

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Novotná Natálie

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Katedra ošetrovatelství

Specifika péče u pacienta s cévní mozkovou příhodou

Novotná Natálie

Bakalářská práce

2020

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Klára Václavíková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Natálie Novotná**
Osobní číslo: **Z17043**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Specifika péče u pacienta s cévní mozkovou příhodou**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky
2. Stanovení cílů a metodiky práce
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky
4. Analýza a interpretace získaných dat
5. Zhodnocení výsledků práce

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. HERZIG, Roman. Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha, 2014. ISBN 978-80-7345-373-2
2. HUTYRA, Martin. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3816-1
3. KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3
4. NANDA International, *Ošetřovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, 550 s. ISBN 978-802-4743-288
5. TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Klára Václavíková**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

Prohlášení:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne: 15.7.2020

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Kláře Václavíkové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a věcných připomínek při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mojí rodině za podporu a trpělivost.

ANOTACE

Bakalářská práce se věnuje problematice cévní mozkové příhody. Teoretická část se zabývá cévní mozkovou příhodou – charakteristikou onemocnění, jejími typy, klinickými příznaky, rizikovými faktory, diagnostikou a léčbou. Dále je zmíněna ošetrovatelská péče a prevence vzniku cévní mozkové příhody. V průzkumné části jsou uvedeny tři kazuistiky pacientů po cévní mozkové příhodě v nemocničním zařízení, které vznikly kvantitativním šetřením a následně byl sestaven ošetrovatelský plán péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Cévní mozková příhoda, ischemie, hemoragie, rizikové faktory, příznaky

TITLE

Specifics of the ischemic stroke patient.

ANNOTATION

This bachelor's thesis deals with the problematice of Cerebrovascular accident. The theoretical part focuses on Cerebrovascular accident, specifically its characteristics, types clinical symptoms, risk factors, diagnosis and treatment. It further mentions nursing care and prevention of Cerebrovascular accident's occurrence. The research part offers case reports of three patients who were hospitalized due to a Cerebrovascular accident. The case reports were acquired by means of qualitative research and are consecutively followed by the created treatment plan.

OBSAH:

ÚVOD	10
1 Cíle bakalářské práce	11
2 TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1 Cévní mozková příhoda	12
2.1.1 Cévní mozková příhoda – ischemická	12
2.1.2 Cévní mozková příhoda – hemoragická	13
2.2 Příznaky cévní mozkové příhody	14
2.3 Diagnostika cévní mozkové příhody	14
2.4 Terapie cévní mozkové příhody	15
2.5 Rizikové faktory cévní mozkové příhody	16
2.6 Prevence vzniku cévní mozkové příhody	17
2.7 Komplikace po cévní mozkové příhodě.....	18
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	19
3.1 Organizace ošetrovatelské péče o pacienta v přednemocniční péči.....	19
3.2 Organizace ošetrovatelské péče o pacienta v nemocniční péči.....	19
3.3 Následná ošetrovatelská péče.....	22
3.4 Rehabilitace po cévní mozkové příhodě	23
3.4.1 Ergoterapie po cévní mozkové příhodě	24
3.4.2 Logopedie po cévní mozkové příhodě.....	24
3.5 Následky po cévní mozkové příhodě	25
4 PRŮZKUMNÁ ČÁST	26
4.1 Stanovení průzkumného vzorku.....	26
4.2 Metodika	26
4.3 Zpracování kazuistik	26
5 Kazuistika číslo 1	28

5.1	Průběh hospitalizace.....	29
5.2	Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové.....	30
5.3	Zvažované ošetrovatelské diagnózy:.....	32
5.3.1	Plán ošetrovatelské péče:	33
6	Kazuistika číslo 2	38
6.1	Průběh hospitalizace.....	39
6.2	Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové.....	40
6.3	Zvažované ošetrovatelské diagnózy:.....	42
6.3.1	Plán ošetrovatelské péče:	42
7	Kazuistika číslo 3	47
7.1	Průběh hospitalizace.....	48
7.2	Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové.....	49
7.3	Zvažované ošetrovatelské diagnózy:.....	51
7.3.1	Plán ošetrovatelské péče:	51
8	Diskuze.....	58
9	Závěr	60
	Seznam použité literatury	62
	Seznam internetových zdrojů	63
	Seznam použitých zkratk	65
	SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Ischemické cévní mozkové příhody jsou jednou z hlavních příčin morbidity a mortality na celém světě. Představují tak ve vyspělých zemích velmi závažný a dramaticky narůstající zdravotní problém. Cévní mozková příhoda (CMP) je 3. nejčastější příčinou úmrtí za nádorovým a kardiovaskulárním onemocněním. Cévní mozkové příhody jsou způsobeny krvácením do struktur centrální nervové soustavy nebo poruchou zásobení mozku krví a následným nedostatečným přísunem kyslíku k buňkám mozku dochází k ischemii a tím k odumírání mozkových buněk. Po prodělané cévní mozkové příhodě je zásadně ovlivněn životní styl. Cévní mozková příhoda představuje nejen problém medicínský, ale i socioekonomický, který je dán jak následkem cévních příhod, tak i ztrátou produktivity. Cílem léčby CMP není pouhé snížení mortality, ale hlavně zachování soběstačnosti pacienta a zařazení zpět do běžného života. Celosvětově je kladen důraz na preventivní léčbu cévních onemocnění. Cévní mozková příhoda může postihnout zcela zdravého jedince a výskyt tohoto postižení se posunuje do stále nižšího věku, což může být ovlivněno nezdravým životním stylem a u žen s poruchou krevní srážlivosti také užíváním hormonální antikoncepce. Riziko vzniku mozkové příhody se zvyšuje množstvím rizikových faktorů u daného jedince (Knor, J., 2016, s.10).

Cévní mozková příhoda celosvětově postihuje až 15 milionů obyvatel ročně, což představuje 10 % všech úmrtí. U 70 % pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě jsou zanechány trvalé následky a u 30 % postižených pacientů pak těžká trvalá invalidita (Školoudík, D., a kol., 2013, s.17-18).

Podle údajů z národního registru cévních mozkových příhod IKTA se v současné době odhaduje celkový počet CMP na 300 případů na 100 000 obyvatel ročně. Hospitalizací s touto diagnózou je v České republice téměř 60 000 za rok. Mortalita je až dvojnásobná, zejména u mužů ve věku 40-65 let. Ischemické cévní mozkové příhody tvoří 80–85 % všech cévních příhod. Hemoragické CMP se podílejí na 20 % celkového počtu cévních mozkových příhod, 10-15 % připadá na intracerebrální krvácení a subarachnoidální krvácení tvoří 5 %. Tranzitorní ischemická ataka (TIA) je přechodná, krátce trvající porucha, která se může objevit dny až týdny před vznikem CMP. Nutná je neodkladná lékařská pomoc. Čím dříve jsou příznaky rozpoznány, tím rychleji se u pacientů zahajuje léčebná hospitalizace (Školoudík, D., a kol., 2013, s.17-18).

1 Cíle bakalářské práce

Cílem této bakalářské práce je zpracovat specifika ošetrovatelské péče u vybraných pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou.

