ke zvýšení nitrolebního tlaku a sekundárně tak poškození tkáně. Naopak pokud dojde ke snížení přítoku krve do mozku, na hodnotu 18-20 ml/100 g dochází k poruše funkce. Tkáň, která je zásobena množstvím krve 8-10 ml/100 g odumírá. Tok krve mozdem řídí autoregulační mechanismy a je ovlivněn hned několika faktory, a to silou kontrakce cév, vazkostí krve a perfúzním tlakem (Muralitharan, Ian, 2017).

Za zásobení mozku krví jsou odpovědné dvě velké tepny karotické, které tvoří 80 % z celého krevního zásobení a dvě vertebrální tepny, které tvoří zbylých 20 %. Konkrétně jde o dvě arteriae carotides internae (ACI) a dvě arteriae vertebrales. ACI odstupuje z ACC, která odstupuje z aortálního oblouku a arteria vertebralis z arteria subclavia. Spojením obou větví vertebrálních tepen dochází ke vzniku tzv. arteria basilaris, ze které odstupují drobné tepny pro Varolův most, mozeček a prodlouženou míchu. Tyto tepny se dále spojují do tzv. Willisova arteriálního okruhu, který je uložený v subarachnoideálním prostoru. Tento okruh můžeme označit, také jako anastomotické spojení cirkulace mezi oběma hemisférami a přední a zadní částí mozku, může působit kolaterálně (Stuchlá, 2024).

Z okruhu nám odstupují tři velké tepny, které jsou vždy dvě. Jde o přední mozkovou arterii (arteria cerebri anterior), střední mozkovou tepnu (arteria media cerebri) a zadní mozkovou arterii (arteria posterior cerebri). Kdy arterie mozková přední a střední jsou konečné větve arterie carotis interna a jsou vzájemně propojeny v arterii communicans anterior. Arteria communicans posterior vzniká spojením arterií cerebri mediae a posterior. Tyto tepny nám zásobují krví povrch hemisfér, odkud postupují hlouběji a vyživují kůru mozku. Ke sběru odkysličené krve z mozkového splavu nám slouží mozkové žíly, které mají dvojitý systém povrchový a hluboký (Kachlík, 2018).

Ve chvíli, kdy by došlo k uzávěru arterie cerebri anterior došlo by k hemiplegii na dolních končetinách, demenci, poruchám chování. Při uzávěru arterie cerebri media by došlo k hemiplegii na horních končetinách. Uzavření arterie cerebri posterior by způsobilo poruchu vidění. Principy vzniku ischemie mohou být hyposaturace způsobená stenózou tepen např. (ACI), trombotickým uzávěrem vzniklým v tepnách bazilárních nebo vertebrálních. Dále mohou být způsobeny embolem, který se do mozkové tkáně dostal ze srdce při fibrilaci síní, IM či chlopenní vadě (Mačák, Mačáková, 2022).

1.2 Cévní mozkové příhody

Jsou onemocnění projevující se poruchami mozkových funkcí a jsou řazené mezi onemocnění cévního původu. Často způsobují invaliditu a mají vysokou mortalitu. Co se týče definice lze ji charakterizovat, jako náhle vzniklé onemocnění projevující se po klinické stránce fokálními či globálními symptomy funkce mozku, které trvají déle než den či končí smrtí. Převážně se jedná o poškození ložiskového neboli místního typu. Pokud mluvíme o neurologických symptomech, které odezní do 24 hodin, jedná se o tranzistorní ischemickou ataku nebo ji lze označit zkratkou TIA (Seidl, 2023).

Po patofyziologické stránce vzniká CMP náhle vzniklým nedostatečným zásobením mozku krví. Toto snížené zásobení mozku krví, může být způsobené krevní sraženinou u ateroskleroticky změněných mozkových tepen, rupturou cévní stěny či sníženým průsvitem mozkových tepen. Dále k ní sekundárně může dojít při šokových stavech, zástavě oběhu či arytmiích srdce, jako jsou FISI. Na řadě proměnných faktorů je závislý také stupeň poškození mozku, mezi tyto faktory můžeme zařadit např. věk pacienta, délka nedokrvění mozku, stav mozkového oběhu nebo teplota okolního prostředí, kdy metabolismus při snížené teplotě prudce klesá. Velikost vzniklé ischemie je ovlivněna délkou trvání, místem vzniku a možnostmi nahrazení krevního zásobení kolaterálním oběhem (Mačák, Mačáková, 2022).

CMP jinak ji lze označit, jako iktus, anglicky stroke a lidově mrtvice. Podle etiopatogeneze ji lze rozdělit na ischemickou CMP a hemoragickou CMP. Ischemické tvoří většinu CMP, konkrétně se v literatuře uvádí 85 % všech příhod mozkových. Méně často se pak můžeme setkat s hemoragickými mozkovými příhodami, ty tvoří zbylých 15 % a často je lze diagnostikovat u špatně léčených nebo i neléčených hypertoniků. Oba dva typy CMP budou důkladněji rozepsány dále v podkapitolách (Souček, Svačina a kolektiv, 2019).

1.2.1 Epidemiologie

Toto onemocnění řadíme mezi velmi častá a těžká onemocnění. Řadí se na 2. - 3. místo příčiny úmrtí dle literatury a má v ČR vzrůstající tendenci, což s největší pravděpodobností souvisí se zvyšujícím se věkem obyvatel. Iktus je jednou z nejčastějších příčin hospitalizace pacienta v nemocnici a až 40 % pacientů postižených touto chorobou zemře do jednoho roku. Co se týče incidence tak ta se také v mnou použité literatuře rozchází. Zde je uváděna četnost výskytu CMP 150-200/100 000 obyvatel (Seidl, 2023).

Kdežto v další knize je uváděno až 300 případů/100 000 obyvatel. V celosvětovém měřítku je ročně iktem postiženo až 20 milionů osob. CMP je provázána s věkem pacienta, a proto častější výskyt je předpokládán u lidí starších 65 let. Ovšem i výskyt u osob mladších 65 let není raritní, celkový počet iktů u osob mladších 65 let tvoří 28 % z celkového počtu. Nárůst CMP se ročně odhaduje na 1,5 % oproti roku předchozímu (Češka a kolektiv, 2020).

1.2.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory můžeme rozdělit na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi faktory, které ovlivnit nemůžeme, řadíme: Věk s ním riziko výskytu onemocnění vzrůstá, maximum je mezi 65 a 75 lety. Rasu, kdy výskyt iktu je častější v mladistvém věku u černé rasy. Pohlaví častější výskyt CMP je popisován u mužů. Dále sem můžeme zařadit vlivy genetické, zeměpisné, sociální, ekonomické a klimatické.

Faktory ovlivnitelné se dělí ještě na silné, sem můžeme zařadit řadu onemocnění a slabé exogenní faktory, do této skupiny náleží převážně životospráva. Pokud se u daného pacienta vyskytuje více rizikových faktorů zároveň, tyto faktory se nesčítají, ale násobí se (Seidl, 2023). Mezi tyto faktory řadíme převážně:

- Hypertenze je onemocnění, které zvyšuje riziko výskytu kardiovaskulárních komplikací přímo úměrně se zvyšujícím se krevním tlakem. U hypertoniků je riziko výskytu iktu až sedminásobně vyšší než u normotonika. Rozhraní mezi normálním a vyšším tlakem krve je v současné době přísnější, než tomu bylo dříve. Již hodnota 140/90 je považována za zvýšený tlak podléhající léčby antihypertenzivy.
- Nadváha a obezita souvisí s nedostatečným výdejem a nadměrným příjmem energie, kdy pro nadváhu je charakteristický nadbytek hmotnosti a pro obezitu abnormální nahromadění tukové tkáně. Pro určení stupně obou dvou stavů nám slouží výpočet BMI. Výskyt kardiovaskulárních onemocnění je u pacientů trpících nadváhou nebo obezitou až 3x vyšší.
- Hypercholesterolemie zvýšenou hladinou cholesterolu a triglyceridů v krvi se zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulární nemoci, jelikož přispívají k tvorbě aterosklerotických plátů v cévách.
- Diabetes mellitus je metabolické onemocnění, mezi jehož pozdní chronické komplikace řadíme makroangiopatii, k nimž spadá i CMP (Hamplová, 2019).
- Onemocnění srdce a cév mezi tyto rizikové faktory můžeme zařadit pacienty s FISI u nichž je výskyt iktu až 5x vyšší. Dále sem můžeme zařadit stenózu karotid, která vzniká v důsledku aterosklerózy a řadí se mezi jednu z nejčastějších příčin CMP.
- Kouření řadíme mezi faktor životosprávy, které zvyšuje výskyt cerebrovaskulárních onemocnění dvakrát až třikrát oproti nekuřákům.
- Nedostatek pohybu přispívá k řadě onemocnění, mezi něž řadíme i kardiovaskulární choroby a vede i k rozvoji aterosklerózy.
- Hormonální antikoncepce užívaná mladými ženami, které zároveň i kouří, zvyšuje riziko výskytu iktu (NZIP, 2021).

1.3 Cévní mozková příhoda ischemická

Tvoří 80-85 % ze všech mrtvic, vznikají jako následek významného snížení přítoku krve do části či celého mozku. Již za 5 minut při neprokrvení, dochází k postižení na buněčné úrovni. Ke smrti buňky dochází při vážné nebo dlouhotrvající ischemii, proto je nejdůležitější časná rekanalizace a tím možné zmírnění následků tak, aby došlo k obnovení toku krve do postižené tkáně. Obnovením přítoku krve do postižené tkáně dojde ke snížení možných následků. Dle různých hledisek lze CMP klasifikovat dle průběhu, příčiny, podle rozsahu ischemické léze a lokalizace uzavřené tepny (Plevová, Zoubková a kolektiv, 2021).

1.3.1 Klasifikace ischemických CMP

Členění iktů dle průběhu:

- Tranzistorní ischemická ataka je krátkodobý stav, který se projevuje ložiskovou poruchou mozkové funkce bez vzniku infarktu mozku se spontánní úpravou do předchozího stavu jedince. Jedná se o stav, který nastane a odezní do 24 hodin, ale převážně trvá spíše minuty či hodiny. Na zobrazovacích metodách není zachycen žádný patologický nálezn, který by vyžadoval akutní řešení. Přesto, že TIA není život ohrožující stav, jedná se o varovný signál a pacient by měl být diagnosticky vyšetřen, aby se zabránilo možnému vzniku CMP.
- Reverzibilní mozková příhoda je pro ni charakteristický náhlý vznik symptomatologie charakteristický pro mozkový infarkt, při kterém dochází k ústupu příznaků do 14 dnů. Eventuálně můžeme u pacienta pozorovat drobný funkční deficit. Též může být považován za varovný signál, který je nutné dále diagnostikovat.
- Dokončená mozková příhoda je obvykle prokazatelná pomocí zobrazovacích metod, kde je popsána rozsáhlejší ischemie, která je doprovázena klinickými příznaky ty, však neodezní a funkční mozkové postižení je trvalé.
- Progredující mozková příhoda je méně častou ischemií, při které dochází k progresi klinických příznaků (Češka a kolektiv, 2020)

Dělení CMP dle příčiny iktu

- Onemocnění velkých tepen neboli makroangiopatie, jsou velice často způsobeny aterosklerotickým procesem na hlavních arteriích zásobujících mozek a jsou příčinou 50 % iktů.
- Onemocnění malých tepen neboli mikroangiopatie, jejich příčinou je ischemie malých arterií vystupujících z Willisova arteriálního okruhu, procentuálně jsou příčinou 25 % všech iktů.
- Embolizace ze srdce mezi příčiny způsobující tento iktus můžeme zařadit defekt na komorovém septu, onemocnění levé síně či komory, které jsou doprovázeny tvorbou trombů. Incidence iktů tohoto typu je 20 %.
- Ostatní a blíže neurčené příčiny iktu tvoří zbylých 5 % příčin iktů (Seidl, 2023).

Rozdělení dle rozsahu ischemické léze

- Malý iktus do této skupiny iktů můžeme zařadit TIA a RIND, projevuje se mírnými klinickými příznaky, které velice často odezní a nedochází k poruchám mozkových funkcí.
- Velký iktus do této klasifikační skupiny je řazen dokončený iktus, který je doprovázen významnými a přetrvávajícími klinickými příznaky.
- Lokální postižení mozku tímto pojmem je myšlené místní postižení mozku v okolí zásobující tepny, ve která byla postižená ischemií.
- Globální postižení mozku tímto pojmem je označováno poškození celého mozku, ať už hypoxickou či ischemickou příčinou.

Rozdělení dle lokalizace uzavřené tepny

- Karotické povodí je častějším místem, kde dochází k ischemickým infarktům.

- Vertebrobazilární povodí je méně často postiženo ischemickým infarktem (Češka a kolektiv, 2020).

1.3.2 Léčba ischemické CMP

V terapii ischemických iktů je důležitá rychlost poskytnuté péče. Čím rychleji poskytnutá péče tím nižší riziko možných následků. Proto je důležitá součinnost pacientů, kteří umí včas rozpoznat klinické příznaky CMP, ZZS, která následně transportuje pacienta buď na spádové ZZ nebo specializovaného iktového centra. Terapie je poskytnutá individuálním přístupem dle typu CMP, lokalizace a celkového rozsahu postižení. Intenzivní terapie zabezpečuje primárně vitální funkce, a to respirační a kardiální. Sekundárně pak řeší horečnaté a koagulační stavy, GIT, nutriční, prevenci proleženin a hypertenzi. Hypertenze je u stavů iCMP žádoucí, kdy až do hodnot tlaku 220/120 mm Hg není podávána antihypertenzní terapie, aby docházelo dostatečnému mozkovému prokrvení (Seidl, 2023).

Rekanalizační terapie můžeme jí definovat, jako opětovné zprůchodnění arterie, která byla předtím uzavřena trombem. K rekanalizaci můžeme použít trombolytickou léčbu, která může být pacientovi podána do 4,5 hodiny od prvních symptomů, trombolytická léčba se nepodává u rozsáhlých iktů. Principem účinku fibrinolytik je aktivace plazminogenu na plazmin, který dále štěpí fibrinovou síťku. Rizikem při farmakologické terapii fibrinolytiky může být mohutná aktivace plazminogenu, ke které není dostatečné množství antiplazminu. Ta má za následek eliminaci řady koagulačních faktorů a následné krvácení. Fibrinolytika se dělí na selektivní a neselektivní. V ČR se používají pouze selektivní, „*kteřé aktivují plazminogen vázaný na trombus, a tak degradují polymery fibrinu na degradační produkty (zejména D-dimery)*“ (Švihovec a kolektiv, 2018 str. 443). K rekanalizaci se používá i mechanická trombektomie, kterou je nutné provést do 6 hodin od vzniku příznaků, kdy dojde k manuálnímu odstranění trombu pomocí stentu. Embol nebo trombus je uchycen stentem a pomocí stentu je vytažen skrze femorální arterii mimo oběh (Přibáň, Mráček, 2022).

Jako prevence opětovného iktu je do terapie pacientovi nasazena kyselina acetylsalicylová v dávce 70-100 mg/den, na níž je zhruba 1/3 pacientů rezistentních. U pacientů trpících trombofilními stavy je aplikován nízkomolekulární heparin, ten je dále aplikován, jako prevence žilních trombóz. Jeho dávka je vypočítána dle hmotnosti pacienta, proto není nutné sledovat hodnotu APTT, ale stačí monitorovat anti-Xa. Jeho hodnotu můžeme sledovat již za 3-4 hodiny po podání např. u pacientů se selhávajícími ledvinami (Martínková a kolektiv, 2018).

1.4 Hemoragické CMP

Do skupiny hemoragických CMP můžeme zařadit intracerebrální hemoragie, které tvoří 10-15 % všech mrtvic a subarachnoideální krvácení jejichž incidence je 5 % ze všech iktů.

1.4.1 Intracerebrální hemoragie

Příčinou ICH je ruptura stěny cévy arterie méně často pak vény, kdy dojde k zakrvácení do tkáně mozku. Velkou úlohu při vzniku ICH hrají faktory anatomické, při postižení malých arterií aterosklerózou či nekrózou fibrinoidní, dochází k tvorbě aneurysmat. Rupturou těchto aneurysmat pak vzniká 75 % všech ICH. Mezi další příčiny vzniku můžeme zařadit amyloidní

angiopatie, aneurysmata, arteriovenózní malformace, prokrvácené ischemické ložisko jinak ji lze označit jako transformaci hemoragickou. Mimo jiné může krvácení vzniknout vlivem faktorů hemodynamických, jako je arteriální hypertenze či hemokoagulačních u hematologických onemocnění nebo u terapie antikoagulační a trombolytické. Obvykle dochází k dělení ICH na typickou hemoragii, která je v 80 % případů způsobená hypertenzí a postihuje hemisféry méně pak mozeček či mozkový kmen. Druhým typem krvácení je lobární, které se vyskytuje více povrchově. (Češka a kolektiv, 2020).

Terapie ICH je velice podobná terapii iCMP, pacient je hospitalizován buď na specializovaném pracovišti nebo spádovém oddělení dle rozsahu pacientova postižení. Důležité je zajištění vitálních funkcí, dále je léčba speciální pro každého pacienta dle rozsahu a lokalizace krvácení, důležité je snížení progresse hemoragie. Dle dostupných dat se uvádí, že až 1/3 ICHS postupuje, a to i za několik hodin. Tvorbu hematomu lze ovlivnit snížením krevního tlaku na hodnotu středního tlaku u hypertonika na 130 mm Hg a normotonika 105 mm Hg. K systematické léčbě můžeme zařadit i snahu o co nejnižší možné riziko druhotného poškození v důsledku hematomu, který působí kompresy mozkové tkáně, edém mozku a toxicitu, která vzniká v rámci rozpadu hematomu. V některých případech může dojít i chirurgickému odsátí hematomu. V současné době lze využít i účinnějších metod, jako je stenting, angioplastika či remodelace. Místech, kde nelze provést endovaskulární či chirurgický výkon se provádí radiační léčba (Přibáň, Mráček, 2022).

1.4.2 Subarachnoideální krvácení

Příčinou vzniku SAK je až v 85 % případech tohoto krvácení aneurysma v oblasti Willisova arteriálního okruhu, u kterého došlo k ruptuře. Dále mohou být aneurysmatem postiženy velké arterie, které z okruhu odstupují. Na vzniku aneurysmatu se podílí řada faktorů, ať už je to úraz, zánět či kornatění. Jejich velikost je od několika milimetrů až centimetry a až ve 20 či 30 % vícečetná. SAK není úplně častým typem krvácivým iktem, ročně je jím postiženo 10 pacientů/ 100 000 obyvatel, nejčastěji je postižena ACA a je provázeno vysokým stupněm mortality. K určení míry postižení se používá 5 stupňová klasifikační škála dle Hunta a Hesse. Tato škála člení pacienty podle neurologického nálezu a míry pacientových obtíží (Češka a kolektiv, 2020).

Terapie SAK je velice podobná terapii ICH, měla by být směřována do specializovaných center, kde by měla být pacientovi poskytnuta komplexní intenzivní léčba. Samozřejmě záleží na celkovém rozsahu postižení a s tím i souvisejícími příznaky, ale primárně se po stabilizaci začíná s léčbou bolesti hlavy a předchází se možnému spazmu. Ve chvíli, kdy je u pacienta prokázáno aneurysma či aneurysmata přistupuje se k tzv. clippingu, což je chirurgická metoda při které je aneurysma zaskovkováno. Mezi další chirurgickou metodu můžeme zařadit tzv. coiling, u kterého dochází ke ztrombotizování aneurysmatického vaku. Ať už po jedné nebo druhé chirurgické metodě je důležité u pacienta dodržet, tak aby došlo k dostatečnému prokrvení mozkové tkáně, vysoký krevní tlak a hemodiluci. V případě, kdy dojde k záchytu bezpříznakového aneurysmatu a daná výduť je větší než 7 mm, mělo by dojít k jeho ošetření (Přibáň, Mráček, 2022).

1.5 Klinický obraz

Klinický obraz u CMP je u každého pacienta jiný v závislosti na typu, rozsahu a lokalizaci iktu. Pro rychlý přístup v péči o pacienta s CMP byla vytvořena zkratka FAST, která zohledňuje všechny velké příznaky. Tato zkratka je tvořena prvními písmeny anglicky interpretovaných částí lidského těla, která jsou zasažena tímto onemocněním. F = face, zaměřujeme se na pokleslý koutek, cenění zubů, úsměv. A = arm, pacient nedokáže symetricky držet ruce předpažené, může ztratit i jemnou motoriku. S = speech, pacient trpí poruchou řeči. T = time, je důležitý kvůli možnému transportu na specializované pracoviště, kdy je ještě pacient v terapeutickém okně. Kromě těchto tzv. hlavních klinických projevů, se do popředí dostávají i příznaky vedlejší pro, které existuje zkratka BELFAST. Mezi tyto malé příznaky můžeme zařadit vznik poruchy vědomí, poruchu citlivost poloviny těla, dysartrii, diplopii, prudkou náhle vzniklou bolest hlavy a výpadek poloviny zorného pole (Šeblová, Knor a kolektiv, 2018).

U částí mozku, které jsou postižené mozkovou příhodou, můžeme pozorovat typické příznaky:

- Levá (dominantní) hemisféra pro níž je typická afázie, pravostranná hemiparéza nebo ztráta citlivosti, výpadek zorného pole na pravé straně, dyzartie.
- Pravá (nedominantní) hemisféra pro kterou je charakteristická ztráta levého zorného pole, levostranná hemiparéza a ztráta citlivosti, prostorová dezorientace a dyzartrie.
- Mozkový kmen a mozeček při uzávěru v této oblasti dojde k motorickému a senzoryckému deficitu na všech končetinách, dyzartrii, nystagmu, amnézii, výpadek v obou zorných polích a ataxie (Dobiáš a kolektiv, 2021).

V klinickém obrazu ať u ischemické i hemoragické CMP dochází k manifestaci často se vyskytujících příznaků a poruch. Tyto symptomy se vyskytují buď jednotlivě, nebo i kombinací několika z nich, řadíme mezi ně:

- Poruchy vědomí nedělíme pouze dle vigility, ale i podle obsahové stránky na kvalitativní a kvantitativní. Kvantitativní poruchy vědomí řadíme somnolenci, sopor, synkopa a kóma. Somnolentní pacient má lehce zastřené vědomí a je lehce probudný. Sopor je porucha pro, kterou je charakteristický hluboký spánek a na silný podnět je pacient probudný. Pro kóma je typická různě dlouhá a hluboká ztráta vědomí. Z kvalitativního hlediska poruchy vědomí dělíme na zmatenost, halucinace, delirium, stupor, katatonie (Ščudla, Horák, Karásek a kolektiv, 2023).
- Paréza je částečné ochrnutí, které se často projevují v podobě hemiparézy, což je postižení jedné poloviny těla. Plegie neboli ochrnutí úplné.
- Apraxie je porucha, při které je zachovalá hybnost končetin, ale dochází k nemožnosti konat koordinovaný, naučený a účelný pohyb.
- Akutně vzniklá bolest hlavy
- Závrať neboli vertigo je stav, který je doprovázen nevolností někdy až vomitem a točením hlavy.
- Hemianopsie ztráta zorného pole na pravé nebo levé straně.
- Anizokorie je rozdílná velikost mezi pravou a levou zornicí. Mydriáza pro tu jsou typicky rozšířené zornice.
- Diplopie neboli dvojité vidění
- Dysfagie je porucha polykání
- Inkontinence moči a stolice

- Fatické poruchy jako je: Afázie se dělí na několik typů podle postižené oblasti, jedná se o poruchu porozumění řeči. Dysartrie se projevuje poruchou artikulace (Dosbaba, Křížová, Hartman a kolektiv, 2021) a (Dobiáš a kolektiv, 2021).

1.6 Diagnostika CMP

Jedním ze základních stavebních kamenů při léčbě CMP je včasná diagnostika tohoto onemocnění, protože čas u tohoto onemocnění hraje důležitou roli. Proto je důležitá již přednemocniční diagnostika. Základem každého vyšetření pacienta ať už v přednemocniční nebo nemocniční péči je odebrání kvalitní anamnézy a provedení základního vyšetření ABCDE, kdy D je neurologické vyšetření. Ať už pro veřejnost nebo i pro zdravotnický personál je využívána pomocná zkratka FAST, která nám má napomoci v diagnostice CMP, ta byla již blíže rozebrána v klinických symptomech. Při vzplanutí, alespoň jednoho z příznaků, který je typický pro CMP mluvíme o tzv. triádě pozitivitě (Peřan, Cmorej, Nesvadba, 2023).

V rámci neurologického vyšetření je u pacienta hodnocen stav vědomí, u kterého lze použít hodnotící škálu GCS. Velikost a symetrie zorniček nám může také napomoci v rámci diagnostiky CMP, kdy anizokorii předpokládáme u hemoragické CMP, velmi úzké zornice svědčí pro mozečkovou lézi a nepřítomná fotoreakce svědčí pro zvyšující se nitrolební tlak. K vyšetření hybnosti využíváme ať už horní či dolní končetiny, které pacient upaží do 90° a zavře oči, na straně postižení dochází k poklesu končetiny. Samozřejmě do neurologického vyšetření je zahrnuto i vyšetření meningeálních příznaků a řeči (Boguská a kolektiv, 2023).

Na přednemocniční diagnostiku navazuje diagnostika nemocniční, kdy k prokázání iCMP či hemoragické CMP využíváme zobrazovací metody. Tato vyšetření nám slouží k potvrzení iktu, základní zobrazovací metodou iktů je CT, které využíváme odlišení CMP od sebe, k lokalizaci a určení rozsahu postižení mozkové tkáně. V akutní fázi nemusí být ischemická léze na CT patrná, proto se provádí kontrolní CT s odstupem. U hemoragické CMP se provádí kontrolní CT s odstupem 3 hodin nebo při zhoršení stavu, zda nedošlo ke zvětšení rozsahu postižení a nález by bylo možné ošetřit chirurgicky. K diagnostice tepenného uzávěru a určení příčiny ICH i SAK lze využít CTA, kde je nitrožilně aplikována kontrastní látka. Mezi další zobrazovací metody, které se využívají v diagnostice CMP, můžeme zařadit MRI, MRA, DSA, sono magistrálních tepen atd. (Přibáň, Mráček, 2022).

1.6.1 Diferenciální diagnostika

Neurologický deficit nemusí být způsobený pouze CMP, ale je důležité vzít i v potaz jiné možné příčiny poruch mozkových funkcí.

Mezi tyto příčiny můžeme zařadit:

- Jiná neurologická onemocnění, jako je absces mozku, nádory a metastázy na mozku, subdurální hematom, epileptické záchvaty, encefalitidu, Bellova paréza atd.
- Metabolické příčiny, které mohou způsobit neurologický deficit hypoglykémie, hyperglykémie, hyponatrémie, hypernatrémie, jaterní encefalopatie.
- Kardiologické příčiny sem lze začlenit synkopy a srdeční selhání.
- Psychiatrické příčiny jako jsou disociační poruchy.
- Intoxikace léky či návykovými látkami (Šeblová, Knor a kolektiv, 2018).

1.7 Ošetřovatelská péče o pacienty po CMP

Ošetřovatelská péče o pacienta po CMP je velice různorodou péčí, která může být pacientům poskytována. Hlavním cíle kvalitní ošetřovatelské péče vyvstávají z konceptu oboru všeobecné ošetřovatelství, kdy péče poskytujeme nejen pacientům, ale i jejich rodinným příslušníkům. Tato péče se snaží co nejvíce uspokojovat biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby. Stejně, jak lékař odebírá anamnézu, je odebírána i anamnéza ošetřovatelská. Při odbírání této anamnézy se zaměříme na tzv. Barthelův test, který nám určuje do, jaké míry je pacient soběstačný. Dále na hodnocení rizik pádu, nutrice, dekubitu, bolesti a stavu vědomí. Součástí hodnocení Barthlova testu je najezení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinenci moče a stolice, použití WC, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a chůze po schodech. Kdy nám tento test nejvíce napoví do, jaké míry se o sebe bude schopen daný jedinec postarat, a kde naopak bude potřebovat pomoc. Dle zjištěných údajů se u pacientů stanovují ošetřovatelské diagnózy, které napomáhají výběru ošetřovatelských intervencí, za které si nese odpovědnost sestra, která je poskytuje. K výběru těch diagnóz přispívá klasifikační systém NANDA, který zahrnuje 13 diagnostických domén a 47 tříd (Dingová, Vrabelová, Lidická, 2018).

Riziko pádu je u pacientů, kteří jsou postiženi neurologickým deficitem velice vysoké. Příčiny vzniku pádu můžeme rozdělit na dvě skupiny.

- První skupina pádů může být způsobena buď současným onemocněním, nebo již předešlým somatickým onemocněním, ta jsou závislá na pacientově věku. Kdy s věkem se úměrně zvyšuje i riziko pádu. Kdy mezi tato somatická onemocnění můžeme zařadit např. demenci, CMP, artrózu, delirium, stav po amputaci, onemocnění zraku a sluchu, atrofii svalstva, IM, poruchy srdečního rytmu, hypoglykémii, CHOPN aj.
- Do druhé skupiny pádů můžeme zařadit pády, které vznikly v důsledku působení vnějších faktorů. Sem lze řadit pády, které vznikly v důsledku denních aktivit, při chůzi s kompenzační pomůckou nebo nedostatečné přípravy ošetřovatelského personálu k chůzi s pacientem (Miertová, 2019).

O pacienty po CMP se mohou starat sestry na ambulancích, intenzivních lůžkách, specializovaných pracovištích a následných zařízeních. Nejčastěji i vzhledem ke stavu postižení jsou pacienti po CMP hospitalizováni na JIP či ARO, kde jsou aktivně monitorováni. Součástí monitorace je hodnocení EKG křivky, TK, SPO₂, TT a stav vědomí. U pacientů jejichž stav to vyžaduje a pracoviště disponuje touto monitorovací metodou lze hodnotit i nitrolební tlak. K monitoraci tohoto tlaku se využívá tzv. ICP čidlo, které se zavádí na postižené straně nebo u rozšířeného nálezu na stranu nedominantní hemisféry. K ověření správného uložení čidla se využívá křivka nitrolebního tlaku, jejíž tvar odpovídá pulzovému arteriálnímu tvaru. K zavedení ICP čidla jsou indikováni pacienti s mimořádným nálezem na CT nebo, GCS nižší než 8, nízkým krevním tlakem či neobvyklým postavením nebo hybností končetin. Co se týče vstupního zajištění, může mít pacient dle postižení zajištěn DC, centrální nebo periferní žilní vstup, AK, zavedenou NGS, PMK. Rozsah potřebného zajištění a následné monitorace vždy odpovídá potřebám daného jedince (Kapounová, 2020).

1.8 Následná péče o pacienty s CMP

Komplexní rehabilitační péče je zaměřena nejen na motorické funkce, ale také na řeč, kognici a psychosociální oblast. Moderní rehabilitační přístup je založen na multidisciplinárním týmu, který zahrnuje fyzioterapeuty, ergoterapeuty, logopedy, klinické psychology, všeobecné sestry, lékaře rehabilitační medicíny a sociální pracovníky. Tato komplexní péče je poskytována proto, aby mohli být jedinci postižení touto nemocí opět začleněni do běžného života v co nejvyšší kvalitě a snížili se tak možné následky. Mezi následky CMP můžeme řadit parézy, spasticitu, dysfagii, afázii, dysartrii, PSD, apraxie, percepční poruchy, inkontinenci, STRE a PSP. Tyto následky lze do značné míry ovlivnit časnou, kvalitní a vytrvalou rehabilitační péčí (Dosbaba, Křížová, Hartman a kolektiv, 2021).

1.8.1 Rehabilitační péče

Aktivitu a pohyb můžeme označit jako jednu ze základních potřeb člověka, samozřejmě každý z nás preferuje jinou četnost, druh pohybu atd. Minimálně jej, ale všichni využíváme k běžným denním činnostem, pro svou existenci a samostatnost. Rehabilitační techniky napomáhají zmírnění následků po prodělané nemoci, úrazu, vadě a snaží se napomoci jedince se do nejdříve vrátit zpět k jeho aktivnímu životu. Tato péče může být poskytována do značné míry ošetřujícím personálem, ale lepší je využít cílené rehabilitace fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem. Do této skupiny péče můžeme zařadit již polohování pacientů na oddělení, které může být aktivní nebo pasivní. Jedná se často o první rehabilitační praktiku, kterou provádí ošetřující personál. Pacient by se měl polohovat během dne jednou za 2-3 hodiny a v noci za 3-4 hodiny. U pacientů po CMP je vhodné polohování na stranu, která je postižená. Samozřejmě je vhodné využívat všechny možné pozice, jako prevenci dekubitů. Polohování lze také využít, jako prevenci před vznikem kontraktur, deformit a ankylóz. Jako polohovací pomůcky lze využít kostky a podložky z molitanu, polštáře naplněné kuličkami, válce, polštáře, lůžko, které lze polohovat, hranoly, polohovací gelové pomůcky (Dosbaba, Křížová, Hartman a kolektiv, 2021).

Mobilizace pacienta může probíhat buď pasivně, asistovaně nebo aktivně, jedná se o aktivitu, která předchází vzniku atrofie svalstva, kontraktur, osteoporózy atd. Pokud nemůže pacient sám vykonávat pohyb a cviky s ním provází zdravotnický personál, mluvíme o pasivním pohybu. Při zvládnutí nácviku běžných činností, následovaných nácvikem sedu, stoje a chůze mluvíme o asistovaném pohybu. Ve chvíli, kdy jedinec sám posiluje svaly a vykonává jednotlivé cviky sám, mluvíme o aktivním pohybu. Rehabilitace nám napomáhá u pacientů po CMP tyto dovednosti vrátit zpět do běžné denní rutiny. U pacientů lze využít i tzv. dechovou gymnastiku, která pomáhá dostatečně provzdušňovat dolní laloky plic a předchází tak možným vznikům infekcí, provádí se vleže nebo vsedě (Švestková, Angerová, Druga, Pfeiffer, Votava, 2017).