Mezi dílčí cíle patří stanovení ošetrovatelských cílů, navržení ošetrovatelských intervencí, realizací a hodnocení ošetrovatelské péče. Závěrečným výstupem průzkumu praktické části jsou dva informační letáky vhodné pro pacienty.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP) je definována jako náhle vzniklá nebo rychle rozvíjející se mozková ložisková dysfunkce, jejíž následkem je porucha nebo ztráta příslušných funkcí mozku, a to nejčastěji na jedné polovině těla. Může se rozvíjet déle než 24 hodin nebo končit smrtí pacienta. Hlavní zjevnou příčinou CMP je porucha mozkové cirkulace. Cévní poškození se vyskytuje v podobě ischemie nebo hemoragie. Příčinou a spolupůsobícím momentem může být i onemocnění srdce (embolizace při endokarditidě, pokles tlaku při infarktu myokardu) (Ambler, 2010, s.3, Herzig, 2014, s.7).

Tranzitorní ischemické ataky (TIA) jsou ischemické příhody trvající kratší dobu než 24 hodin a nemusí zanechat trvalé následky. Dochází k náhlému výpadu mozkových funkcí (např. porucha řeči nebo brnění poloviny těla. Důvodem je náhlá porucha prokrvení určité oblasti mozku. Nejčastěji tato porucha trvá minutu, případně desítky minut. Objeví se velmi často i opakovaně, a to před vznikem mozkového infarktu. TIA je velmi silným varujícím signálem a je nutné včas vyhledat lékařskou pomoc. Nemocní, u kterých se objevila TIA, mají až 9 % vyšší riziko vzniku cévní mozkové příhody (Kalita, 2010, s.25).

Cévní mozkové příhody rozdělujeme na ischemické a hemoragické, které se dále dělí na intracerebrální a subarachnoidální krvácení (Seidl, 2015, s.188).

2.1.1 Cévní mozková příhoda – ischemická

Mozkové ischemie jsou nejčastějším typem CMP. Tvoří až 85 % všech mozkových příhod. Vznikají na podkladě uzávěru tepny, která zásobuje příslušnou část mozkové tkáně krví. Zúžení nebo úplné uzavření cévy je způsobeno narůstajícím aterosklerotickým plátem, který nasedá na stěnu určité tepny. Důsledkem nasedání aterosklerotického plátu na stěnu cévy, dochází k následné bloádě průtoku krve krevní sraženinou (trombem), z čehož se mohou odlučovat malé krevní sraženiny (emboly), které se krevním proudem dostávají do krevního řečiště, kde uzavírají menší mozkové tepny a tepénky. Ke vzniku CMP není vždy nutný úplný uzávěr tepny, ale často postačí významné zúžení cévy. Při uzávěru krevního řečiště dochází k nekróze mozkových buněk a poruše krevního zásobení v příslušné oblasti mozku (Kalita, 2010, s. 8-9; Tyrliková, 2012, s.124).

2.1.2 Cévní mozková příhoda – hemoragická

Jednou z hlavních příčin mozkové hemoragie je arteriální hypertenze. Dochází k ruptuře malých perforujících arterií, které jsou chorobně změněny, a to nejčastěji degenerativními změnami při ateroskleróze. Céva se ztenčuje a ztrácí elasticitu. U nemocných s hypertenzní chorobou jsou aterosklerotické změny zvyšovány hypertenzní angiopatií. Krvácení je tedy podmíněno změnou pevností cévní stěny. Může se jednat o jednorázový děj, nebo může krvácení pokračovat hodiny i dny (Ambler, 2011, s.146-147).

2.1.2.1 Intracerebrální krvácení

Zaujímá asi 20 % z cévních mozkových příhod. Intracerebrální krvácení je způsobeno rupturou cévní stěny některé z mozkových tepen a následným provalením krve do mozkové tkáně. Krvácení rozlišujeme v závislosti na výši krevního tlaku, velikosti ruptury cévní stěny a odporu mozkové tkáně na tříštivé, globózní nebo ohraničené. Velikost intracerebrálního krvácení se obvykle pohybuje od petechiálního krvácení, přes koagula o průměru několika milimetrů, až po 10 cm. Příčinou krvácení je dlouhodobá dekompenzace arteriální hypertenze, ruptury cévních abnormalit a nádory. Jedná se o velmi závažný a život ohrožující stav, kdy může docházet k úplnému ochrnutí poloviny těla, ke ztrátě mluvené řeči a rozumění řeči (Kalita, 2010, s.12; Kalvach, 2010, s.145).

2.1.2.2 Subarachnoidální krvácení

Subarachnoidální krvácení je krvácivou cévní mozkovou příhodou. Jedná se o velmi závažný stav a je nutný včasný transport do nemocničního zařízení a následné ošetření zdroje krvácení, a to optimálně v prvních 24 hodinách. Dochází k abnormálnímu výronu krve mezi mozkové obaly. Příčinou neúrazového krvácení je ruptura aneuryzmatu. Bolest hlavy, zvracení, fotofobie a alterace vědomí jsou velmi častými dominujícími příznaky. Objevuje se také pocit lupnutí hlavě, horkost, závratě a celková nevolnost. Vyvolávajícím momentem může být velká fyzická námaha. V dalších dnech se po subarachnoidálním krvácení mohou vyskytovat i delirantní stavy a rozvoj meningeálního syndromu, kde je patrná opozice šíje a další typické příznaky pro onemocnění (Kalita, 2010, s.13; Kalvach, 2010, s.160-162; Růžička, 2019, s.235; Tomek et al., 2018, s.332).

2.2 Příznaky cévní mozkové příhody

Příznaky se mohou lišit podle místa tepenného uzávěru. Pokud se jedná o postižení levé (dominantní) mozkové hemisféry, typickým příznakem je afázie, kdy pacient hůře komunikuje a vážně tak produkce nebo porozumění řeči. S tím se také objevují problémy s psaním a čtením. Dalším charakteristickým příznakem je pravostranná slabost končetin (hemiparéza), která může vyústit až v úplné ochrnutí pravé poloviny těla (hemiplegie). U postižení pravé (nedominantní) mozkové hemisféry se může objevit tzv. neglect syndrom, který je charakterizován poruchou orientace v prostoru s opomíjením levé poloviny prostoru, kdy postižený vráží do předmětů v levé polovině zorného pole. Může dojít i k pádu. Současně může být přítomna levostranná hemiparéza či hemiplegie. Spadlý koutek je mnohdy prvním viditelným příznakem CMP. Dalšími typickými příznaky je zhoršený stav vědomí, závratě a problém s udržení rovnováhy či obtížná koordinace pohybů. Velmi často se také objevuje bolest hlavy a ztuhlost šíje. Až u 30 % pacientů se může vyskytnout i dysfagie, která značně omezuje přijímání stravy. Časté jsou také poruchy nálad a sklon k depresím. Mezi další příznaky patří náhlá porucha zraku, zejména na jednom oku nebo náhlé výpadky polovin obou zorných polí (Šeblová J., 2018, s.239; Bydžovský J., 2011, s.42; Powell, T.,2010, s.66).