Rehabilitace se obvykle rozděluje na akutní, subakutní a chronickou fázi. Rehabilitační péče je poskytována v rámci akutní fáze již ve zdravotnickém zařízení, eventuálně v navazující péči LDN, kde se zaměřuje především na prevenci komplikací, časnou mobilizaci a nácvik základních funkčních činností. V subakutní a chronické fázi lze rehabilitační péči poskytovat v rehabilitačních ústavech, jejichž lůžka jsou omezená a jejichž hlavním cílem je maximalizace funkčního potenciálu, nácvik aktivit denního života, adaptace na trvalé následky a využití kompenzačních strategií. Pro pacienty s mírnější formou postižení lze využívat ambulantní rehabilitace. V současné době lze využít i tzv. koordinované rehabilitace což je proces, „jehož

cílem je umožnit osobám s disabilitou dosáhnout nebo udržet si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout jim prostředky a podporu pro dosažení vyšší nezávislosti“. Základem této rehabilitace je včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, součinnost (Vacková a kolektiv, 2020 str. 21).

1.8.2 Logopedická péče

Je poskytována pacientům po CMP, u kterých byla postižena některá z oblastí, kde se tato centra nacházejí. Mezi nejzávažnější poruchu řeči, kterou mohou pacienti mít, řadíme afázii. Tu můžeme dále dělit na jednotlivé typy dle spontánní řeči, opakování slov, rozumění jazyku a hledání slov na: Brocovu, Wernickeho, konduktivní, globální, anomickou, achromatickou, motoricko – transkortikální, sensoricko – transkortikální a subkortikální. Dále mohou být jedinci postiženi ve schopnosti čtení, psaní a počítání. Často jsou s afázií kombinované. Logopedická terapie by měla být vždy cíleně zaměřená a uzpůsobena jedinci dle podrobného vyšetření. Tato péče je poskytována již na JIP, rehabilitačních zařízeních či ambulantně klinickým logopedem. Lze poskytnout také péči o kognitivní funkce, kterou je potřeba začít co nejdříve, nejlépe před manifestací obtíží. Tato terapie může probíhat buď individuálně či skupinově. Ve chvíli, kdy jedinec nemůže ze zdravotních důvodů docházet do specializované ambulance je mu stanoven stimulační trénink k dosažení terapeutických cílů, ten by měl být pravidelný a ne nárazový. Následné pokroky v léčbě jsou vždy individuální a závisí na mnoha faktorech, jako je např. komplikace, rozsahu postižení, vzdělání, motivaci, trpělivosti atd. (Lasotová, 2024).

1.9 Následky a dopady CMP

Cévní mozková příhoda významně zasahuje nejen fyzické schopnosti pacienta, ale často způsobuje i kognitivní a psychické poruchy, které mohou mít zásadní vliv na soběstačnost a kvalitu života. Toto onemocnění má i hluboký dopad na sociální fungování a pracovní život nemocného. Změny v motorických, kognitivních a emočních schopnostech mohou vést k omezení sociálních aktivit, ke změně rolí v rodině a k větší závislosti na druhých (Hoidekrová a Vilimovský, 2022; Prušová et al., 2023).

1.9.1 Psychické a kognitivní následky

Mezi nejčastější kognitivní následky patří poruchy pozornosti, paměti, exekutivních funkcí, zrakově-prostorového vnímání, rychlosti zpracování informací a jazykové poruchy. Z psychických poruch se nejčastěji objevují deprese, úzkosti, emoční labilita, apatie a post-CMP únava. Zásadním a často podceňovaným kognitivně-percepčním deficitem je neglect syndrom. Jedná se o poruchu pozornosti, při níž pacient nevěnuje pozornost podnětům na postižené straně zorného pole nebo těla, ačkoliv nemá zrakovou slepotu ani senzitivní deficit. Nejčastěji vzniká po lézi pravé hemisféry, kdy pacient zanedbává levou stranu prostoru, což se může projevit ignorováním objektů, osob či vlastních končetin. Neglect významně komplikuje proces rehabilitace. Pacienti s neglectem mají zhoršenou schopnost orientace v prostoru, nižší soběstačnost a vyšší riziko úrazů (Hoidekrová a Vilimovský, 2022).

Kognitivní poruchy obecně představují hlavní faktory dlouhodobého omezení a nižší kvality života. Deprese po CMP je dalším významným faktorem, který negativně ovlivňuje rehabilitační

výsledky, návrat do práce i celkové psychosociální fungování. Kognitivní a psychické poruchy je proto nezbytné aktivně vyhledávat, hodnotit a adekvátně léčit. Součástí kvalitní následné péče je dlouhodobé neuropsychologické sledování, cílená kognitivní rehabilitace, psychoterapie a vhodná farmakoterapie (Prušová a kolektiv, 2023).

1.9.2 Sociální a pracovní dopady

Mnoho pacientů po CMP čelí sociální izolaci, zhoršené komunikaci a omezené možnosti návratu do běžného života. Tyto faktory přispívají k nižšímu vnímání vlastní hodnoty a k poklesu kvality života. Návrat do zaměstnání je pro pacienty po CMP často velmi obtížný. Bariérou bývají motorické deficity, poruchy řeči, únava, zpomalené kognitivní tempo nebo poruchy koncentrace. Sociální dopady se neprojevují pouze na straně pacienta, ale i na straně pečujících osob, kteří často musí měnit pracovní úvazek nebo zcela opustit zaměstnání, což vede ke zvýšené finanční a psychické zátěži rodiny (Prušová a kolektiv, 2023).

Ekonomické dopady CMP jsou výrazné. Zahrnují přímé náklady na léčbu, rehabilitaci, kompenzační pomůcky, dopravu a domácí péči. Nepřímé náklady představují ztrátu pracovního příjmu, snížení produktivity nebo sociální dávky. Dostupnost sociálních služeb a komunitních programů hraje zásadní roli v úspěšné integraci pacienta do společnosti a jeho celkové kvalitě života. Významnou roli hraje také sociální opora pro kvalitní rodinné zázemí, podpora partnera, přátel a profesionálů je jedním z hlavních preventivních faktorů, které mohou výrazně zlepšit subjektivní i objektivní kvalitu života (Řepík a kolektiv, 2023).

1.10 Kvalita života

Pojem kvalita života představuje pro každého z nás trochu něco jiného. Ale pokud to vezmeme v zaměření na kvalitu života pacientů po prodělané nemoci tak se týká celkového fyzického, psychického a sociálního stavu pacienta po ukončení akutní fáze nemoci či léčby. Tento koncept zahrnuje nejen přežití či vyléčení, ale také schopnost pacienta žít co nejlépe a nejspokojenější život i s případnými omezeními způsobenými nemocí nebo jejím léčebným procesem. Mezi hlavní aspekty kvality života po prodělané nemoci lze zařadit:

- Fyzické zdraví – úroveň zotavení fyzických funkcí, přítomnost nebo absence chronických komplikací či vedlejších účinků léčby.
- Psychické zdraví – úroveň stresu, deprese, úzkost, posttraumatického stresu, psychická adaptace na změněný zdravotní stav
- Sociální rodinné vztahy – podpora od rodiny, přátel a komunity, možnost návratu k pracovním a společenským aktivitám.
- Funkční schopnosti a nezávislost – schopnost péče o sebe sama a vykonávání běžných denních činností, mobilita a schopnost samostatného života.
- Subjektivní pocit spokojenosti a smyslu života – vnímání vlastního zdraví a životní energie, smysluplnost života po nemoci (Janoušková a Hák, 2025).

Kvalitu života pacientů se často hodnotí pomocí specializovaných dotazníků mezi, než můžeme zařadit dotazník SF-36, který hodnotí osm oblastí zdraví. EQ-5D je jednoduchým nástrojem měření mobility, sebeobsluhy, běžných činností, bolesti a psychického stavu. WHOQOL-100 je dotazník zobrazující 6 domén za posledních 14 dní. Hodnocení kvality života po prodělané

nemoci má svůj význam v klinické praxi. Pomocí ní můžeme identifikovat potřeby pacientů pro další rehabilitaci a podporu, přizpůsobit léčbu a péči individuálním potřebám a zlepšit výsledky léčby nejen z hlediska přežití, ale i celkové spokojenosti a fungování pacienta (Mandysová, Škvrňáková, 2016).

1.11 Centra poskytující vysoce specializovanou péči

V ČR je poskytována vysoce specializovaná péče v oblasti cerebrovaskulární a iktové péče. Tato centra získávají svůj statut dle zákona č. 372/2011 Sb. § 112 odst. Poskytovatelé služby IC a KCC musí v intervalu jednoho roku sledovat celkem 16 indikátorů výkonnosti a kvality poskytované péče. Mezi tyto indikátory, které centra zpracovávají, můžeme např. zařadit:

- Celkový počet pacientů hospitalizovaných s primární diagnózou CMP – jedná se o celkový počet pacientů, kteří zde byli hospitalizováni s diagnózou I60, I61, I63, G45.
- Běžné 5, 30 a 90 denní úmrtnost s primární diagnózou CMP – uvádí se v %, ukazuje na kvalitu poskytnuté péče při hospitalizaci.
- Průměr dnů, které byli stráveny v domácím prostředí z 90 dnů od začátku hospitalizace s primární diagnózou CMP.
- Procentuální podíl pacientů, kteří byli hospitalizováni s primární diagnózou CMP na JIP KCC nebo IC.
- Počet pacientů, kterým byla poskytnuta žilní trombolýza ku celkovému počtu pacientů s iCMP.
- Poměr plně vyplněných údajů do databáze RES-Q – uvádí se v %.
- Medián mezi časem vstupu na specializovaného centra do podání intravenózní trombolýzy.
- Zahájení druhotné prevence pro pacienty, kteří prodělali iCMP.
- Časový úsek mezi přijetím pacienta na IC a sekundárním transportem na KCC s diagnózou CMP (MZČR, 2021).

Centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem je centrum ve, kterém je poskytnuta všestranná diagnostika a terapeutická péče pacientům po prodělané CMP. Celkem je v ČR 33 těchto specializovaných IC. Pacientům, kterým se poskytnuta péče v IC se sníží riziko mortality a následků onemocnění. Cerebrovaskulární centra poskytují komplexní vyšetřovací a terapeutickou péči pacientům s cerebrovaskulárním onemocněním. Celkově se těchto specializovaných center nachází v ČR 13 (NZIP, 2021).

2 Výzkumná část / Praktická část

V následující části této bakalářské práce je popsáno výzkumné šetření, které pomohlo k zodpovězení cílů výzkumu. Výzkumná část práce je tvořena cílem práce, výzkumnými otázkami, metodikou výzkumu, průběhem výzkumného šetření, zpracováním získaných dat, charakteristikou vzorku respondentů, výsledky šetření a v neposlední řadě samotnou analýzou výsledků.

2.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem tohoto výzkumu je analyzovat do jaké míry mohou následky po prodělané cévní mozkové příhodě ovlivnit kvalitu života pacientů.

Výzkumné otázky

Otázka č.1 Do jaké míry jsou u pacientů po cévní mozkové příhodě přítomny změny v soběstačnosti a ve zvládnání běžných denních aktivit?

Otázka č.2 Jak často se u pacientů po cévní mozkové příhodě vyskytuje psychická zátěž či obtíže v oblasti psychické pohody v souvislosti s jejich zdravotním stavem?

Otázka č.3 Jak často se u pacientů po cévní mozkové příhodě vyskytuje bolest, jaká je její intenzita a do jaké míry bolest ovlivňuje rehabilitaci a terapii?

Otázka č.4 Jak pacienti po cévní mozkové příhodě hodnotí míru psychické podpory ze strany rodiny a zdravotnického personálu při zvládnání následné péče a léčby?

2.2 Metodika výzkumu

U bakalářské práce ve výzkumné části byl použit kvantitativní výzkum. Data byla získaná za pomoci dotazníkového šetření. Tyto dotazníky byly zcela anonymní a sloužily pouze k analýze dat potřebných pro tuto bakalářskou práci. Dotazník byl určen pro pacienty, kteří byli postiženi cévní mozkovou příhodou a leželi na oddělení neurologie a neurologické JIP nemocnice Třebíč. V úvodu dotazníku bylo krátké seznámení s tím, k jakému účelu bude dotazník sloužit. Dotazník byl vlastní konstrukce viz příloha A a skládal se ze 17 uzavřených otázek. Součástí přílohy B je souhlas k možnému provedení dotazníkového šetření v daném zdravotnickém zařízení. Respondenti měli možnost vybrat si z nabízených odpovědí jednu. Úvodní otázky dotazníku byly demografické, dále se otázky zaměřovaly na oblast psychického stavu, míru bolesti, podporu rodiny. Dále k dotazníku byly zvoleny 4 výzkumné otázky na které byly vázány jednotlivé otázky z dotazníku.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazník byl určen pacientům hospitalizován kvůli cévní mozkové příhodě ať už ischemické či hemoragické. Tito respondenti byli hospitalizováni na neurologickém oddělení a na neurologické JIP nemocnice Třebíč. Návratnost dotazníku čítala 104 vyplněných dotazníků. Na tomto výzkumu se podílelo 48 žen a 58 mužů.

2.4 Průběh výzkumu

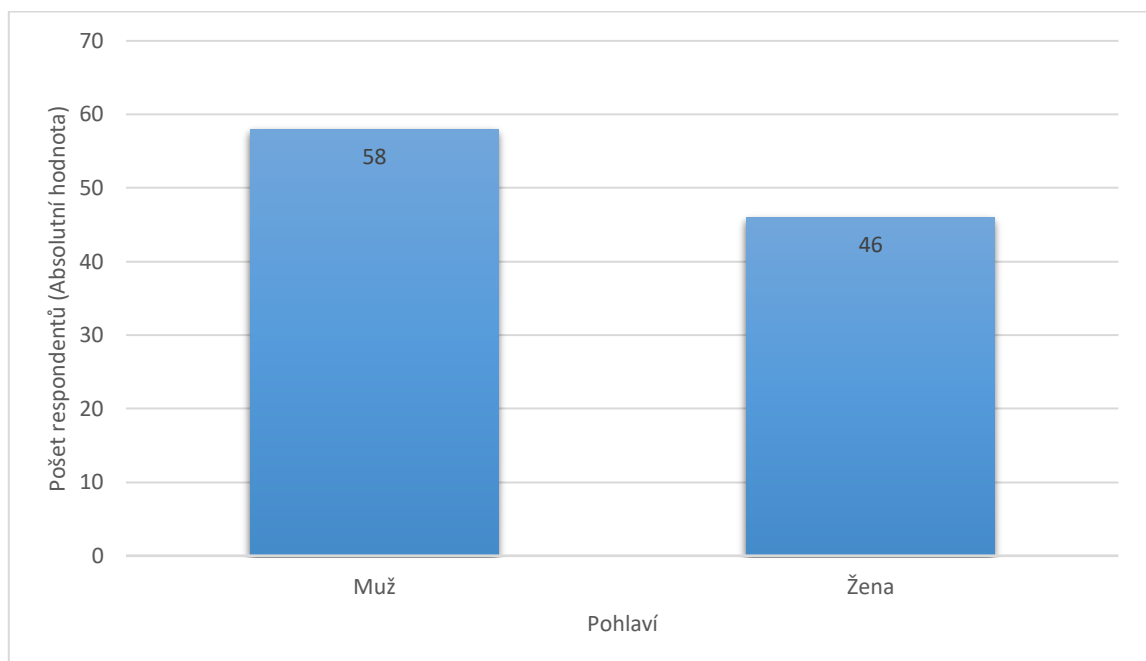
Před samotným výzkumným šetřením jsem si prostudovala odbornou literaturu a standardizované dotazníky, které se zaměřují na kvalitu života pacientů po CMP. Samotné výzkumné šetření bylo započato v polovině prosince 2025 a skončilo v březnu 2026. Dotazník byl donesen v papírové formě na obě oddělení, kdy respondenty byli pacienti hospitalizováni na tomto oddělení. Samotného výzkumného šetření se zúčastnilo 104 respondentů. Vyplnění dotazníku mohlo respondentům zabrat něco mezi 10-15 minut času. Samotné výzkumné šetření probíhalo bez větších komplikací.

2.5 Zpracování získaných dat

Získaná data k bakalářské práci byla zpracovaná za použití programů Microsoft Office Word 2021 a Microsoft Office Excel. K lepší přehlednosti byla data zpracovaná do sloupcových grafů s odpovídajícím popisem samotných výsledků. V textové části pod grafy jsou výsledky interpretovány v procentech a absolutních hodnotách.

2.6 Výsledky dotazníkového šetření

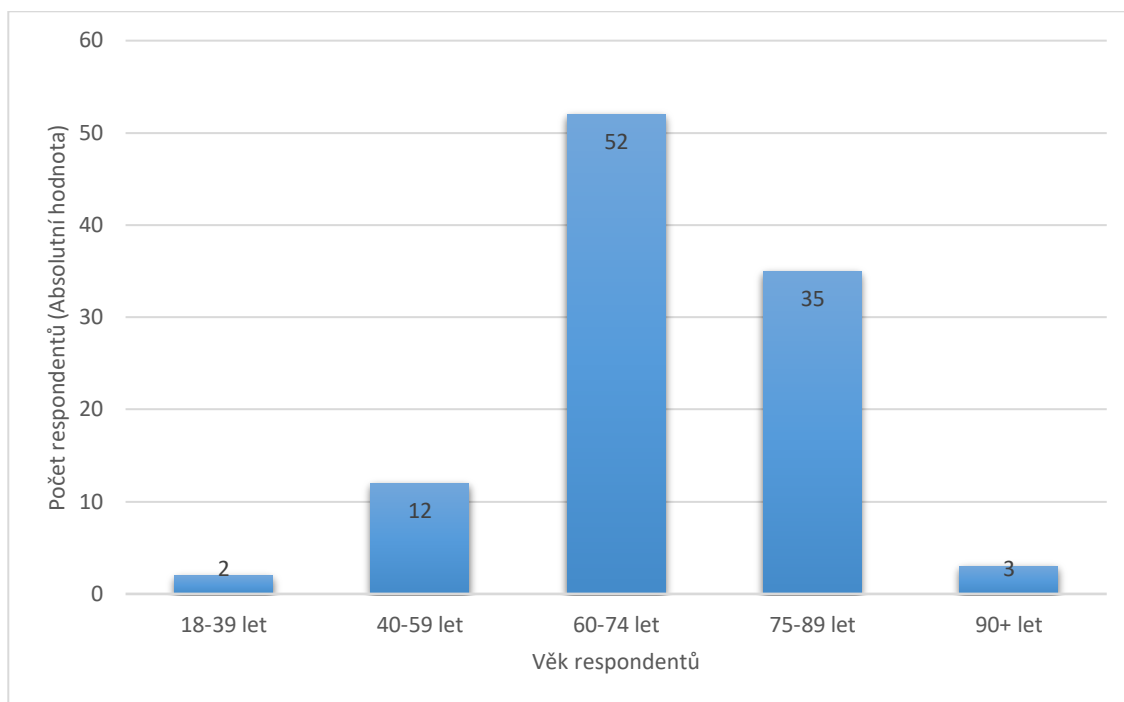
V této kapitole jsou popsány a prezentovány výsledky, které byly získány od respondentů hospitalizovaných na neurologickém oddělení a neurologické JIP nemocnice Třebíč. Jednotlivé odpovědi dotazovaných jsou zobrazeny ve sloupcových grafech.



Graf 1: Pohlaví respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

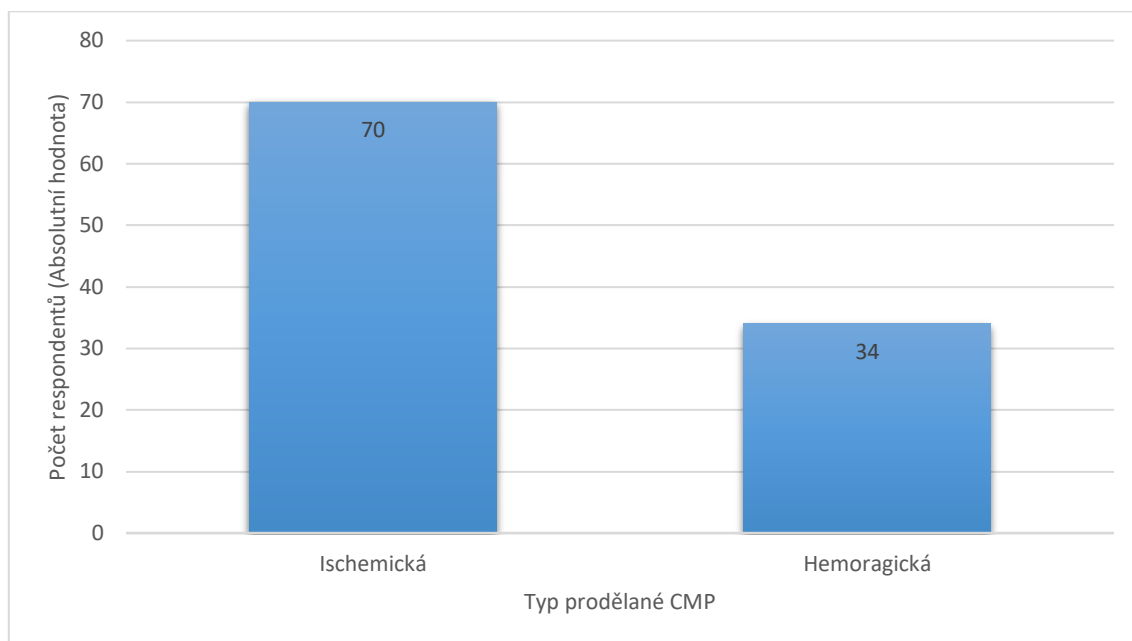
V grafu co je uveden výše, je vidět genderové rozdělení respondentů. Kdy z celkového počtu 104 bylo 58 mužů a 46 žen. V relativních číslech jde o procentuální podíl 55,8 % mužů a 44,2 % žen.



Graf 2: Kolik je Vám let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

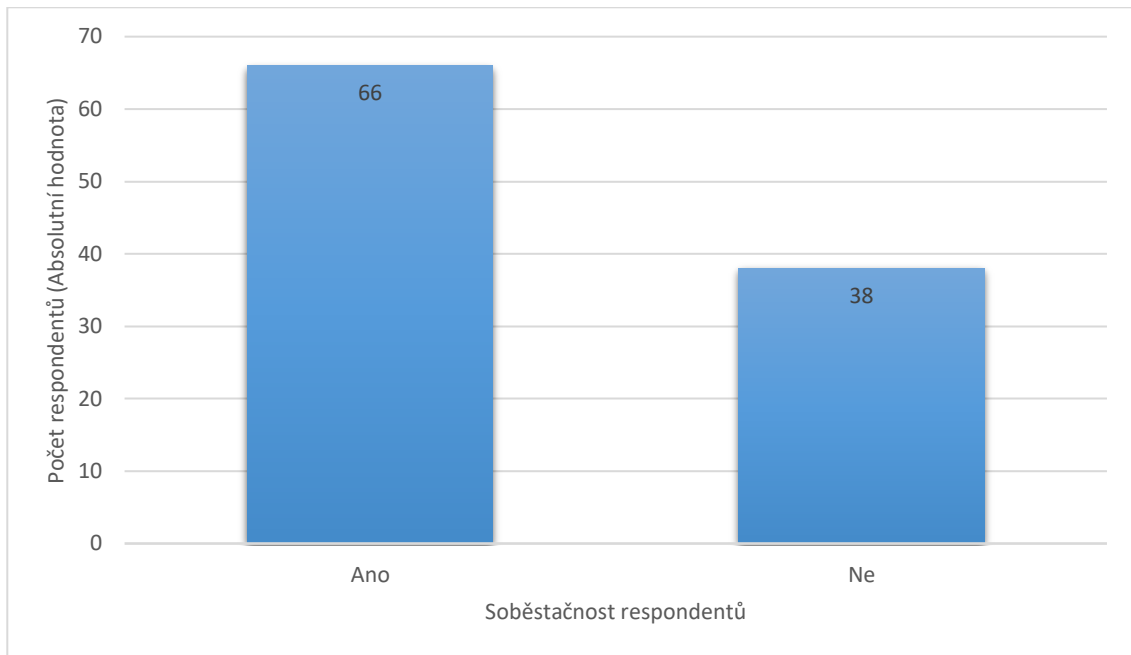
Zde můžete vidět grafické znázornění věku respondentů, kteří se výzkumného šetření zúčastnili. Nejvíce respondentů spadá do věkové kategorie 60-74 let (celkem jde o 52 respondentů tj. 50 % celkového počtu). Druhou nejvíce početnou skupinou byli respondenti ve věku 75-89, kterých bylo 35 což činí 33,7 %. Další skupinou byli respondenti ve věku 40-59 let, kterých bylo 12 a tj. 11,5 %. Mezi dvě nejméně početné skupiny respondentů můžeme zařadit věkovou skupinu 90+, jež čítá 3 respondenty tj. 2,9 % a dotazované ve věku 18-39 let, kteří jsou pouze dva což odpovídá 1,9 %. Tato data poukazují na zastoupení ve všech věkových kategoriích, kdy nejčetnějšími skupinami jsou pacienti vyššího věku, což není nijak neobvyklé.



Graf 3: Jaký typ CMP jste prodělal/a

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

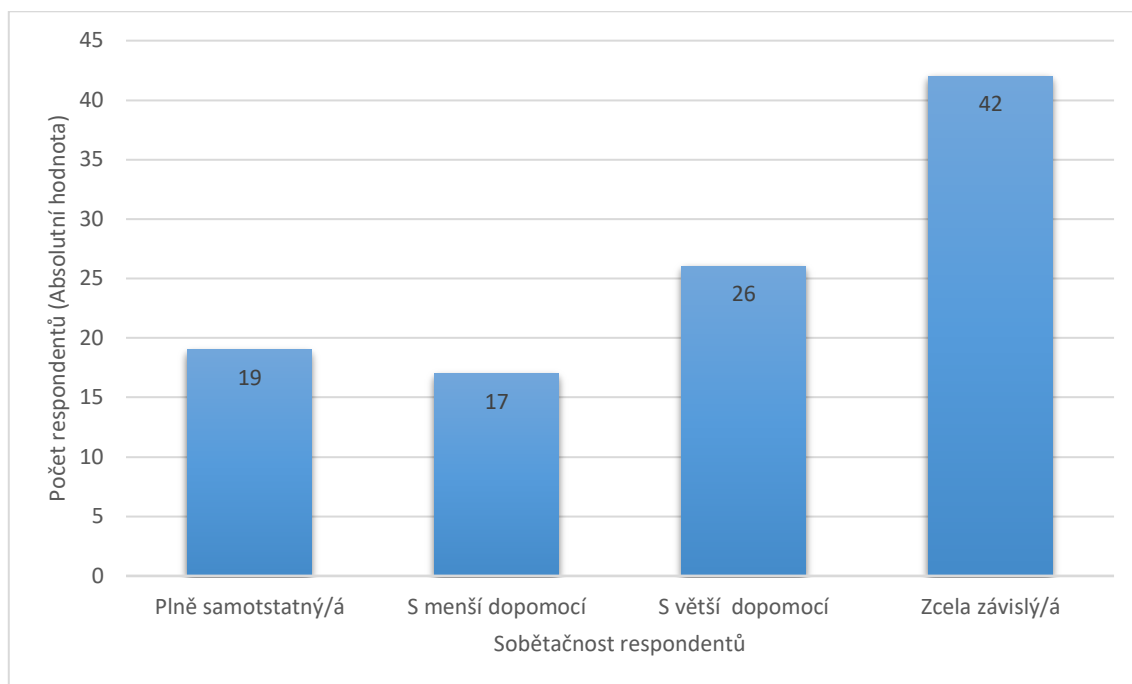
Na otázku, *Jaký typ CMP jste prodělal/a?*, respondenti odpověděli následovně 34 dotazovaných zodpovědělo hemoragickou CMP, což odpovídá 32,7 %. A ischemickou formu iktu prodělalo 70 respondentů což činí 67,3 %. V popředí je ischemický typ iktu, který je ale i v praxi častější než mrtvice hemoragická.



Graf 4: Soběstačnost respondentů před prodělanou CMP

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

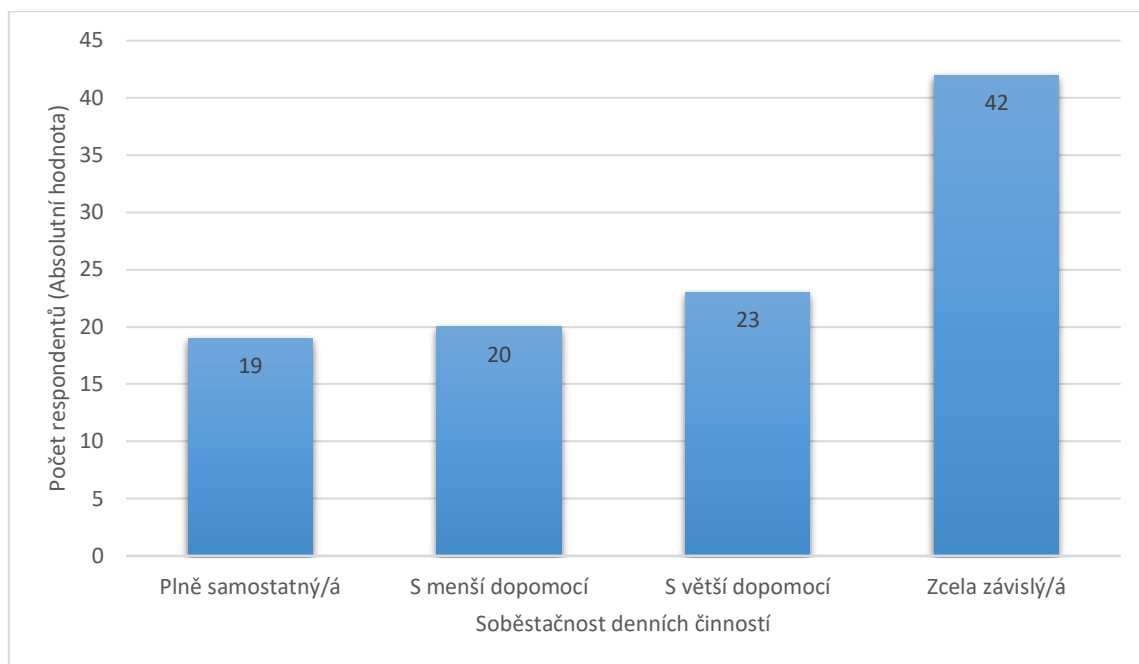
V grafu výše jsou znázorněné jednotlivé počty respondentů, dle jejich schopnosti se o sebe před samotným iktem postarat. Respondenti odpovídali následovně 66 dotazovaných, bylo soběstačných, což činí 63,5 % a 38 respondentů se o sebe nebylo schopno postarat ani před samotným iktem tj. 36,5 %. Na tomto grafu je patrné, že téměř 1/3 respondentů již před samotnou cévní mozkovou příhodou nebyla schopna o sebe pečovat.



Graf 5: Míra soběstačnosti po prodělané CMP

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

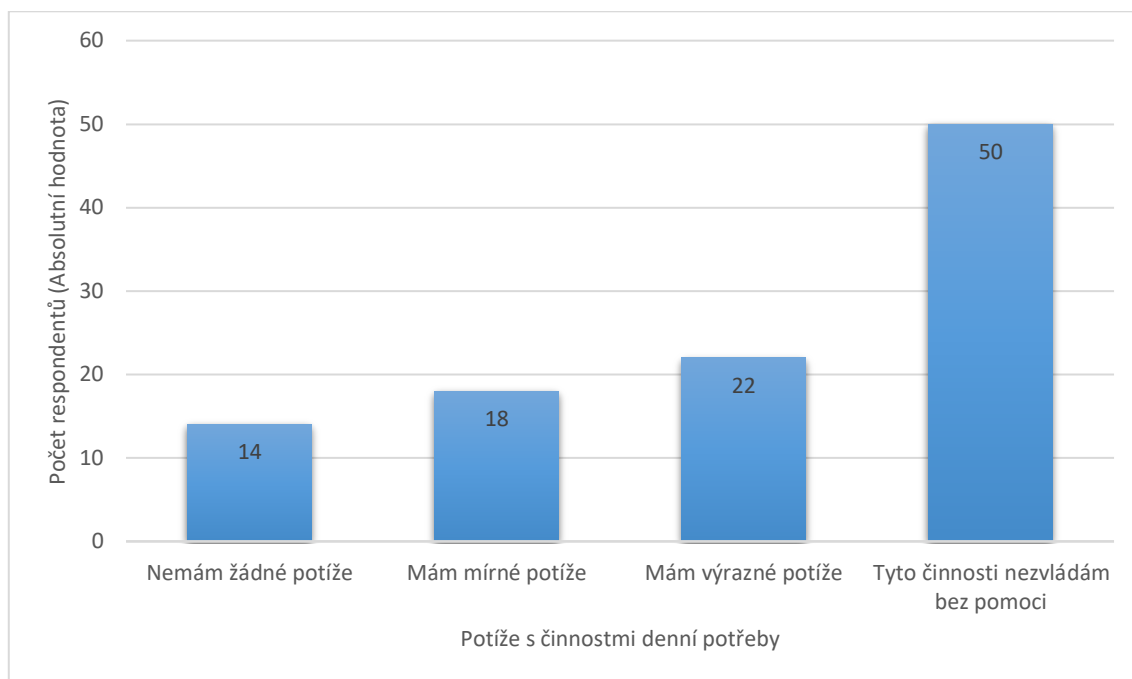
Graf znázorňuje, do jaké míry jsou respondenti po CMP schopni být soběstační. Nejvíce respondentů, konkrétně pak 42 je zcela závislých to odpovídá 40,4 % z dotazovaných. Druhá skupina je pak odkázaná na větší pomoc, kterou potřebuje 26 respondentů tj. 25 %. Méně početnými skupinami pak jsou respondenti, kteří potřebují menší pomoc těch je 17 a to odpovídá 16,3 %. A respondentů, kteří jsou plně samostatní je pak 19 což je 18,3 %. Výzkum ukazuje, že velká část respondentů je po prodělaném iktu ve velké míře závislá na cizí pomoci.