2.3 Diagnostika cévní mozkové příhody

Včasná a diagnosticky správné rozpoznání typu cévní mozkové příhody je velmi důležitým aspektem, který je rozhodující o záchranně pacienta, ale také i o následné kvalitě jeho života. Diagnostika je vždy zahájena anamnézou, zjištěním příslušných onemocnění a také léků. Důležité je znát, zda se jedná o první ataku, či zda byly podobné obtíže již dříve. Mezi základní diagnostické metody patří výpočetní tomografie mozku (CT), která odhalí případné přítomné krvácení do mozku. Dalším vyšetřením je magnetická nukleární rezonance mozku (MRI), která určí, o jakou cévní mozkovou příhodu se jedná. Magnetická rezonance také dobře detekuje rozpadové produkty hemoglobinu a může tak snadno určit stáří hemoragického ložiska. Rezonanční angiografie konkurenční neinvazivní metodou angiografie. Sonografické vyšetření pomocí ultrazvuku (UZ) poskytuje významné informace o průtoku krve cévou (Doppler), o morfologických změnách cévní stěny nebo o organických a hemodynamických změnách v oblasti srdce a aorty. Vyšetření celkového stavu pacienta je dále doplněno zmonitorováním základních fyziologických funkcí. Změřením krevního tlaku (TK), pulzu (P), dechové frekvence a celkového stavu vědomí (GSC). Mezi další zobrazovací metody se řadí

elektrokardiografie (EKG), která pomocí elektrod umístěných na kůži snímá elektrickou srdeční aktivitu v podobě elektrokardiogramu, kde je zaznamenán časový záznam EKG křivek. Pacient může být indikován i k vyšetření elektroencefalografie (EEG), které zachycuje elektrické potencionály, vznikající činností mozku, pomocí elektrod umístěných na povrchu hlavy a je velmi významnou metodou pro následné období, kdy je možno detekovat rozvoj epileptogenního ložiska. Důležitou diagnostikou CMP je laboratorní vyšetření krve, které zahrnuje odběr krve na hemokoagulační vyšetření, krevní obraz a biochemické vyšetření krve. V neurologickém vyšetření jsou zjišťovány reflexy, reakce zornic na osvit, rovnováha, koordinace, vnímání dotyku a bolesti. Může být odebrán i mozkomíšni mok lumbální punkcí, který svým složením může prokázat patologické procesy. Přítomnost krve v likvoru prokáže hemoragické krvácení zobrazením rozpadových produktů erytrocytů různého stáří. Doplňujícím vyšetřením je metoda echokardiografie, která vyšetřuje srdce pomocí ultrazvuku a sono karotid, které slouží k diagnostice zúžení nebo uzávěru krčních nebo mozkových tepen (Shneiderová M., 2014, s.24; Seidl, 2015, s.191; Hutýra, M., 2011, s.27).

2.4 Terapie cévní mozkové příhody

Pacient je hospitalizován buď na iktové jednotce nebo v komplexním cerebrovaskulárním centru. Terapie je zaměřena na celkovou intenzivní léčbu, rekanalizační léčbu, časnou léčbu preventivní, léčbu a prevenci sekundárního postižení mozku a léčbu chirurgickou. Cílem celkové intenzivní terapie je stabilizace celkového zdravotního stavu pacienta, a to vitálně důležitých funkcí. Mezi nejčastější somatické komplikace patří extrémní arteriální hypertenze, hyperglykémie, kardiální a respirační onemocnění. Důležitost je kladena na zajištění adekvátní mozkové perfuze a následně zabránit sekundární mozkové hypoxii. V časně fázi cévní mozkové příhody je krevní tlak (TK) tolerován do hodnoty 220/120 mm Hg. V tomto případě je hrubou chybou jakákoliv snaha o rychlou normalizaci krevního tlaku. Při poklesu saturace krve kyslíkem pod hodnotu 92 % je indikována oxygenoterapie. Léčba inzulinem je indikována při hodnotě nad 8 mmol/l. Cílem rekanalizační terapie je obnovení průtoku krve tepnou, která je uzavřená trombem nebo embolem. Tato léčba musí být provedena v co nejrychleji možném čase, aby byla úspěšná. Pokud je rozsáhlá mozková příhoda již vyvinuta, je tato terapie nevhodná z důvodu vysokého rizika pro intracerebrální krvácení. Nejčastější metodou je léčba trombolytická. Využívá se rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu tzv. Actilyse, který se podává intravenózně. Jednou z možností terapie je také působení ultrazvuku, který má

trombolytický efekt. Jedná se o tzv. sonotripse, kdy se ultrazvuková sonda pomocí endovaskulárního katétru zavede až k samotnému trombu pomocí tzv. systému ECOS. Velkou nevýhodou těchto endovaskulárních zákroků je náročnost výkonu a nelze je provádět všude, jen na specializovaných pracovištích. Cílem časně preventivní léčby je snížení rizika pro opakující se cévní mozkovou příhodu. Zahajuje se léčba antiagregační pomocí kyseliny acetylsalicylové. Podává se už od akutní fáze CMP. Výjimkou jsou pacienti s léčbou pomocí trombolýzy, kde se pro velké riziko krvácení tato léčba zahajuje až po 24 hodinách. Důležité je zpomalení rozvoje a také potlačení progresu ischemického postižení mozku. Poslední možnou terapií CMP je léčba chirurgická, která se využívá při rozsáhlém ischemickém postižení mozečkové hemisféry a útlaku mozkového kmene (Kulišťák P., 2017, s.288-289; Bauer J., 2010, s.442-444; Neumann, J., 2014, s.381-385).

2.5 Rizikové faktory cévní mozkové příhody

Rizikové faktory se dělí na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi faktory ovlivnitelné se řadí poruchy krevního tlaku konkrétně arteriální hypertenze. Představuje tak rizikový faktor pro ischemickou i hemoragickou cévní mozkovou příhodu. Arteriální hypertenze podporuje vznik aterosklerotických plátů a tím mění stavbu stěny cév. Je třeba zahájení nefarmakologické terapie, kdy následuje úprava životosprávy, zvýšení fyzické aktivity, snížení tělesné hmotnosti, omezení konzumace alkoholu a příjmu sodíku. Pokud tato opatření nemají dostatečný efekt, je nutné přistoupit k farmakoterapii a jsou pacientovi předepsána vhodná antihypertenziva snižující krevní tlak. Dalším rizikovými faktory jsou srdeční onemocnění. Mohou to být např. kardiální dekompenzace z nejrůznějších příčin. Příčinou může být infarkt myokardu, fibrilace a flutter síní, chlopenní vady, paradoxní embolizace, ale také nitrosrdeční nádory, které jsou velmi vzácné. Jako terapie se využívá antiagregační a antikoagulační léčba. Diabetes mellitus se rovněž řadí do rizikových faktorů pro vznik cévní mozkové příhody. Porucha lipidového metabolismu je často doprovázena obezitou a jedná se tak o velmi časté onemocnění naší populace. Důraz je kladen na správnou kompenzaci tohoto onemocnění. Samostatné postižení cév aterosklerózou je také významným rizikovým faktorem. Nadměrná konzumace alkoholu a kouření cigaret jsou nejvýznamnějšími rizikovými faktory pro celou řadu onemocnění, kde mají negativní vliv na srdeční činnost, cévní systém a tvoří tak velké riziko pro vznik ischemické cévní mozkové příhody (iCMP) (Herzig, 2014, s.16-17; Kalita, 2010, s.15; Kalvach, 2010, s.63-80).

Je nutné vyzdvihnout důležitost dostatečné tělesné aktivity a zdravého životního stylu a nezapomenout, že platí spojitost tělesné aktivity s významnými rizikovými faktory, jako je arteriální hypertenze, srdeční choroby, obezita. Dostatek tělesné aktivity snižuje krevní tlak, hladinu triglyceridů, glukózy a také prospívá prevenci kardiovaskulárních komplikací a snižuje tělesnou hmotnost. Mnoho žen není dostatečně informováno o tom, že hormonální antikoncepce je rovněž významným rizikovým faktorem pro vznik CMP, zejména v kombinaci s kouřením a opakovanými bolestmi hlavy (Herzig, 2014, s.16-17; Kalita, 2010, s.15; Kalvach, 2010, s.63-80).

Nejvýznamnějším neovlivnitelným rizikovým faktorem je věk. Stárnutí organismu se s vlivy různých rizik sčítají. Dalším rizikovým faktorem je pohlaví. Výskyt iktů je ve středním a časném starším věku, častější je u mužů než u žen (v poměru 1,3-2,4:1). Neovlivnitelnými rizikovými faktory jsou rovněž genetické vlivy, kde se vyskytuje mnoho rizikových onemocnění jako je např. diabetes mellitus (Kalvach, 2010, s.80; Herzig, 2014, s.15-16).

2.6 Prevence vzniku cévní mozkové příhody

Prevenčními opatřeními pro vznik cévních mozkových příhod je celá komplexní řada obsahující léčebná opatření prováděná dle stanoveného protokolu. Zahrnuje prevenci primární i sekundární. U každého pacienta, u kterého proběhla iCMP a TIA je velmi důležité vykonat pečlivě veškerá vyšetření, kde je cílem určit etiologii a zjistit rizikové faktory. Prevence vzniku CMP vychází ze zásad zdravého životního stylu dle Světové zdravotnické organizace (WHO). Důležitým aspektem je nekouřit cigarety a nepít nadměrné množství alkoholu. Strava by neměla být příliš tučná, slaná, obsahovat vysoký podíl cukru. Měla by obsahovat ovoce, zeleninu a vlákninu. Prospěšná je také pravidelná pohybová aktivita, dostatek spánku a minimum stresu. Pacienti, u kterých v minulosti proběhla iCMP, mají vysoké riziko pro opětovný vznik další mozkové příhody. Je tedy nezbytně nutné, aby byla včas zahájena sekundární prevence, která zahrnuje antiagregační nebo antikoagulační terapii, úpravu rizikových faktorů a případně cévní intervenční výkon. Základem úspěchu prevence je komplexní ovlivnění rizikových faktorů (Herzig, 2014, s.22; Růžička, 2019, s.233-234).

2.7 Komplikace po cévní mozkové příhodě

Po cévní mozkové příhodě se může rozvinout mnoho komplikací, a to v různém časovém období od vzniku CMP. Mezi komplikace cévních mozkových příhod patří smrt v důsledku vzniku komplikací. Velkou komplikací jsou již existující rizikové faktory před vznikem cévních mozkových příhod jako je hypertenze, diabetes mellitus, srdeční onemocnění nebo obezita či kouření. Již v prvním týdnu od vzniku se objevují typické komplikace pro cévní mozkovou příhodu například zmatenost, negativismus, dysfagie a s odstupem času stoupá frekvence dalších komplikací. Nutné je včas těmto komplikacím zabránit a bezodkladně je začít léčit. Přibližně u 30 % akutních iCMP dochází k progresi ložiskového deficitu, kdy se rozvíjí další ložiskové mozkové změny a narůstají psychické změny. CMP je nejčastější příčinou sekundární epilepsie, která se vyskytuje ve 3-4 %. Vzhledem k poruše autoregulace perfuze ischemické tkáně dochází k vzestupu TK, který trvá několik dnů. Může tak dojít k poškození mozku. Chlopenní vady, fibrilace síní, infarkt myokardu jsou význačnými komplikacemi. Nejčastěji se vyskytují v akutním stádiu CMP. Srdeční arytmie mohou vést ke zvětšení mozkové ischemie a zvětšují tak riziko kardiální smrti. Současně s cévní mozkovou příhodou se může také vyskytnout infarkt myokardu. Velmi závažnou komplikací je pneumonie, která se vyskytuje už v prvních 48 hodinách od vzniku CMP. U 35 % až 78 % se vyskytuje dysfagie. Příčinou polykání je spastická paréza svalů podílejících se na polykání. Nejčastější komplikací jsou zlomeniny kyčle. Fraktury kyčle se v průběhu prvního roku po CMP vyskytují 7krát častěji než u zdravých osob stejného věku. Mezi další komplikace se řadí deprese, která se vyskytuje v různých intervalech až u 33 % nemocných. U depresivních pacientů dochází k nižší spolupráci s ošetřujícím personálem a dosahují tak nižší úroveň výsledného stavu. Může se rozvíjet také demence, projevující se poruchou paměti. Mnozí pacienti mohou trpět zvýšeným pocitem unavenosti, na kterou má vliv přítomnost anémie, hypotyreóza i další endokrinní poruchy. V průběhu 2–3 týdnů se 25–40 % nemocných po CMP vyvíjí spasticita. Bez projevů zánětlivých změn se do několika hodin může objevit i zvýšená tělesná teplota. Problematika komplikací je široká a koordinovaná činnost celého specializovaného léčebného pracoviště je nezbytná (Brainin a Hess, 2010, s.326; Bauer, 2010 s480-491; Ehler, E., 2011, s.129-134).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

3.1 Organizace ošetrovatelské péče o pacienta v přednemocniční péči

Cílem je zajistit pacientovi s cévní mozkovou příhodou dostatečně kvalitní potřebnou péči. Dojde-li k akutnímu rozvoji neurologických příznaků, je kladen důraz na včasný transport bez zdržení do nejbližšího zdravotnického zařízení, které disponuje komplexním cerebrovaskulárním centrem (KCC) nebo iktovým centrem (IC) (Herzig, 2014, s.34; Remeš, 2013 s.184).

Mezi základní vyšetřovací přednemocniční opatření patří monitorace EKG, vitálních funkcí a kontrola glykémie. Následuje orientační stanovení neurologického nálezu – stav vědomí, řeč, tíže postižení motoriky (plegie, paréza). Důraz je kladen na správnosti odběru anamnézy, kdy je důležité znát přesný čas vzniku příznaků, který je zde velmi klíčový. Dále také předchozí proběhlé CMP, přidružená onemocnění a chronická medikace (antikoagulancium, antiagregancium) (Herzig, 2014, s.34; Remeš, 2013 s.184).

Následuje zajištění periferního žilního vstupu (PŽK) s možností podání fyziologického roztoku jako náhrada tekutin. Péče o dýchací cesty, podáním kyslíku kyslíkovou maskou v případě hypoxie nebo při dechové insuficienci. Korekce krevního tlaku je vhodná až při hodnotách nad 220/120mmHg nebo při známkách kardiálního selhání. Snižovat TK je doporučeno pomalu a maximálně do hodnot 180/110 mmHg a to pomocí antihypertenziv. Možné je podat lék Tensiomin 25mg per os s předpokládaným účinkem do 15-30 minut. Další alternativou je kontinuální podání urandipilu (Ebrantil 10-50 mg i. v.) za stálé kontroly krevního tlaku. Symptomatická terapie dle stavu pacienta vhodnými léky (antiemetika – léky tlumící zvracení např. Degan inj., anxiolytika – léky odstraňující úzkost, např. Apaurin inj. atd.) (Tomek et al., 2018, s.269; Remeš, 2013 s.184).

3.2 Organizace ošetrovatelské péče o pacienta v nemocniční péči

Kvalitní péče vyžaduje vzájemnou spolupráci multidisciplinárního týmu, ten zahrnuje lékaře, všeobecné sestry, pomocný personál, fyzioterapeuty, logopedy, ergoterapeuty, psychology, sociální pracovníky, nutriční terapeuty, který zajistí pacientovi kvalitní diagnostické zázemí,

ale i vysoce kvalitní odbornou péči. Dále motivace pacienta a jeho podporu rodinou. Cílem ošetrovatelské péče je aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb klientů na základě spolupráce s nimi za účelem dosažení maximální soběstačnosti. K vyhodnocení sebepečce a soběstačnosti nemocného se používají různé metody, např. Barthelův test základních všedních činností (Příloha C) (Herzig, R., 2014, s.20).