Graf 6: Zvládání běžných denních činností např. jídlo, hygiena, oblékání

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

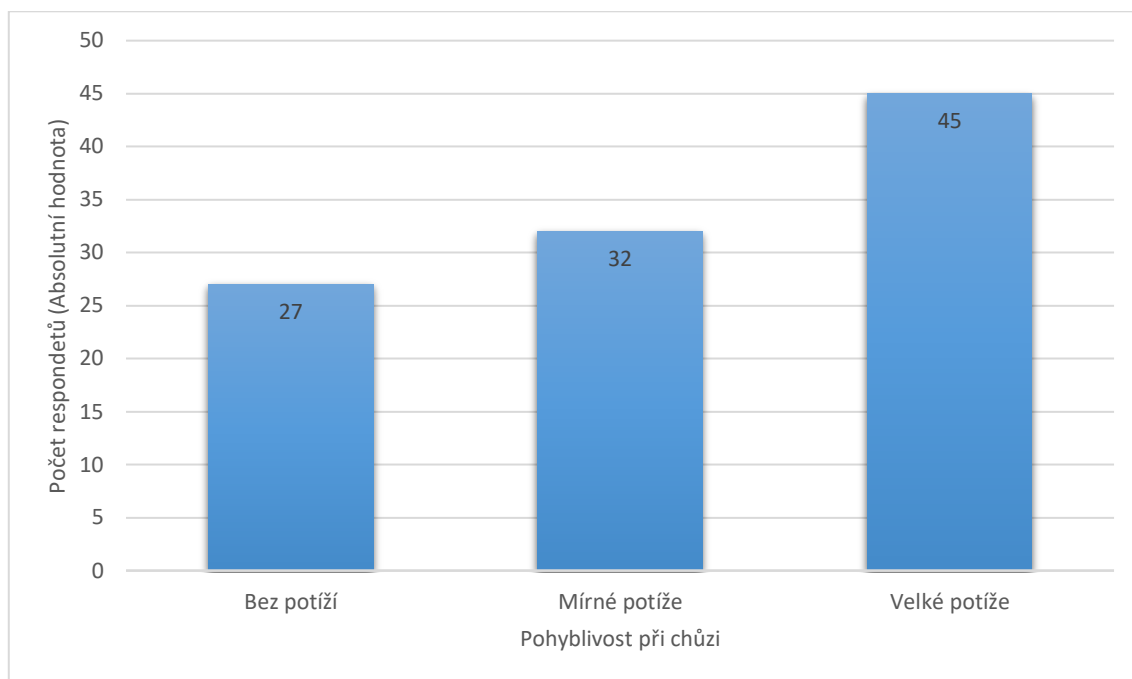
Z výsledků vyplývá, že velká část respondentů je závislá již v běžných denních činnostech. Celkem 42 respondentů je plně závislých tj. 40,4 % dotazovaných. S větší dopomocí pak tyto denní potřeby zvládá 23 respondentů což je 22 %. S menší dopomocí pak zvládá tyto činnosti 20 respondentů tj. 19,3 %. A nejméně respondentů je pak plně samostatných a to 19 což odpovídá 18,3 % z celkového počtu dotazovaných.



Graf 7: Obtíže se zvládnutím činností a denních potřeb např. nakupování, vaření, úklid, vyřizování peněz a užívání léků

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

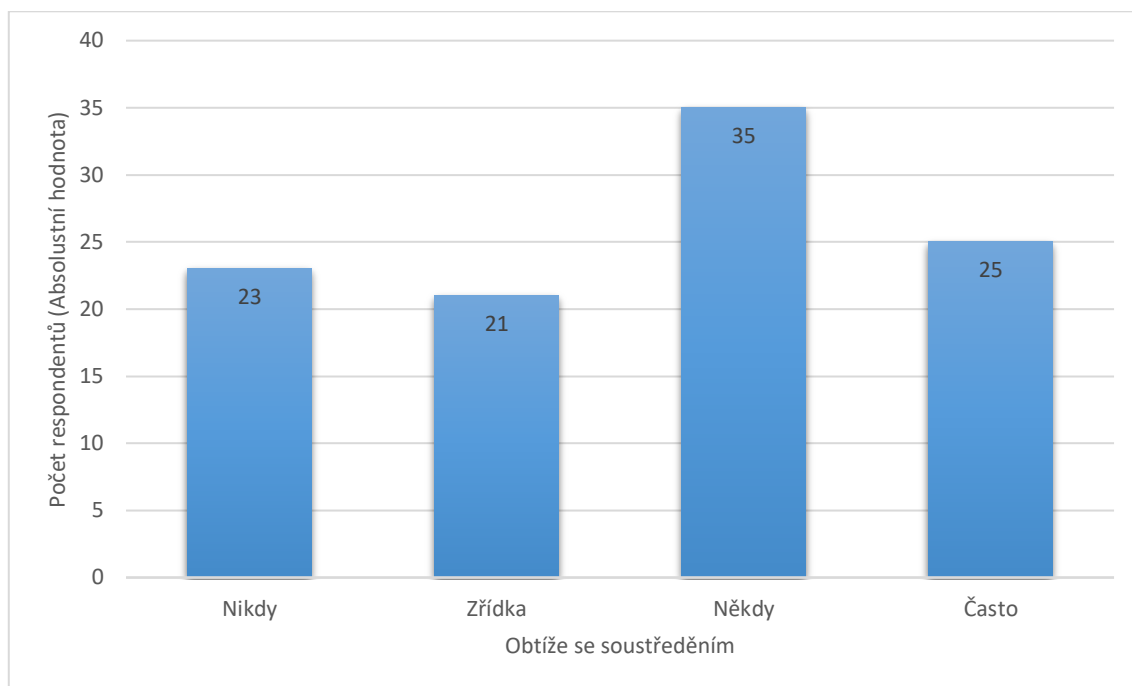
Na otázku, "Máte potíže s činnostmi denní potřeby (např. nákupy, vaření, úklid, vyřizování peněz nebo užívání léků)?" celkem 50 respondentů z dotazovaných uvedlo, že tyto činnosti nezvládají bez pomoci, což odpovídá 48,1 %. Výrazné obtíže s vykonáváním těchto aktivit má pak 22 respondentů tj. 21,2 %. Mírné potíže má pak 18 respondentů tj. 17,2 %. Nejméně zastoupenou skupinou jsou pak respondenti, kterým tyto denní potřeby a činnosti nečiní žádné potíže a těch je 14 což odpovídá 13,5 %. Z dostupných dat vyplývá, že téměř 1/2 respondentů je odkázána na cizí pomoc.



Graf 8: Hodnocení pohyblivosti při chůzi

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

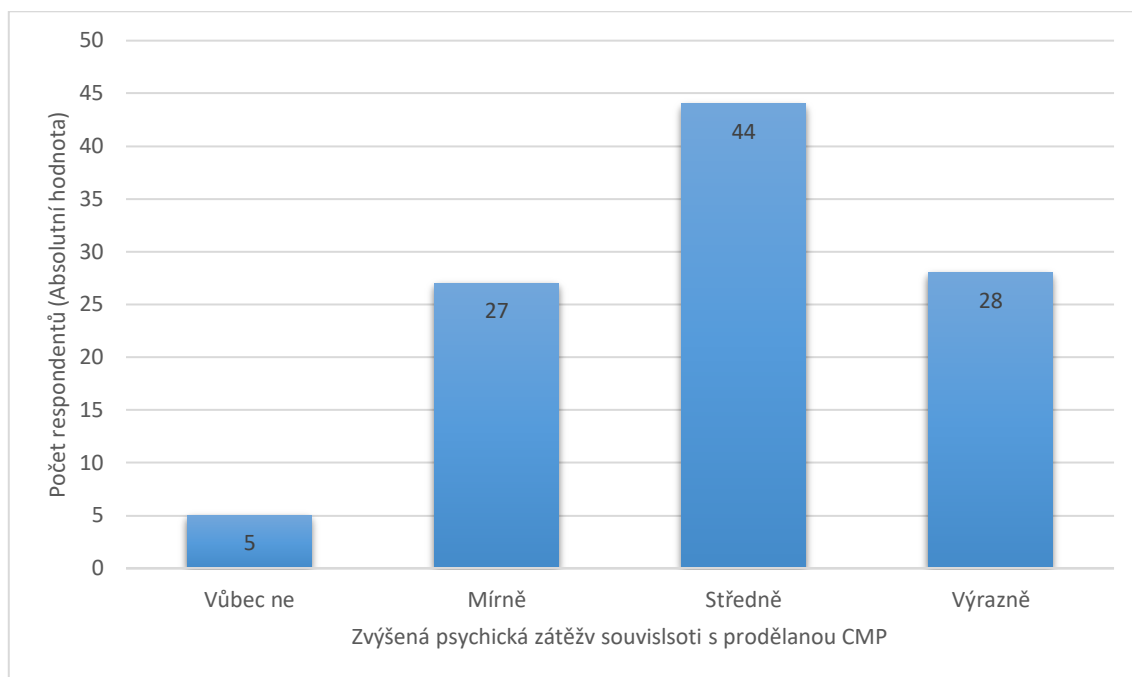
Z výsledků vyplývá, že velká část respondentů uvádí obtíže při chůzi, kdy velké obtíže při pohybu uvádí hned 45 respondentů, což odpovídá 43,3 %. Mírné obtíže při pohybu pak uvádí 32 respondentů tudíž 30,7 % dotazovaných. Nejmenší četnost odpovědi byla u respondentů, kteří jsou během pohybu bez obtíží jejich počet, činil 27 což je 26 %.



Graf 9: Četnost obtíží se soustředěním

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

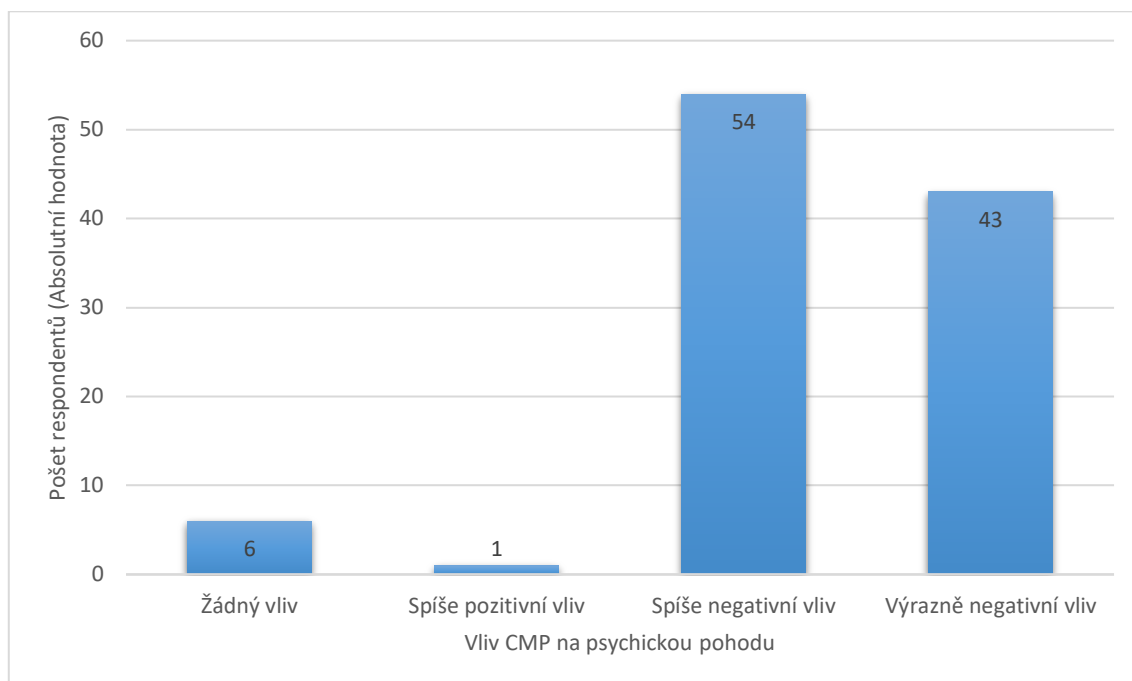
Výše můžeme vidět graficky znázorněnou otázku, jak často mají respondenti obtíže se soustředěním. Kdy nejvíce respondentů uvedlo, že problém se soustředěním mají někdy, celkem jich tuto odpověď zvolilo 35 což je 33,7 %. Další odpovědi byl téměř vyrovnané, kdy druhou nejčastější odpovědi byla odpověď, že často, a to hned v 25 odpovědích což čítá 24 %. Odpověď nikdy zvolilo 23 respondentů tudíž 22,1 % a odpověď zřídka označilo 21 respondentů, což odpovídá 20,2 %.



Graf 10: Pociťování psychické zátěže v souvislosti s prodělanou CMP

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

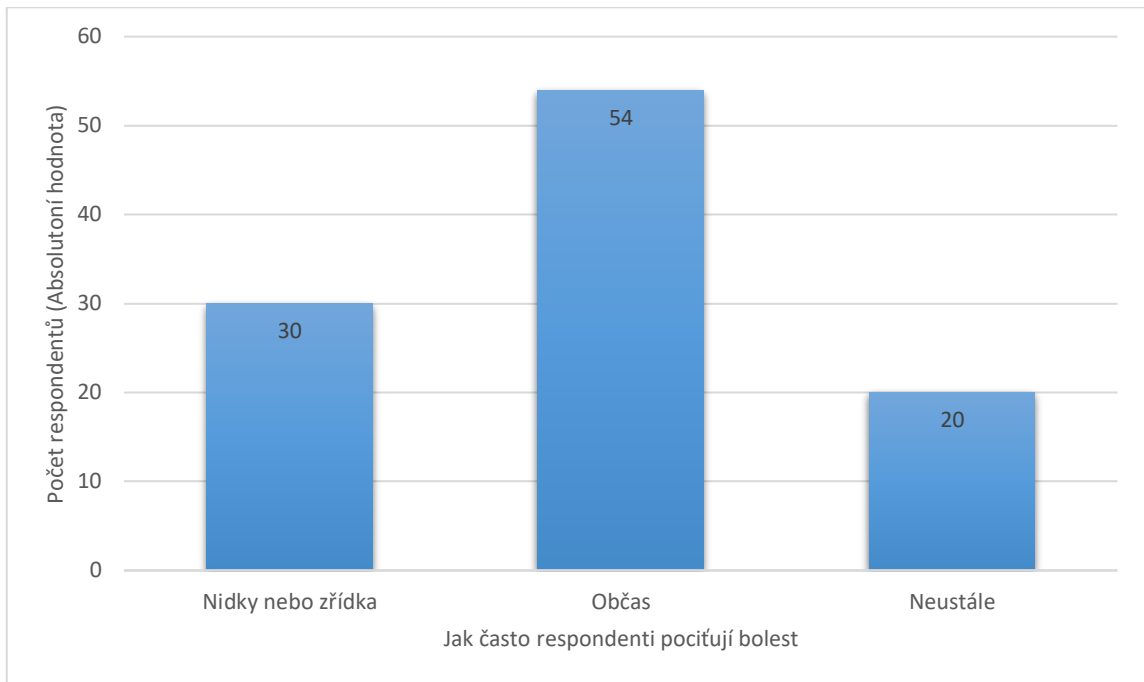
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že velká část respondentů se cítí být ve zvýšené psychické zátěži, kdy hned 44 respondentů odpovědělo, že jejich zátěž je střední tudíž 42,3 %. Výraznou psychickou zátěž pociťuje 28 respondentů 26,9 %. Mírnou zátěž pak pociťuje 27 dotazovaných, což odpovídá 26 % a jen pouze 5 respondenti se necítí být zvýšeně psychicky zatíženo, což odpovídá pouhým 4,8 %.