V první fázi je nedůležitější provedení všech laboratorních a diagnostických vyšetření dle indikace lékaře tak, aby mohla být pacientovi co nejdříve zahájena léčebná terapie. Nejčastěji je odebírána krev na krevní obraz a diferenciál, biochemie a krevní srážlivost. Pacient je umístěn na iktovou jednotku. Následuje monitorace vitálních funkcí, měření krevního tlaku, pulzu, dechové frekvence, elektrokardiografu (EKG), oxygenace kyslíkem, dále je zajištěno neurologické a interní vyšetření, indikace k metodě CT mozku pro stanovení diagnostiky onemocnění a dle stavu pacienta i jiné dostupné diagnostické metody. Zkontrolovány jsou dýchací cesty a příznaky onemocnění z důvodu zvýšeného rizika pro edém mozku. Sleduje se, jestli se nezhoršují motorické funkce a vědomí. Vědomí se hodnotí dle škály GSC. Důležitost je kladena na prevenci trombembolické nemoci, která je pro pacienta velkým rizikem. U pacienta je indikována antiagregační nebo antikoagulační terapie, která je nutná k zamezení případnému trombu a zabránění vzniku právě trombembolické nemoci. Pokud je to možné, u pacienta je zaveden periferní žilní vstup (PŽK), který nesmí být zaveden v postižené končetině, následuje zahájení trombolýzy, která má za cíl rozpustit krevní sraženinu. Ta musí být podána do 4,5 hodiny od vzniku prvních příznaků. U pacienta se sleduje hodnota glykémie, která může přesahovat hodnoty normy 3,3-6,1 a vyvinout se až v hyperglykémii. Dále je nutné zajistit dostatečný příjem výživy a tekutin, aby nedošlo k malnutrici a dehydrataci. Vzhledem k případné dysfagii, která výrazně komplikuje perorální výživu, je nejprve potřeba zjistit, zda je pacient schopný polykat. Pokud pacient není schopný polykat a hrozí zde riziko aspirace a také aspirační bronchopneumonie, zajišťuje se příjem enterální výživy a tekutin nazogastrickou (NGS), nazojejunální sondou a případně intravenózní formou podání, která nám zajistí podat pacientovi veškeré potřebné živiny, tekutiny a léky. Pomocí podávání této enterální výživy je zachována výživa střeva. Častým problémem po zavedení NGS je diskomfort pacienta a často dochází k vytažení sondy pacientem. Pokud pacientovi hrozí dlouhodobé podávání enterální výživy, zavádí se perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG). PEG je metoda umožňující příjem enterální výživy pacientům sondou vedoucí přes kůži s břišní stěnu do žaludku. Tato forma podání potravy má řadu výhod. Lépe se ošetřuje a může být zavedena měsíce až roky. Sondy je důležité udržovat trvale průchodné, doporučuje se pravidelné proplachování po podání

výživy a léků nejlépe čajem. V případě podávání stravy ústy s méně závažnou dysfagií je strava dostatečně zahuštěna. Léčbu dysfagie provádí logoped, který provádí bazální terapii stimulující polykání pacienta. Při krmení pacienta musí být dbáno, aby nezůstávaly zbytky potravy v dutině ústní, protože zde hrozí riziko aspirace. Podávaná strava je často konzultována s nutričním specialistou, který stanoví vyváženost podávané stravy. Po odstranění nazogastrické sondy se začíná s kašovitou stravou a podle celkového zdravotního stavu se přechází na tužší konzistenci stravy. Nutriční hodnota stravy může být podpořena tekutinou mléčnou výživou k popíjení–sippingem. Pitný režim je velmi důležitý a neměl by být opomíjený. Po CMP se často vyskytuje dysfunkce močového měchýře a následně musí být zaveden permanentní močový katetr (PMK) do močového měchýře, kterým je zajištěno sledování denní diurézy, hustoty a také možné příměsi objevující se v moči. Permanentní močový katétr je ponecháván jen na nezbytně nutnou dobu z důvodu možného vzniku rizika infekce a je dbáno na zásady péče. Před samotným odstraněním PMK dochází k nácviu kontinence, který se odvíjí od celkového zdravotního stavu pacienta a na jeho soběstačnosti. Při dlouhodobé inkontinenci se upřednostňuje epicystomie pro menší riziko infekce. Jedná se o zavedení močového katetru skrze břišní stěnu, který je v močovém měchýři fixován nafouknutým balónkem pomocí roztoku aqua pro injekcione. U katetru bez balónku je epicystomie fixována pomocí stehu ke kůži. Nevýhodou může být akutní močová retence při neprůchodnosti nebo zalomení katetru. Další možností je používání inkontinentních pomůcek, jako jsou například podložky či plenkové kalhotky. Nutná je pravidelná výměna z důvodu rizika vzniku porušení integrity kůže. U vyprazdňování stolice je kontrolována její pravidelnost, konzistence a barva. Sleduje se zároveň odchod plynů. Pro správnou defekaci je důležité dostatečné podávání tekutin a vlákniny. Ošetrovatelský personál dodržuje intimitu pacienta a edukuje ho v této oblasti. Důležitost v ošetrovatelské péči po CMP je kladena na časnou vertikalizaci a zahájení včasné léčebné rehabilitace. Veškeré možnosti rehabilitace (Příloha F) se odvíjí dle aktuálního stavu pacienta. Lékař stanovuje postup rehabilitačního programu, kterým se řídí rehabilitační sestra a také ergoterapeut. Dochází ke každodennímu nácviu soběstačnosti pacienta. Pacient je v pravidelných intervalech polohován, využívá antidekubitární pomůcky a antidekubitární matraci, aby zde nedošlo ke vzniku dekubitů. Pravidelných polohováním je předcházeno pozdějším ireverzibilním změnám jako jsou kožní trofické změny či nadměrná spasticita. Správné polohování má zásadní vliv na pozdější funkční restituci pacienta. Velmi důležité je hodnocení soběstačnosti pacienta ošetrovatelským personálem pomocí testů např. Barthelův test základních všedních dovedností (Příloha C), test dle Marjory Gordonové (Příloha D), který pomáhá sloužit k plánování

rehabilitačního programu. Úkolem ošetrovatelského personálu je zhodnotit míru soběstačnosti v oblasti hygieny. Do hygienické péče je zahrnuta ranní i večerní hygiena, péče o vlasy, o dutinu ústní, celková koupel pacienta a pravidelná výměna ložního prádla. Kůže je pravidelně kontrolována na predilekčních místech a ošetřována vhodnými přípravky. Zvláštní péče je věnována genitáliím, okolí kolem vstupu permanentního močového katétru a okolí konečníku. Obzvláště důležitá je hygiena dutiny ústní. U pacientů v bezvědomí či s horšenou soběstačností je dutina ústní vytírána štětičkami Pagavit nebo glycerinovými tyčinkami čímž jsou. Při jakýkoliv změnách je nutné provést záznam do sesterské ošetrovatelské dokumentace. Dalším úkolem ošetrovatelského personálu je poskytnout pacientovi příjemné prostředí a klid vhodný ke spánku a odpočinku. Zajištění vyvětráním, zatemněním pokoje a odstraněním rušivých elementů např. vypnutí televize. Podáváme léky na spaní, pokud jsou-li indikované od lékaře. Komunikace je základním předpokladem mezilidských vztahů a je důležitá pro poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče pacientovi. U pacientů s poruchou řeči je zahájena logopedická péče. Většina nemocných není schopna dobře komunikovat, ať pro poruchy řeči ale i pro poruchy vědomí. Součástí ošetrovatelské péče u pacientů po CMP může být i již zmíněný koncept bazální stimulace, který je určen pacientů v kómatu, jejichž příčinou může být i CMP. Cílem je podporovat schopnost vnímání, zmírnit rozvoj postižení a také uvědomování si hranic vlastního těla či okolního světa nebo jiných lidí. U pacientů se mohou objevit úzkostné stavy. Je důležité aktivizovat pacienta, odvést pozornost použitím odpoutávacích technik. Nedílnou součástí komplexní péče poskytované pacientům po CMP je kromě časně také následná rehabilitace ve spádovém nemocničním zařízení, ve specializovaných rehabilitačních centrech nebo v nemocnicích následné péče (LDN) (Herzig, R., 2014, s.20; Vojtová, M. 2011 s.20-23).

3.3 Následná ošetrovatelská péče

Celkový zdravotní stav pacienta po iCMP je individuální. Pacient přichází na iktovou jednotku nebo cerebrovaskulárního centra, kde je hospitalizován na jednotce intenzivní péče (JIP) a dochází k zahájení léčebné hospitalizace. Po jeho stabilizaci zdravotního stavu je z iktové jednotky přeložen na standardní oddělení neurologického charakteru ve vybraném zdravotnickém zařízení. Následuje překlad k pokračování rehabilitace, a to na rehabilitační kliniku, do specializovaných ambulantních rehabilitačních center, léčebny dlouhodobě nemocných nebo do domácí péče dle jeho celkové soběstačnosti a schopnosti sebezpěče. Nutná je konzultace se sociálním pracovníkem, který provede sociální šetření. Zjišťuje od pacienta,

jeho rodiny i od ošetrovatelského týmu pacienta informace, jak se vyvíjí jeho zdravotní stav a jaké má doma podmínky pro následnou domácí péči (Herzig, R., 2014, s.20; Vojtová, M. 2011 s.20-23).

Domácí ošetrování – Pokud to zdravotní stav pacienta dovolí, tak je to jedna z forem nejčastější následné péče o pacienty po cévních mozkových příhodách. Pacient je v domácím prostředí, které dobře zná. Rodina i samotný pacient musí být řádně edukováni o péči a také nezbytně nutných úpravách domácího prostředí.

Ambulantní rehabilitace – Jedná se o formu následné péče pod vedením kvalifikovaných pracovníků, kteří pacientovi poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči. Tato forma je velmi časově limitovaná z důvodu velké vytiženosti těchto zařízení, omezené možnosti dlouhodobějšího pobytu a také individuální nedostupnosti pacientovi vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.

Home care – Asistovaná domácí péče, která se zabývá o handicapované pacienty a zajišťuje jim odbornou ošetrovatelskou péči profesionálními zdravotníky. Tato forma domácí péče obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru.

Rehabilitační střediska – Poskytují svým pacientům komplexní léčebnou rehabilitaci s mnoha různými rehabilitačními procedurami, léčebnými postupy a technikami. Klíčovým prvkem je sestavená individuálního léčebně rehabilitačního plánu, který vychází z cíleného lékařského vyšetření. Na rehabilitaci po CMP se specializuje např. Rehabilitační ústav Chotěboř, Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé Luže-Košumberk, Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly, Rehabilitační ústav Kladruby u Vlašimi, Rehabilitační ústav Hrabyně a Vojenský rehabilitační ústav Slapy. Základní péče je hrazena zdravotní pojišťovnou a pobyt v těchto ústavech je okolo 10 týdnů. Následovat potom může lázeňská péče, která je poskytována na doporučení neurologického lékaře nebo rehabilitačního lékaře, a to po odeznění akutního stadia onemocnění.

3.4 Rehabilitace po cévní mozkové příhodě

Již na iktové jednotce, kam jsou pacienti po CMP přijati, začíná rehabilitace. Rehabilitační plán je individuálně zaměřen podle celkového zdravotního stavu pacienta. Po stabilizaci zdravotního stavu je pacient přeložen na lůžkové rehabilitační oddělení, kde je provedena diagnostika funkčních poruch multidisciplinárním rehabilitačním týmem. Na základě této diagnostiky je stanoven krátkodobý nebo dlouhodobý rehabilitační plán. Závěrem ukončení rehabilitačního

procesu následuje zhodnocení funkčního stavu a na základě toho jsou doporučeny dlouhodobé rehabilitační služby a podpory pacienta k opětovnému zařazení do společenského života (Kalvach a kol., 2010, s. 85).

3.4.1 Ergoterapie po cévní mozkové příhodě

Ergoterapie se liší podle stavu nemocného a stadia, ve kterém se nachází – v akutním stadiu nemoci je nejdůležitější polohování, později se zaměřuje na nácvik ADL (activities of daily living – hodnocení soběstačnosti), výběr a indikaci pomůcek, cílenou terapii ruky, kognitivní rehabilitaci, na pracovní začlenění, na bezpečnost při domácích pracích apod. Ergoterapie má vlastní diagnostiku. Specializovaný pracovník v oblasti ergoterapie se snaží o maximálně možné soběstačnosti pacienta. U pacientů po CMP se snaží minimalizovat funkční ztrátu úchopu zapojením jiných svalových skupin nebo používáním kompenzační pomůcky. Každý léčebný program je individuální. Ergoterapie má povzbudivý účinek na znovuzískání sebedůvěry. Snaží se o kompenzaci porušených funkcí a co nejlepší znovuzapojení pacienta do plnohodnotného sociálního života. U lidí, kteří prodělali CMP má tak nezastupitelné místo. U pacientů, kteří prodělali CMP je využíván Bobath koncept, který pomocí speciálního cvičení zlepšuje kondici a koordinaci postižených. Dochází ke zlepšení ovládnutí a stability trupu, která je také velmi důležitá při chůzi, úchopech a vstávání z postele. Mezi nejzákladnější cíle rehabilitační léčby CMP patří např. prevence deformit, kdy je od samého začátku vzniku onemocnění důležité správné polohování jako podpora kloubů, omezení možnosti poškození měkkých tkání nebo vzniku bolesti. Velmi důležité je snížení spasticity a podpora normálního pohybového stereotypu. Nácvik všedních denních činností má u lidí po CMP své nezastupitelné místo. Mohou si vyzkoušet, jak postupovat při realizaci různých úkonů, a tak postupně dosahovat soběstačnosti a nezávislosti. Nutná je motivace nemocného (Křivošíková, M., 2011, s.24-30).