Graf 11: Znázornění vlivu po prodělané CMP na psychickou pohodu respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

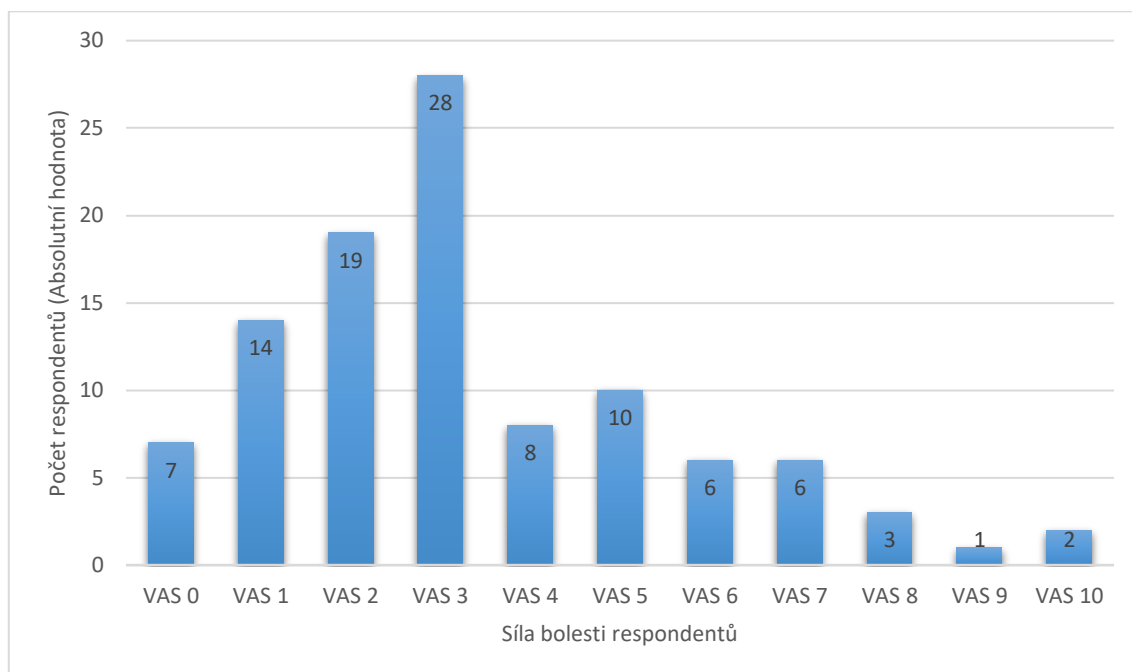
Z výše uvedeno grafu je patrné, že velká část respondentů se cítí být negativně ovlivněna prodělanou CMP. Kdy odpověď spíše negativní vliv zvolilo 54 respondentů, což je více než polovina dotazovaných přesněji pak 51,9 %. Výrazně negativní vliv pak pociťuje 43 respondentů což je 41,3 %. Variantu spíše pozitivního vlivu pak zvolil pouze 1 respondent tudíž 1 %. A žádný vliv nepociťuje 6 respondentů tudíž 5,8 % z dotazovaných.



Graf 12: Četnost pociťování bolesti během dne

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

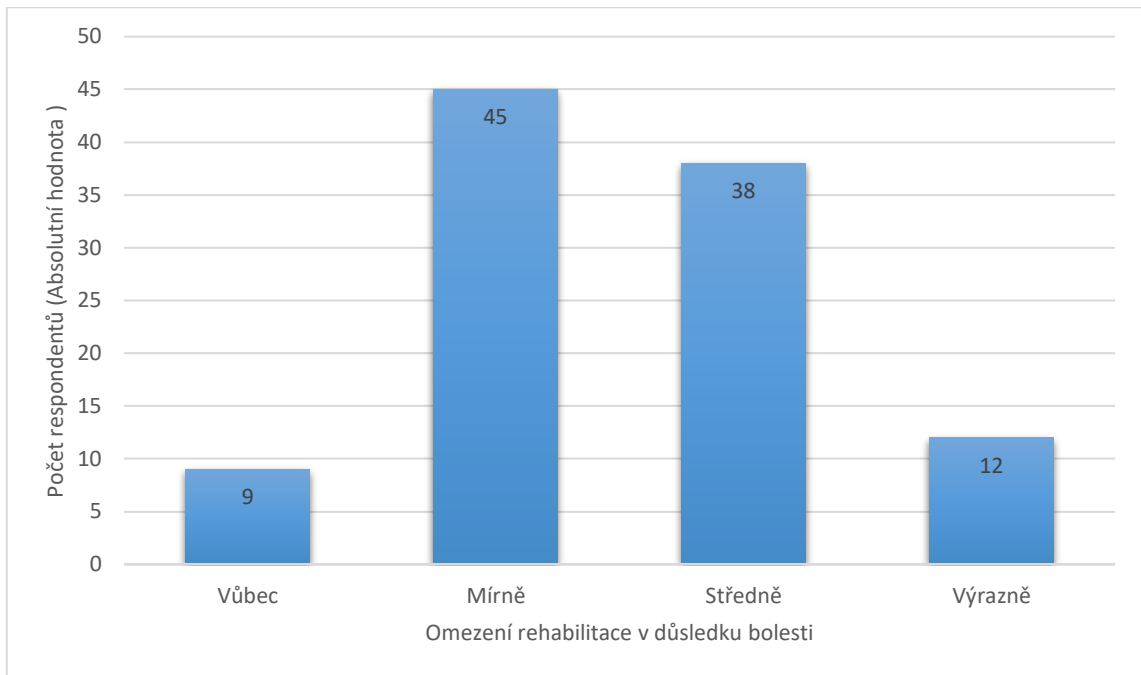
Z výsledků vyplývá, že celkem 54 respondentů trpí občas bolestmi, což odpovídá 51,9 %. Bolesti nemá nebo jen zřídka má 30 respondentů tudíž 28,8 %. A neustálými bolestmi trpí pak 20 respondentů 19,3 %.



Graf 13: Hodnocení míry bolesti respondenty

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

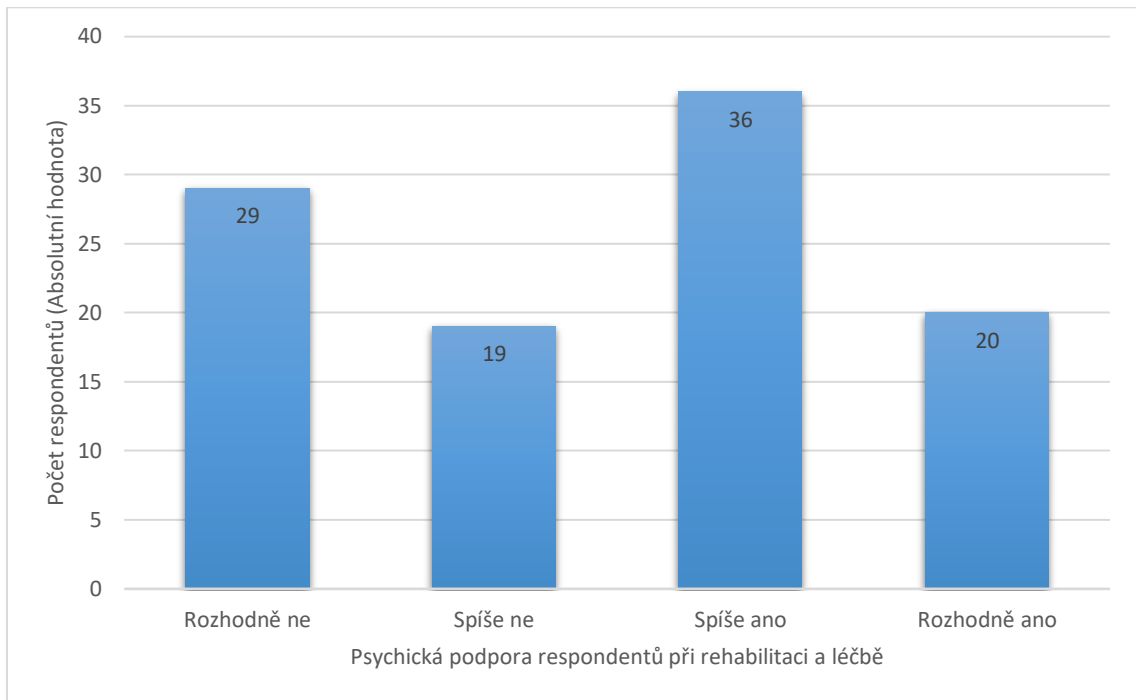
Výše je v grafu znázorněna grafická škála bolesti, kdy respondenti odpovídali, jakou bolest pociťují. Nejvíce respondentů odpovědělo, že trpí bolesti na úrovni VAS 3 hned 28 respondentů což je 26,9 %. Méně respondentů a to 19 pak odpovědělo VAS 2 tudíž 18,3 %. VAS 1 pak odpovědělo 14 respondentů 13,5 %. Začnou bolesti, tudíž VAS 0 netrpí 7 respondentů což je 6,7 % z výše dotázaných. VAS 5 uvedlo 10 respondentů 9,6 % a VAS 4 zaškrtno 8 dotazovaných, což odpovídá 7,6 %. VAS 6 a VAS 7 odpovědělo shodné 6 respondentů což je 5,8 %. Celkem 3 respondenti odpověděli VAS 8 což je 2,9 %. VAS 9 pak uvedl jeden respondent 1 % a VAS 10 uvedli respondenti 2, což odpovídá 1,9 %.



Graf 14: Míra omezení během rehabilitace v důsledku bolesti

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

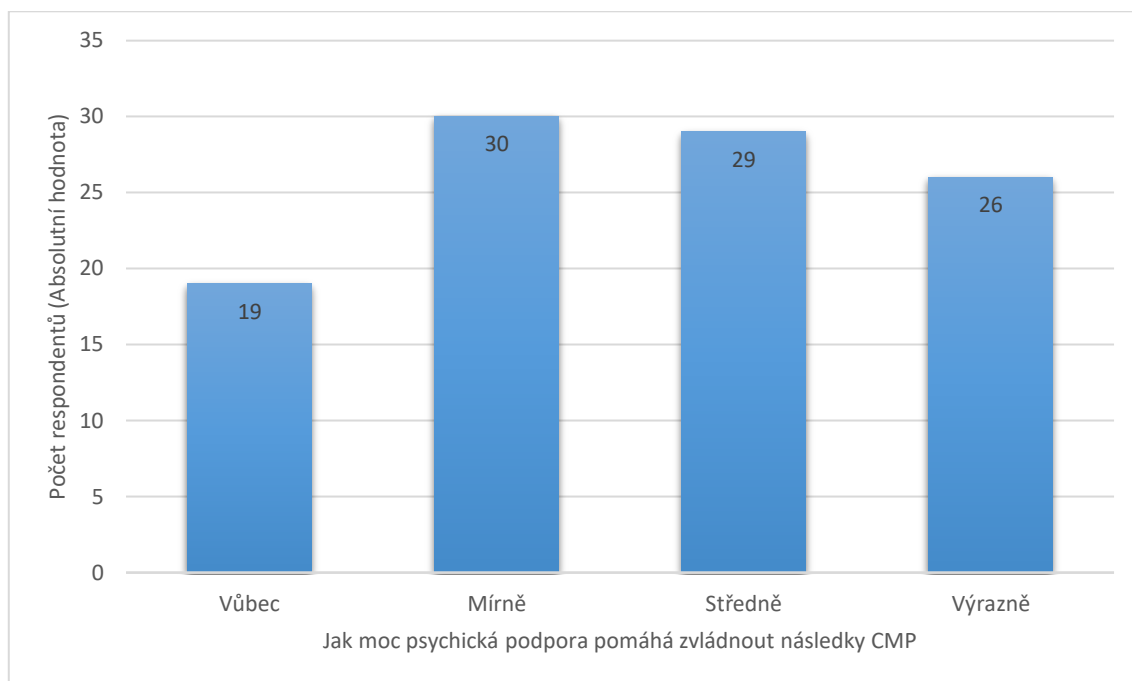
Z výše uvedeného grafu vyplývá, že 45 respondentů je během rehabilitace mírně omezeno což odpovídá 43,3 %. Střední míru omezení pak zvolilo 36,5 % (38 respondentů), výrazné ovlivnění pak vnímá 12 respondentů tudíž 11,5 % a rehabilitace není v důsledku bolesti ovlivněna pouze u 8,6 % (9 respondentů).



Graf 15: Dostatečnost psychické podpory rodiny/personálu během rehabilitace a léčby

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

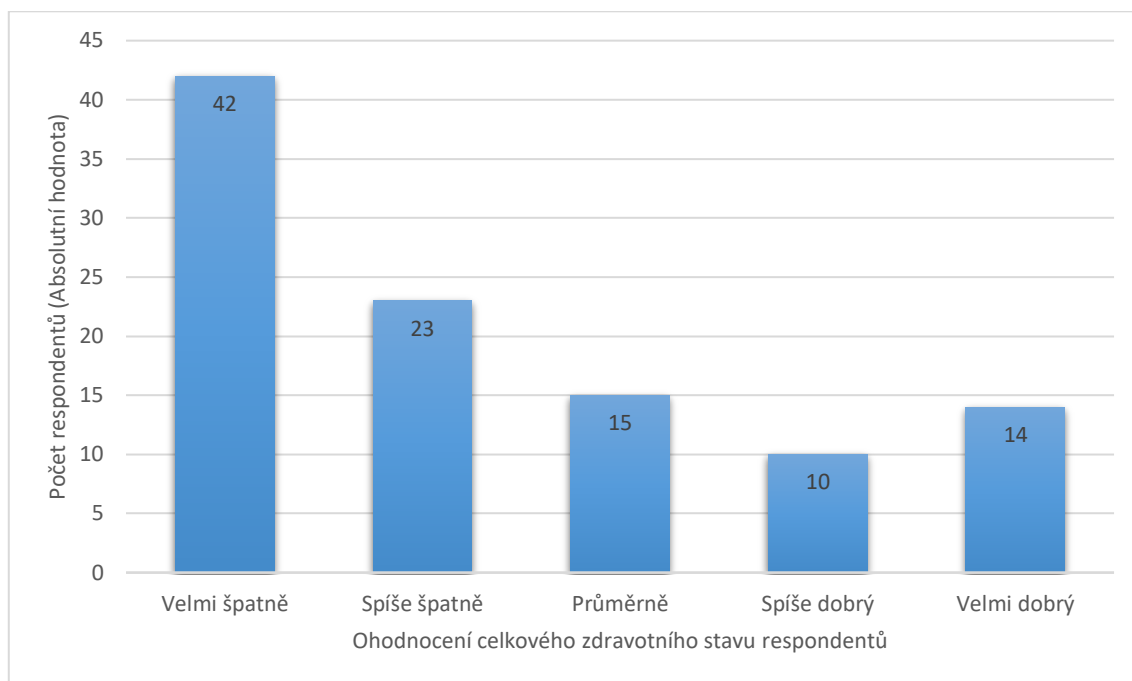
Odpověď "spíše ano" zvolilo 36 respondentů tudíž 34,6 %, "rozhodně ano" 20 respondentů 19,2 % z celkového počtu. Odpověď "rozhodně ne" označilo 29 respondentů, což odpovídá 27,9 % a spíše ne pak označilo 18,3 % z celkového počtu dotazovaných.



Graf 16: Do jaké míry psychická podpora rodiny/personálu napomáhá zvládat následky CMP respondentům

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

Ve výše uvedeném grafu je patrné, že u 30 respondentů 28,8 % pomáhá psychická podpora mírně. Dále pak u 29 dotazovaných což odpovídá 27,9 % středně. Výrazně pak psychická podpora pomáhá 25 % tudíž u 26 dotazovaných z celkového počtu. A odpověď vůbec označilo 18,3 % neboli 19 respondentů.



Graf 17: Hodnocení celkového zdravotního stavu respondentů po prodělané CMP

Zdroj: Vlastní výzkum, 2026

Graf ukazuje, že 40,4 % respondentů vnímá svůj celkový stav jako velmi špatný, odpověď “spíše špatně” pak zvolilo 23 dotazovaných, což odpovídá 22,1 % z celkového počtu. Jako průměrný vnímá svůj zdravotní stav 15 respondentů tudíž 14,4 %. Odpověď spíše dobrý pak označilo 9,6 % (10 respondentů) a odpověď “velmi dobrý” pak zvolilo 13,5 % neboli 14 respondentů z celkového počtu dotazovaných.

3 Diskuze

Ve svém výzkumu, který se zaměřuje na kvalitu života pacientů po prodělané CMP v třebešské nemocnici jsem mohla sesbírat informace od hospitalizovaných pacientů s touto diagnózou na neurologicky zaměřených odděleních tyto informace pro mě byly klíčové pro zpracování tohoto výzkumu. Samotný výzkum se zaměřil na to, do jaké míry iktus negativně ovlivnil soběstačnost, psychickou pohodu a vnímání bolesti dotazovaných. Také nemalý důraz byl kladený na psychickou podporu postižených jejich rodinnými příslušníky a zdravotnickým personálem. Tato bakalářská práce měla za cíl zjistit, jak cévní mozková příhoda ovlivňuje kvalitu života pacientů. K tomu byly stanoveny čtyři hlavní výzkumné otázky, jejichž cílem bylo získat odpovědi na důležité aspekty této problematiky.

První výzkumná otázka se zabývala mírou soběstačnosti pacientů po prodělané CMP, kdy výsledky samotného výzkumu prokazují, že iktus významně ovlivňuje soběstačnost pacientů a jejich schopnost zvládat běžné denní aktivity. Pomocí dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 40,4 % respondentů je po prodělané CMP zcela závislých na pomoci jiné osoby, zatímco bezmála 18,3 % pacientů uvedlo plnou soběstačnost. Zbývajících 41,3 % respondentů vyžaduje částečnou pomoc. Tyto výsledky potvrzují, že ztráta soběstačnosti představuje jeden z nejčastějších a nejzávažnějších následků cévní mozkové příhody. Podobně výsledky uvádí i Špalková (2025), kde plně soběstačnosti dosahuje 19-22 % pacientů po CMP. K podobnému zjištění dospěla i studie provedená Silva a kolektivem, která uvádí že 35-55 % pacientů zůstává jeden rok po příhodě částečně nebo zcela závislých v běžných denních aktivitách. Zároveň je zde uvedeno, že plně soběstačnosti dosahuje méně než 25 % (Silva a kol., 2024), což je v souladu s výsledky prováděného výzkumu, kde bylo plně soběstačných 18,3 % respondentů.

Výrazná omezení byla také zaznamenána v oblasti základních denních činností, jako je osobní hygiena, oblékání a stravování. Zde více než 60 % respondentů uvedlo, že tyto činnosti nezvládá zcela samostatně, přičemž 40,4 % je při nich plně odkázáno na pomoc jiné osoby. Podobných výsledky uvádí Špalková (2025) kde více než 60 % potřebuje pomoc v základních denních činnostech. Také Holubová (2021) uvádí, že 79 % respondentů vykazovalo omezení v ADL nejčastěji, šlo o hygienu, oblékání a přesuny. Tyto výsledky jsou také velice podobné výzkumu studie, která uvedla, že poruchu soběstačnosti v ADL se vyskytuje u 58-72 % pacientů v časném období po CMP, přičemž nejčastěji jsou postiženy činnosti vyžadující jemnou motoriku a stabilitu (Nahari a Alsaleh, 2024). Ještě výraznější omezení se ukázala v oblasti IADL, kdy samotný výzkum ukázal, že 48,1 % respondentů nezvládá tyto činnosti bez pomoci a dalších 21,2 % udávalo výrazné obtíže v této oblasti. Což znamená, že téměř 70 % respondentů vykazuje závažné omezení v oblasti IADL. Téměř stejné výsledky uvedla také Dąbrowská (2023), která uvádí, že 65- 75 % pacientů po CMP není schopno vykonávat IADL. Stejně jako uvádí ve svém výzkumu i Lynch a kol. (2025) podle nichž 65-80 % pacientů po prodělané CMP není schopno samostatně vykonávat IADL. Autoři výzkumu poukazují na to, že na samotné IADL jsou kladené vyšší nároky na fyzickou kondici, ale i na kognitivní funkce, které jsou často po CMP narušeny.

Významným faktorem ovlivňujícím soběstačnost je rovněž mobilita. Ve vlastním výzkumu uvedlo hned 43,3 % respondentů velké obtíže při chůzi a dalších 30,7 % dotazovaných obtíže mírné, přičemž pouze 25 % respondentů bylo schopno chůze bez obtíží. Podobná data uvedli také Silva a kol. (2024), podle nichž poruchy mobility přetrvávají u 70-85 % pacientů po CMP a jsou jedním z hlavních faktorů vedoucích ke ztrátě soběstačnosti a zvýšené potřebě dlouhodobé péče. Na

základě porovnání vlastních výsledků výzkumu s aktuálními zahraničními studii a českými bakalářskými pracemi lze konstatovat, že zjištěná data jsou srovnatelná s údaji uváděnými v odborné literatuře. Potvrzuje, že cévní mozková příhoda a má výrazně negativní dopad na soběstačnost pacientů, zejména v oblasti IADL.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na zjištění, četnosti výskytu psychické zátěže a dopadu samotného onemocnění na psychickou pohodu u pacientů po iktu. Z výsledků vyplývá, že obtíže se soustředěním patří mezi nejčastější kognitivní potíže pacientů po prodělané CMP, což významně ovlivňuje jejich psychickou pohodu, jak bude dále probráno níže. Nejvíce respondentů 33,7 % uvedlo, že se s problémy se soustředěním setkává někdy. Často se s problémy soustředění setkává 24 %, naopak obtíže neudává 22,1 % respondentů a 20,1 % respondentů udává své obtíže pouze zřídka. Holubová (2021) zaznamenala obtíže s pamětí u 61 % respondentů. Tato fakta potvrzují i výsledky Gallucci a kol. (2024), kde až 69,3 % pacientů mělo po prodělané CMP kognitivní poruchu. Studie Etesami a kol. (2025) poukázala na přítomnost kognitivních poruch u 40 % pacientů, kteří byli 3 měsíce po iktu. Studie Zhao a kol. (2024) pak uvádí, že přítomnost kognitivních obtíží zvyšuje riziko snížení kvality života až o 42 %.

Z výsledku vlastního dotazníkového šetření vyplývá, že psychickou zátěž pociťuje převážná většina respondentů. Střední míru psychické zátěže uvedlo 42,3 %, výraznou psychickou zátěž 26,9 % a mírnou zátěž 26 %. Celkem tedy 69,2 % pacientů vnímá psychickou zátěž jako významnou. Pouze 4,8 % respondentů uvedlo, že psychickou zátěž nepociťují. Tato data se shodují s výsledky Špalkové (2025), kde 71 % respondentů hodnotilo psychickou zátěž jako střední až vysokou. Tyto výsledky ukazují, že psychická zátěž představuje významný a častý problém u pacientů po CMP.

Podobně byl hodnocen i celkový vliv onemocnění na psychickou pohodu. Spíše negativní dopad uvedlo 51,9 % respondentů a výrazně negativní dopad 41,3 % respondentů. Pouze 5,8 % uvedlo, že onemocnění nemělo vliv na jejich psychickou pohodu a 1 % hodnotilo vliv jako pozitivní. Celkem tedy 93,2 % respondentů hodnotí dopad CMP na svou psychickou pohodu negativně. Podobně závěry uvádí Holubová (2021), kde 90 % pacientů hodnotí dopad CMP na psychiku negativně. Tyto výsledky lze srovnat se studií Li a kol. (2025), která uvádí přítomnost depresivního syndromu u 37,5 % pacientů po CMP a úzkostný syndrom u 41,7 % pacientů, což dohromady čítá téměř 80 %. Podobných závěrů docílila i Špalková (2025), která uvádí, že svou psychickou pohodu cítí jako zhoršenou 68 % a Holubová (2021) zjistila, že více než 70 % pacientů pociťuje úzkost, obavy či psychickou nejistotu v souvislosti se svým psychickým stavem. Dąbrowská (2023) konstatuje, že psychická nepohoda a pocity nejistoty patří mezi nejčastěji uváděné obtíže po cévní mozkové příhodě. Všechna tato zjištění jsou s výsledky vlastního výzkumného šetření ve shodě a potvrzují, že psychická zátěž a obtíže jsou po CMP časté a významně ovlivňují kvalitu života pacientů.

Výzkumná otázka číslo tři se zaměřuje na četnost výskytu bolesti její intenzitu a omezení v důsledku bolesti při rehabilitaci. Vlastní výzkum prokazuje, že bolest představuje významný faktor ovlivňující průběh rehabilitace u pacientů po prodělané CMP. Z výzkumu vyplývá, že 51,9 % respondentů pociťuje bolest občas, 19,3 % respondentů trpí bolestí neustále, což znamená, že více než 70 % pacientů bolest pravidelně vnímá. Pouze 28,8 % bolest nepociťuje nebo jí vnímá jen zřídka. Tyto výsledky naznačují, že více než 70 % pacientů je vystaveno bolestivým stavům, které mohou negativně ovlivňovat jejich rehabilitační proces. Jak uvádí

Špalková (2025) ve své bakalářské práci zjistila, že bolest po CMP pociťuje 67 % respondentů, přičemž 42 % uvádělo, že bolest omezuje rehabilitaci alespoň středně. U Holubové (2021) udává bolest 61 % dotazovaných. Dalším důležitým aspektem bolesti je její intenzita, která byla během výzkumu zaznamenána následovně. Nejčastěji udávaná intenzita bolesti odpovídá hodnotám VAS 2–3, konkrétně VAS 3 uvedlo 26,9 % respondentů a VAS 2 celkem 18,3 %. Středně silnou bolest VAS 4-5 uvedlo 17,2 % respondentů a intenzivní bolest VAS ≥ 6 udává 15,4 % respondentů. Podobné rozložení bolesti uvádí Holubová (2021), kde VAS 2-4 udává 49 % a VAS ≥ 6 přibližně 18 % pacientů. Přestože se tedy bolest většinou pohybuje v nižších hodnotách VAS, její dlouhodobý výskyt může významně ovlivnit motivaci k terapii i funkční zotavení. Jak uvádí Hu a kol. (2024) vyšší intenzita bolesti souvisí s nižší kvalitou života a vyšší mírou deprese.

Na ovlivnění rehabilitace v důsledku bolesti se zaměřila další otázka ze, které plynou následující data. Bolest omezuje při rehabilitaci 91,3 % respondentů, přičemž 43,3 % je omezeno mírně, 36,5 % středně a 11,5 % výrazně. Pouze 8,6 % respondentů uvádí, že bolest rehabilitaci nijak neovlivňuje. Tyto výsledky potvrzují, že bolest představuje významnou bariéru v rehabilitačním procesu. Holubová (2021) uvádí, že u 59 % pacientů bolest negativně ovlivňuje průběh rehabilitace, zejména v oblasti aktivního cvičení a nácvičku chůze. Stejně tak Dąbrowska (2023) uvádí, že bolest omezuje rehabilitaci u 58-62 % pacientů. Podobně uvádí Hu a kol. (2024), že pacienti s VAS ≥ 4 měli o 38 % nižší úspěch při rehabilitačním programu. Rozdíl oproti některým zahraničním studiím spočívá v nižším podílu pacientů s intenzivní bolestí ve vlastním výzkumu. Tento rozdíl může být způsoben odlišným časovým odstupem od CMP, typem CMP nebo rozdílným přístupem k analgetické terapii. Celkově lze konstatovat, že bolest je častým a klinicky významným problémem po CMP, který má prokazatelný negativní dopad na rehabilitaci, což potvrzují jak výsledky vlastního výzkumu, tak i aktuální zahraniční a české práce.

Výzkumná otázka číslo čtyři se zaměřila na to, jak pacienti po CMP hodnotí míru psychické podpory a do jaké míry psychická podpora napomáhá zvládnání následků CMP. Výsledky vlastního výzkumu poukazují na skutečnost, že psychická podpora není pacienty po CMP vnímána jednoznačně jako dostatečná. Ze získaných dat vyplývá, že 53,8 % respondentů hodnotí psychickou podporu pozitivně („spíše ano“ 34,6 %, „rozhodně ano“ 19,2 %), zatímco 46,2 % respondentů ji vnímá negativně. Tyto výsledky poukazují na nejednotnou úroveň v dostupnosti či kvalitě psychické podpory. Dąbrowská (2023) uvádí, že psychickou podporu jako nedostatečnou hodnotilo 48 % respondentů, přičemž pacienti s vyšší mírou podpory vykazovali lepší adaptaci na onemocnění. Špalková (2025) zjistila, že u pacientů s dostatečnou rodinnou podporou bylo subjektivní hodnocení kvality života o 32 % vyšší než u pacientů bez podpory. Hu et al. (2024) dále prokazují, že nedostatečná psychická podpora zvyšuje riziko deprese až o 44 %.

Dále respondenti hodnotili, do jaké míry jim psychická podpora pomáhá zvládat následky způsobené iktem. Samotný výzkum vyšel tak, že psychická podpora pomáhá alespoň mírně u 81,7 % respondentů, přičemž 25 % uvádí výraznou pomoc. Naopak 18,3 % respondentů nevidí v psychické podpoře žádný přínos. To naznačuje, že psychická podpora má významný, avšak individuálně odlišný vliv na zvládnání následků CMP. Zhao a kol. (2024) uvádějí, že psychologické intervence vedly ke statisticky významnému zlepšení kvality života a snížení depresivních symptomů u pacientů po CMP. Autoři rovněž uvádějí, že pacienti s vyšší mírou sociální podpory dosahovali lepších funkčních výsledků. Rozdíly mezi studiemi mohou být způsobeny rozdílnými podmínkami péče, zapojením rodiny a dostupností psychologické intervence v jednotlivých

zdravotnických zařízeních. Závěrem lze konstatovat, že psychická podpora představuje klíčový faktor zvládnání následků CMP, přičemž její nedostatek může vést ke zhoršení psychického stavu i celkové kvality života pacientů.

Naposledy respondenti hodnotili otázku, která se zaměřila na hodnocení celkového zdravotního stavu pacientů po CMP. Vlastní výzkum ukázal, že většina respondentů vnímá svůj zdravotní stav negativně, což potvrzuje dlouhodobý a komplexní dopad CMP na kvalitu života. Z výsledků vyplývá, že 40,4 % respondentů hodnotilo svůj zdravotní stav jako velmi špatný a dalších 22,1 % jej označilo jako spíše špatný. Celkem tedy 62,5 % dotazovaných vnímá svůj zdravotní stav negativně. Pouze 14,4 % respondentů hodnotilo svůj zdravotní stav jako průměrný. Pozitivní hodnocení uvedla menší část souboru, konkrétně 9,6 % respondentů zvolilo odpověď spíše dobrý a 13,5 % hodnotilo svůj zdravotní stav jako velmi dobrý. Hu a kol. (2024) uvádí ve své práci, že 60 % pacientů hodnotí svůj celkový zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný. Stejně tak uvádí i Špalková (2025) ve své práci, kde přibližně 58 % respondentů hodnotilo svůj zdravotní stav jako špatný. Podobně i Holubová (2021) konstatuje, že více než polovina pacientů po CMP vnímá svůj zdravotní stav negativně.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumu lze formulovat doporučený postup péče o pacienty po cévní mozkové příhodě, který je určen zdravotnickému personálu v akutní i dlouhodobé péči. Cílem tohoto postupu je podpora soběstačnosti pacienta, zmírnění bolesti, stabilizace psychického stavu a celkové zlepšení vnímání zdravotního stavu pacientem.

Zdravotnický personál by měl při přijetí pacienta do péče provést komplexní zhodnocení jeho celkového zdravotního stavu se zaměřením na fyzickou, psychickou i funkční oblast. Hodnocení by mělo vycházet nejen z objektivních klinických údajů, ale také ze subjektivního vnímání pacienta. Pravidelné opakování tohoto hodnocení umožňuje sledovat změny zdravotního stavu v čase a včas reagovat na zhoršení či stagnaci. Doporučuje se zaznamenávat subjektivní hodnocení zdravotního stavu pacienta jednoduchou hodnoticí škálou, která je srozumitelná i pro pacienty s kognitivním deficitem viz. Příloha C. Péče by měla být zaměřena na zachování a rozvoj schopnosti pacienta vykonávat běžné denní činnosti. Zdravotnický personál by měl pacienta motivovat k aktivnímu zapojení do péče a podporovat jej v samostatném provádění činností, které je schopen zvládnout bezpečně.

Rehabilitační postupy by měly být individualizována s ohledem na aktuální fyzické možnosti pacienta a jeho subjektivní prožívání obtíží. Podpora soběstačnosti by měla být nedílnou součástí každodenní ošetrovatelské péče, nikoli pouze rehabilitační intervencí. Vzhledem k častému výskytu bolesti po cévní mozkové příhodě je vhodné zařadit pravidelné hodnocení bolesti do standardní ošetrovatelské dokumentace. Zdravotnický personál by měl sledovat intenzitu, lokalizaci a charakter bolesti a zohledňovat její vliv na schopnost pacienta spolupracovat při rehabilitaci. Je možné volit vhodné nefarmakologické i farmakologické postupy ke zmírnění bolesti. Adekvátní kontrola bolesti může přispět ke zvýšení tolerance rehabilitační zátěže a ke zlepšení celkového hodnocení zdravotního stavu pacientem.

Součástí komplexní péče by měla být i systematická podpora psychického zdraví pacienta. Zdravotnický personál by měl věnovat pozornost změnám nálady, známkám úzkosti či depresivního ladění a v případě potřeby zajistit odbornou pomoc. Empatická komunikace, poskytování srozumitelných informací a vytvoření pocitu bezpečí jsou základními prvky ošetrovatelské péče, které mohou významně ovlivnit psychickou pohodu pacienta. Důležitá je také podpora realistických očekávání pacienta ve vztahu k průběhu rekonvalescence. Edukace pacienta i jeho rodiny by měla být považována za nedílnou součást péče. Zdravotnický personál by měl pacientovi a jeho blízkým poskytovat informace o následcích cévní mozkové příhody, možnostech rehabilitace a způsobech podpory soběstačnosti v domácím prostředí. Zapojení rodiny do péče může přispět ke snížení psychické zátěže pacienta a ke zlepšení jeho adaptace na změněný zdravotní stav po propuštění ze zdravotnického zařízení.

Doporučený postup by měl být pravidelně vyhodnocován na základě změn funkčního stavu pacienta, míry soběstačnosti, intenzity bolesti a subjektivního hodnocení celkového zdravotního stavu. Získané informace mohou sloužit k úpravě individuálního plánu péče a ke zkvalitnění poskytovaných zdravotnických služeb. K lepšímu přehledu a usnadnění práce při hodnocení všech oblastí, které jsou u CMP postiženy slouží leták viz. příloha D.

Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na problematiku kvality života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě, se zaměřením na míru soběstačnosti, psychickou zátěž, která ovlivňuje psychickou pohodu, vnímání bolesti a subjektivní hodnocení vnímání psychické podpory ze strany personálu a rodiny. Cílem práce bylo zhodnotit, jak cévní mozková příhoda ovlivňuje vybrané oblasti života pacientů a poukázat na význam komplexní ošetrovatelské péče u této skupiny nemocných.