3.4.2 Logopedie po cévní mozkové příhodě

Prvním krokem při nápravě řeči po CMP je důležité zjistit, o jaký druh poruchy se jedná. Může se jednat o afázii, což je porucha produkce a porozumění řeči, kdy se objevují potíže s vybaveností slov. Někdy se objevuje i problém se psaním a čtením. Velmi důležité je, aby pacient porozuměl, co po něm ošetřovatelský personál požaduje. Další poruchou může být dysartrie, kdy pacient rozumí významu slov a obsahu sdělení druhého člověka, ale jeho

artikulace a možnost vyjádření je omezená. Náprava řeči je zahájena velmi brzo, jak jen to zdravotní stav pacienta dovolí. První terapie by měla být započata v nemocnici, následně je ale třeba pokračovat v logopedické terapii nadále, a to v následné péči. Logopedičtí specialisté stanoví vhodný terapeutický postup s ohledem na celkový zdravotní stav pacienta a jeho vývoj, který se v průběhu hospitalizace často mění. Logoped učí postiženého vyslovovat slova, která jsou nutná pro základní životní potřeby a buduje slovní zásobu, kterou postupně rozšiřuje, pomocí artikulačních cvičení, kdy se uvolňují obličejové svaly a rty. Důležitý je nácvik vnímání a porozumění. Nezbytně nutné je umožnit pacientovi dostatek času na jeho odpověď, klást mu pouze jednu otázku, komunikovat v krátkých větách a vždy volit spíše konkrétní než abstraktní pojmy. Podpora a pomoc blízkých je pro pacienta též důležitá. Cílem rehabilitačního cvičení je mimo jiné posílení svalstva jazyka, rtů, patra a tváří a v konečném důsledku usnadnění schopnosti mluvit a polykat (Coufalová, R., 2015).

3.5 Následky po cévní mozkové příhodě

Pacienta po CMP může provázet celá řada trvalých příznaků, ať už pohybových, nervových, ale i smyslových. Všechny tyto trvalé následky ovlivňují soběstačnost postiženého i jeho psychický stav a zatěžují mu tak návrat do normálního života. Vždy záleží na místě vzniku a rozsahu poškození mozku. Následky cévní mozkové příhody se dělí na specifické a nespecifické. Mezi specifické se řadí poruchy hybnosti, kdy dochází k oslabení svalového napětí a svaly jsou hypotonické. V těchto případech se objevuje hemiparéza, částečné ochrnutí jedné poloviny těla nebo plegie, tedy úplné ochrnutí. Dále se mohou vyskytovat poruchy citlivosti v důsledku poruchy propriorecepce a povrchového cití. V souvislosti s touto poruchou se objevují i potíže se zrakem, hmatem nebo čichem. V neposlední řadě vznikají poruchy fatických funkcí, kdy dochází k obtížné komunikaci a pacient má potíže s porozuměním mluvené a psané řeči, ale také s vyjádřením. Do nespecifických následků se řadí poruchy paměti, ale také dochází k narušení soustředění, pozornosti a může dojít ke zmatenosti, narušení myšlení a vzpomínání. Velká většina postižených iktem nemá potíže s dlouhodobou pamětí. Dokáží si vzpomenout na události a fakta, která se stala před mozkovou příhodou. Poruchy chování se také řadí mezi následky cévní mozkové příhody. Až u 70 % postižených po CMP se potýká s problémy v citové oblasti. Objevují se změny nálad, pocity úzkosti a deprese. Dalšími následky cévní mozkové příhody je ztráta motivace a porucha spánku. Onemocnění je mnohdy závažné, a proto může být obtížné vyrovnat se s případně vzniklými následky. Pacient by měl být pozitivně motivován (Tobolíková, P., 2019, s.14).

4 PRŮZKUMNÁ ČÁST

4.1 Stanovení průzkumného vzorku

Průzkum probíhal od září 2019 do listopadu 2019 na iktové jednotce neurologického oddělení ve vybraném zdravotnickém zařízení. Pacienti byli poučeni o průběhu průzkumu. Potřebné informace byly čerpány rozhovorem s pacientem, studiem zdravotní dokumentace a konzultací s odborným pracujícím personálem.

Do průzkumu bylo zařazeno celkem 10 osob s onemocněním CMP. Zúčastnilo se 8 žen a 2 muži ve věku 70-89 let.

4.2 Metodika

Metodika je realizována kvalitativním šetřením a věnována ošetrovatelské péči metodou ošetrovatelského procesu ve vybraném zdravotnickém zařízení, které bylo osloveno pro spolupráci. Následně bylo vypracováno 10 kazuistik a z nich vybrány celkem 3 kazuistiky. K analýze a utřídění dan byl využit program Microsoft Word 2010.

4.3 Zpracování kazuistik

K vypracování praktické části bakalářské práce bylo zpracováno 10 kazuistik (Příloha A) u pacientů s diagnózou CMP a následně byly vybrány 3 kazuistiky, u kterých bylo vypracován plán ošetrovatelské péče. V ošetrovatelské péči jsou zmíněny ošetrovatelské diagnózy, které byly stanoveny u vybraných pacientů. Při odebrání anamnézy byla použita ošetrovatelská dokumentace (Příloha B), která byla využita pro zpracování této bakalářské práce. Každému pacientovi byl sestaven plán péče dle NANDA taxonomie II. Do ošetrovatelského plánu byly zahrnuty aktuální i potencionální diagnózy.

Plán ošetrovatelské péče byl vypracován dle „Modelu fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Na základě vytvoření plánu ošetrovatelské péče byla vytvořeny dva informační letáky pro pacienty, sloužící k zvýšení jejich podvědomí o onemocnění (Příloha E, Příloha F).

Vybraní pacienti, u kterých byla odebrána anamnéza a následně vytvořen plán ošetrovatelské péče, prodělali ischemickou cévní mozkovou příhodu. Byli přijati na iktovou jednotku

zdravotnického zařízení k přechodnému zahájení rehabilitačního programu. Přicházejí s pravostrannou hemiparézou. U všech 3 pacientů se objevuje zhoršená tělesná pohyblivost a je tedy nutné jim dopomoci ošetřovatelským personálem v denních činnostech a zamezit tak vyskytujícímu se riziku pádu. Objevuje se u nich také nedostatek sebepěče při koupání a při stravování, proto je potřebný každodenní nácvik sebepěče vedoucí ke zlepšení jejich zdravotního stavu. V kazuistice číslo 2 má pacient zhoršenou verbální komunikaci a je zde nezbytné zahájit logopedická terapie pro nácvik komunikačních schopností s rozvíjením slovní zásoby. Pacientka v kazuistice číslo 3 má náchylnost ke snížení normální frekvence defekace, neodkladné je tedy zajistit vyprazdňování stolice pravidelně v mezích normy. Objevuje se u ní i pocit úzkosti, proto je potřeba komunikovat klidně, bez spěchu a naslouchat se zájmem a úctou. Všichni 3 pacienti byli z iktové jednotky přeloženi na standardní neurologické oddělení k pokračování intenzivní rehabilitační péči.