Stanoveného cíle bylo dosaženo prostřednictvím dotazníkového šetření realizovaného mezi pacienty po cévní mozkové příhodě. Získané výsledky ukázaly, že CMP má výrazný a dlouhodobý dopad na kvalitu života pacientů, přičemž nejvýraznější změny se projevují v oblasti soběstačnosti. Významná část respondentů uvedla omezení v základních i instrumentálních aktivitách denního života, což negativně ovlivňuje jejich každodenní fungování a míru nezávislosti. Výsledky diskuze potvrdily, že omezení soběstačnosti, přítomnost bolesti a psychická zátěž se u pacientů po cévní mozkové příhodě vzájemně prolínají a společně významně snižují kvalitu jejich života. Tyto oblasti nelze vnímat odděleně, neboť každá z nich má přímý vliv na celkový zdravotní stav pacienta i jeho schopnost adaptace na nové životní podmínky. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby péče o pacienty po CMP byla komplexní, systematická a dlouhodobá.

Další významnou oblastí sledovanou v této práci byl psychický stav pacientů. Výsledky výzkumu ukázaly, že psychická zátěž je u pacientů po cévní mozkové příhodě častým jevem a projevuje se zejména sníženou psychickou pohodou, pocity smutku, úzkosti či deprese. Tyto skutečnosti poukazují na nutnost věnovat zvýšenou pozornost psychickému stavu pacientů a zahrnout psychickou podporu jako nedílnou součást ošetrovatelské péče. V oblasti bolesti bylo zjištěno, že bolest představuje pro řadu pacientů po CMP významný problém, který může přetrvávat dlouhodobě. Přítomnost bolesti negativně ovlivňuje nejen celkový zdravotní stav pacientů, ale také jejich motivaci a schopnost aktivně se zapojit do rehabilitačního procesu. Pravidelné hodnocení bolesti a její adekvátní řešení by proto mělo být samozřejmou součástí ošetrovatelské péče. Doplnující otázka pro celkové ucelení je zaměřená na subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu ukázala, že většina pacientů hodnotí svůj zdravotní stav po cévní mozkové příhodě spíše negativně. Toto hodnocení odráží dlouhodobý charakter následků CMP a jejich dopad na fyzickou, psychickou i sociální oblast života pacientů.

Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že péče o pacienty po cévní mozkové příhodě by měla být zaměřena nejen na podporu fyzických funkcí a soběstačnosti, ale také na zvládání bolesti, podporu psychické pohody a edukaci pacientů i jejich rodin. Zdravotnický personál, zejména všeobecné sestry, mají v tomto procesu klíčovou roli a mohou svým přístupem významně ovlivnit kvalitu života pacientů po CMP. Na základě výsledku výzkumu byla v rámci bakalářské práce vytvořena přehledná pomůcka pro zdravotnický personál zaměřena na péči o pacienty po cévní mozkové příhodě. Pomůcka shrnuje hlavní oblasti ošetrovatelské péče vycházející ze zjištěných potřeb pacientů a slouží jako praktický podklad pro podporu komplexní a individuální péče v klinické praxi. Je nutné zmínit, že výsledky této práce jsou limitovány velikostí výzkumného souboru a zaměřením na konkrétní skupinu respondentů, a proto je nelze plně zobecnit. Přesto mohou získaná zjištění přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské praxe.

Seznam použité literatury

BÁRTKOVÁ, Andrea a KAŇOVSKÝ, Petr. Obecná neurologie a vyšetřovací metody v neurologii: 3., zcela přepracované vydání. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5489-4.

BOGUSKÁ, Danko; HUDÁK, Michal; ŽIFČÁK, Marek; VITKOVÁ, Martina; ZAZULA, Roman et al. Záchranářské techniky a postupy. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3388-8.

ČEŠKA, Richard a A KOLEKTIV. Interna. 3., aktualizované vydání. Praha: Triton, 2020. ISBN 9788075537829.

DĄBROWSKÁ, DIS., Mgr. Marcela. Kvalita života u pacientů po cévní mozkové příhodě. Disertační práce. Ostrava: Ostravská univerzita Lékařská fakulta, 2023.

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina; VRABELOVÁ, Lucia a LIDICKÁ, Lucie. Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře. Praha: Grada, 2018. ISBN 978802723247.

DOBIÁŠ, Viliam. Urgentná medicína: prednemocničná, nemocničná, pre dospelých a deti. III. doplnené a prepracované vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, [2021]. ISBN 978-80-8063-499-5.

DOSBABA, Filip; KRÍŽOVÁ, Dagmar a HARTMAN, Martin. Rehabilitační ošetřování v klinické praxi. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1050-6.

ETESAMI, Maede Sadat a kol. Cognitive improvement after stroke: Prevalence and pattern during the first 3 months. Neuropsychology. 2025, roč. 39, č. 3, s. 235-247. Dostupné také z: DOI: [10.1037/neu0000986](https://doi.org/10.1037/neu0000986).

GALLUCCI, Laura; SPERBER, Christoph; GUGGISBERG, Adrian G a kol. Post-stroke cognitive impairment remains highly prevalent and disabling despite state-of-the-art stroke treatment. Int J Stroke. 2024, roč. 19, č. 8, s. 888-897. Dostupné také z: DOI: [10.1177/17474930241238637](https://doi.org/10.1177/17474930241238637).

HAMPLOVÁ, Lidmila. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0568-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/verejne-zdravotnictvi-a-vychova-ke-zdravi-5948/>.

HOLUBOVÁ, Tereza. Kvalita života pacienta po cévní mozkové příhodě. Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2021.

HOIDEKROVÁ, Kristýna a VILIMOVSKÝ, Tomáš. Spatial Neglect in Stroke Patients. Listy klinické logopedie. 2022, roč. 6, č. 2, s. 34-41. ISSN 2570-6179.

HU, Qian-Ying a, kol. A cross-sectional study on post-stroke depression and the quality of life. BMC Psychol. 2024, roč. 12, č. 1, s. 646. Dostupné také z: DOI: [10.1186/s40359-024-02143-4](https://doi.org/10.1186/s40359-024-02143-4).

JANOŠKOVÁ, Svatava a HÁK, Tomáš. Hodnocení kvality života a udržitelného rozvoje: data, indikátory, informace. Environmentální texty. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2025. ISBN 978-80-246-5840-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/hodnoceni-kvality-zivota-a-udrzitelneho-rozvoje-14931/>

KACHLÍK, David. Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory. Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4101-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/anatomie-pro-nelekarske-zdravotnicke-obory-5853/>.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.

LASOTOVÁ, Naděžda. Logopedická cvičení u afázie a kognitivních poruch: konverzační trénink pro dospělé. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5151-6.

LI, Jie-Min; LONG, Su-Sheng, a kol. Psychiatric symptoms in stroke patients: Clinical features of depression and anxiety. World J Psychiatry. 2025, roč. 15, č. 6. Dostupné také z: DOI: [10.5498/wjp.v15.i6.103888](https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i6.103888).

LYNCH, Elizabet A.; NESBITT, Katie; GULYANI, Aarti; CHAN, Raymond J. a kol. Do self-management interventions improve self-efficacy and health-related quality of life after stroke? A systematic review. Int J Stroke. 2025, roč. 20, č. 7, s. 786-800. Dostupné také z: DOI: [10.1177/17474930251340286](https://doi.org/10.1177/17474930251340286).

MAČÁK, Jirka a MAČÁKOVÁ, Jana. Patologie. 3., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3507-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/patologie-11074/>.

MANDYSOVÁ, Petra a ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana. Diagnostika poruch polykání: z pohledu sestry. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9340-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/diagnostika-poruch-polykani-1504/>.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina. Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-4157-4.

MIERTOVÁ, Michaela. Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0850-3.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Seznam center vysoce specializované cerebrovaskulární péče a center vysoce specializované péče o pacienty s iktem + indikátory kvality. Online. 2021, 2023. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/seznam-center-vysoce-specializovane-cerebrovaskularni-pece-a-center-vysoce-specializovane-pece-o-pacienty-s-iktem-indikatory-kvality/>. [cit. 2025-05-20].

NAHARI, Ahmed a ALSALEH, Ali Matoug. Impact of Social Support and Self-Efficacy on Activity of Daily Living among Post-Stroke Patients in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. Healthcare (Basel). 2024, roč. 7, č. 12 (16). Dostupné také z: DOI: [10.3390/healthcare12161564](https://doi.org/10.3390/healthcare12161564).

NAIR, Muralitharan a PEATE, Ian. Patofyziologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-802-7102-297.

NZIP. Cévní mozková příhoda: prevence. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/982-cevni-mozkova-prihoda-prevence>. [cit. 2025-05-20].

NZIP. Cévní mozková příhoda: iktová centra. Online. 2021. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/986-cevni-mozkova-prihoda-iktove-centrum>. [cit. 2025-05-20].

- NZIP. Centrální nervový systém (CNS): mozek a mícha. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1397-centralni-nervovy-system-cns-mozek-micha>. [cit. 2025-05-20].
- PEŘAN, David; CMOREJ, Patrik Christian a NESVADBA, Marcel. Akutní stavy v prvním kontaktu. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3271-3.
- PLEVOVÁ, Ilona a ZOUBKOVÁ, Renáta. Sestra a akutní stavy od A do Z. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-0890-9.
- PRŮŠOVÁ, E., a kol. Efekt psychoedukačního programu u pacientů s CMP v postakutní péči. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2023, roč. 86, č. 6, s. 383-390.
- VLADIMÍR, Vladimír a PŘIBÁŇ, Jan. Neurochirurgie. Praha: Karolinum, 2022. ISBN 978-802-4636-887. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/neurochirurgie-12153/>.
- ŘEPÍK, T., a kol. Problematika posuzování invalidity po prodělané cévní mozkové příhodě. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2023, roč. 86, č. 2, s. 148-152.
- SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro studium i praxi: 3., zcela přepracované vydání. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-6974-0.
- SILVA, Aryane Caroline; MENEZES, Kenya K.P.; SCIANNI, Aline Alvim; AVELINO, Patrick R. a FARIA, Christina D. C. M. Predictors of health-related quality of life one year after stroke: a systematic review with meta-analysis. International Journal of Rehabilitation Research. 2024, roč. 47, č. 2, s. 53-63. Dostupné také z: DOI: 10.1097/MRR.0000000000000623.
- SOUČEK, Miroslav a SVAČINA, Petr. Vnitřní lékařství v kostce. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2289-9.
- STUČHLÁ, Lada. Přehled anatomie a fyziologie člověka: pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-2903-4.
- ŠČUDLA, Vlastimil; HORÁK, Pavel a KOL. KARÁSEK DAVID A. Základy diferenciální diagnostiky ve vnitřním lékařství. Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6580-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/zaklady-diferencialni-diagnostiky-ve-vnitrim-lekarstvi-14596/>.
- ŠEBLOVÁ, Jana a KNOR, Jiří. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/urgentni-medicina-v-klinicke-praxi-lekare-4974/>.
- ŠPALKOVÁ, Bc. Nikol. Kvalita života pacientů po CMP léčených trombolýzou. Bakalářská práce. Ostrava: Ostravská univerzita Lékařská fakulta, 2025.
- ŠVESTKOVÁ, Olga; ANGEROVÁ, Yvona; DRUGA, Rastislav; PFEIFFER, Jan a VOTAVA, Jiří. Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.
- VACKOVÁ, Jitka. Sociální práce v systému koordinované rehabilitace u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-802-7124-343.

ZAKEL, Juliet a, kol. Innovations in Stroke Recovery and Rehabilitation: Poststroke Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2024, roč. 35, č. 2, s. 445-462. Dostupné také z: DOI: [10.1016/j.pmr.2023.06.027](https://doi.org/10.1016/j.pmr.2023.06.027).

ZHAO, Bingquan a, kol. The effect of psychological intervention on the quality of life and rehabilitation outcome of stroke patients with anxiety and depression: A systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2024, roč. 103, č. 45. Dostupné také z: DOI: [10.1097/MD.00000000000040439](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000040439).

Přílohy

Příloha A

Vážená respondentko, vážený respondente,

Dovolte mi, abych Vás požádal/a o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumného šetření realizovaného v rámci bakalářské práce zpracovávané na VŠPJ. Cílem tohoto dotazníkového šetření je získat relevantní data týkající se kvality života pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě a analyzovat, do jaké míry ovlivňují její následky fyzickou, psychickou a sociální oblast každodenního života. Získané informace budou využity výhradně pro účely zpracování bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a veškeré získané údaje budou použity výhradně pro akademické účely této práce. Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 5-10 minut. Prosím, u každé otázky označte odpověď, která nejlépe vystihuje Vaši aktuální situaci. Vaše odpovědi jsou pro mě velmi cenné a přispějí ke kvalitnímu zpracování výzkumu. Děkuji Vám za Váš čas a ochotu podílet se na tomto výzkumu.

Dotazník:

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a. Muž
 - b. Žena
2. Kolik je Vám let?
 - a. 18-39 let
 - b. 40-59 let
 - c. 60-74 let
 - d. 75-89 let
 - e. 90+ let
3. Jaký typ CMP jste prodělal/a?
 - a. Ischemická
 - b. Hemoragická
4. Byl/a jste před CMP soběstačný/á?
 - a. Ano
 - b. Ne
5. Jaká je míra vaší soběstačnosti?
 - a. Plně samostatně
 - b. S menší dopomocí
 - c. S větší dopomocí
 - d. Zcela závislý/á
6. Jak zvládáte běžné denní činnosti (např. jídlo, hygiena, oblékání)?
 - a. Plně samostatně
 - b. S menší dopomocí
 - c. S větší dopomocí
 - d. Zcela závislý/á
7. Máte potíže s činnostmi, denní potřeby (např. nákupy, vaření, úklid, vyřizování peněz nebo užívání léků)?
 - a. Nemám žádné potíže
 - b. Mám mírné potíže
 - c. Mám výrazné potíže
 - d. Tyto činnosti nezvládám bez pomoci






8. Jak hodnotíte svou pohyblivost při chůzi?
 - a. Bez potíží
 - b. Mírné potíže
 - c. Velké potíže
9. Jak často máte potíže se soustředěním?
 - a. Nikdy
 - b. Zřídka
 - c. Někdy
 - d. Často
10. Pociťujete zvýšenou psychickou zátěž v souvislosti s prodělanou CMP?
 - a. Vůbec ne
 - b. Mírně
 - c. Středně
 - d. Výrazně
11. Jaký vliv měla prodělaná CMP na Vaši psychickou pohodu?
 - a. Žádný vliv
 - b. Spíše negativní vliv
 - c. Spíše pozitivní vliv
 - d. Výrazně negativní vliv
12. Jak často pociťujete bolest během dne?
 - a. Nikdy nebo zřídka
 - b. Občas
 - c. Neustále
13. Jak silná bývá Vaše bolest?
(0 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest)
0–10: _____
14. Do jaké míry Vás bolest omezuje během rehabilitace?
 - a. Vůbec
 - b. Mírně
 - c. Středně
 - d. Výrazně
15. Máte během léčby a rehabilitace dostatečnou psychickou podporu (rodina/personál)?
 - a. Rozhodně ne
 - b. Spíše ne
 - c. Spíše ano
 - d. Rozhodně ano
16. Jak moc Vám psychická podpora rodiny/personálu pomáhá zvládat následky CMP?
 - a. Vůbec
 - b. Málo
 - c. Středně
 - d. Výrazně
17. Jak byste celkově ohodnotil/a svůj současný zdravotní stav?
 - a. 0-20 Velmi špatný
 - b. 21-40 Spíše špatný
 - c. 41-60 Průměrný
 - d. 61-80 Spíše dobrý
 - e. 81-100 Velmi dobrý

Příloha B

Příloha C

Subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu pacienta

„Prosím, označte, jak byste celkově ohodnotil/a svůj současný zdravotní stav.“

Hodnocení	Slovní popis	Piktogram
1	Velmi špatný	
2	Spíše špatný	
3	Průměrný	
4	Spíše dobrý	
5	Velmi dobrý	



PÉČE O PACIENTA PO CMP

Přehledná pomůcka pro zdravotnický personál

H – Hodnocení

- Pravidelně sledujte stav pacienta
- fyzický stav a mobilitu
- funkční schopnosti (ADL/IADL)
- bolest (intenzita, lokalizace, charakter)
- psychický stav



S – Soběstačnost

- Podporujte návrat k samostatnosti
- motivujte k rehabilitaci
- zapojte pacienta do běžných činností
- podporujte postupné zvyšování aktivity



B – Bolest

- Bolest aktivně řešte
- pravidelně ji vyhodnocujte
- kombinujte farmakologické a nefarmakologické metody
- sledujte účinnost léčby



P – Psychika

- Nezapomínejte na duševní pohodu
- komunikujte empaticky
- sledujte známky úzkosti či deprese
- v případě potřeby zajistíte odbornou podporu



Individuální a holistický přístup zvyšuje kvalitu života pacienta po CMP.