5 Kazuistika číslo 1

Pan R.J. (85 let)

<u>Hlavní lékařská diagnóza:</u>	Mozkový infarkt způsobený trombózou mozkových tepen						
<u>Vedlejší diagnózy:</u>	Arteriální hypertenze Dyslipidémie Ischemická choroba srdeční Hypotyreóza						
<u>Farmakologická léčba:</u>	<table border="1"> <tr> <td>Tritace 5MG TBL PO 1-0-0 (antihypertenzivum)</td> </tr> <tr> <td>Cezera 5MG TBL PO 1-0-0 (antihistaminikum)</td> </tr> <tr> <td>Loradur mite 2,5MG/25MG TBL PO 1-0-0 (antihypertenzivum)</td> </tr> <tr> <td>Tulip 40MG TBL PO 0-0-1 (hypolipidemikum)</td> </tr> <tr> <td>Neurol 0,25 MG TBL 0-0-1 (anxiolytika)</td> </tr> <tr> <td>Letrox 50MCG TBL 1-0-0 nalačno (hormony)</td> </tr> </table>	Tritace 5MG TBL PO 1-0-0 (antihypertenzivum)	Cezera 5MG TBL PO 1-0-0 (antihistaminikum)	Loradur mite 2,5MG/25MG TBL PO 1-0-0 (antihypertenzivum)	Tulip 40MG TBL PO 0-0-1 (hypolipidemikum)	Neurol 0,25 MG TBL 0-0-1 (anxiolytika)	Letrox 50MCG TBL 1-0-0 nalačno (hormony)
Tritace 5MG TBL PO 1-0-0 (antihypertenzivum)							
Cezera 5MG TBL PO 1-0-0 (antihistaminikum)							
Loradur mite 2,5MG/25MG TBL PO 1-0-0 (antihypertenzivum)							
Tulip 40MG TBL PO 0-0-1 (hypolipidemikum)							
Neurol 0,25 MG TBL 0-0-1 (anxiolytika)							
Letrox 50MCG TBL 1-0-0 nalačno (hormony)							

<u>Fyzikální vyšetření sestrou</u>	
Celkový vzhled:	Čistý, upravený
Stav vědomí:	Při vědomí, orientovaný, spolupracuje
Výška:	168 cm
Váha:	75 kg
BMI:	26,6
Krevní tlak:	135/70 mmHg
Pulz:	72, hmatný, pravidelný
SpO2:	98 %
Dech:	15 dechů / min., eupnoe
Tělesná teplota:	36,0 °C
Postoj:	Hemiparetický
Schopnost komunikace:	Bez dysartrie
Chůze:	Sedačka

Stisk ruky:	Bez oslabení
Zrak:	Zhoršený, brýle na dálku i na blízko
Nos:	Bez sekrece
Dutina ústní, chrup:	Snímatelná umělá zubní náhrada
Stav kůže:	Bez defektů, kožní turgor v normě
Alergie:	Penicilin, salicyláty

<u>Testy, škály:</u>	
Riziko dekubitů dle Nortonové:	31 bodů - riziko nehrozí
Barthelův test:	85 bodů - lehká závislost
GSC:	15 bodů
Hodnocení vzniku rizika pádu:	4 body – střední riziko pádu
Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:	Najíst se – 0, umýt se – 1, obléci se – 1, chůze – 1

5.1 Průběh hospitalizace

1.den: Pacient byl přijat na Neurologické oddělení. Byl přivezen na sedačce s doprovodem. Byly provedeny standartní vstupní odběry krve (krevní obraz, krevní srážlivost, biochemie). Pacient byl uložen na pokoj, edukován o režimu oddělení a následně seznámen s prostředím. Lůžko pacienta bylo zabezpečeno postranicemi pro prevenci rizika pádu a byl poučen o signalizačním zařízení. Byla odebrána sesterská příjmová anamnéza (Příloha B). Změřeny fyziologické funkce. Jako prevence tromboembolické nemoci byly pacientovi namotány bandáže na dolní končetiny. Následně provedena vstupní kontrola vnesených léků. Standartní příjem lékařem a následný rozpis RHB plánu pro pacienta. Pacient je hůře pohyblivý z důvodu základní diagnózy. Chůzi na WC zatím nezvládne. Tekutiny aktivně nabízeny. Pacient zařazen do ošetrovatelské kategorie číslo 3 – lehká závislost. Dieta číslo 3 – racionální. Spolupracuje s personálem, je orientovaný časem i místem. Udává bolesti hlavy a levé poloviny těla. Jiné potíže neudává, cítí se dobře. Dysartrie není. Zajištění periferního žilního katetru (PŽK). Byl proveden sběr informací dle Marjory Gordonové. Medikace podána dle denního rozpisu.

2.den: Pacient je orientovaný, spolupracuje s personálem. Ranní hygienu zvládl u umyvadla na pokoji s pomocí ošetrovatelského personálu. Strava a tekutiny k lůžku. Potíže s polykáním neudává. U pacienta je sledována bilance tekutin. Tekutiny aktivně nabízeny. Dnes se cítí

unavený, ale spal celou noc. Dle ordinace lékaře probíhá snaha o vertikalizaci s rehabilitační sestrou. Rehabilitační sestra vysvětluje správné postupy rehabilitace a aktivizace pacienta. Provádí vertikalizace do sedu a stoje. Trénuje hrubou i jemnou motoriku. Problém v komunikaci není. Pacient je trpělivý a učenlivý. Odpoledne odpočívá. Sleduje svůj oblíbený pořad v televizi. Je polohován každé 2 až 3 hodiny. Je dbáno na správné uložení končetin jako prevence rozvoje spasticity, a kontraktur. Na večeri byl odvezen na sedačce ošetrovatelským personálem do společné jídelny. Medikace podána dle denního rozpisu.

3.den: Ranní hygienu zvládl pacient v koupelně s dopomocí ošetrovatelského personálu. Je důležité na pacienta dohlížet v koupelně z důvodu rizika pádu. Pacient se dnes cítí dobře, únavu nepocítuje. Chut' k jídlu je zachovalá. Potíže s polykáním neudává. Návčik chůze s rehabilitační sestrou ve vysokém chodítku zvládá, ujde 20 metrů. Dále absolvuje jednotlivé ergoterapeutické úkony. Návčik mobility na lůžku, posun stranou, obracení přes postiženou stranu, následně přes zdravou stranu, přechod do sedu a přisedání na židli. Trénuje také soběstačnost, a to podání si osobních věcí z nočního stolku. Pacient je trpělivý. Veškeré úkony zvládá bez větších obtíží a překážek. Je orientovaný, dopomoc zajištěna dle potřeby. Medikace podána dle denního rozpisu.

4.den: Dnes opět pokračuje v nastaveném ergoterapeutickém plánu. Vyspal se velmi dobře. Ranní hygienu zvládl bez dopomoci. Neudává žádné potíže. Aktivně spolupracuje. Celková soběstačnost se nadále posiluje. Na oddělení se orientuje. Je v dobrém psychickém rozmaru. Byly provedeny kontrolní odběry na krevní srážlivost. Dopoledne si četl svojí oblíbenou knihu. S rehabilitační sestrou proběhl návčik o 2 francouzských holích (FH). Zatím nezvládá, ujde 1 metr. Medikace podána dle denního rozpisu. Dnes následuje překlad na standardní neurologické oddělení k následnému pokračování v nastaveném rehabilitačním režimu. Pacient přeložen, ukončena hospitalizace.

5.2 Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání zdraví:

Celý život je kuřák, kouří od svých 18 let. Vykouří 5 cigaret denně. Alkohol pije příležitostně. Preventivní prohlídky u svého praktického lékaře nedodržuje. Léky užívá pravidelně. Za poslední rok neprodělal žádnou nemoc. Nynější hospitalizace je již druhá, naposledy byl

hospitalizovaný v roce 2016. Pacient si nepřipouští, že diagnóza změnila jeho styl života. Každý den domů dochází pečovatelská služba, která mu pomáhá v běžných činnostech.

Výživa a metabolismus:

Pacient je zvyklý na zdravý životní styl. Omezuje tučná jídla. Přes den se stravuje v pravidelných intervalech. Dbá na pitný režim. Denně vypije 2 litry čisté vody. Stravuje se pomocí levé horní končetiny (LHK), snaží se zapojovat pravou horní končetinu (PHK), ale to je pro něho stále obtížnější. Žije sám. Jídlo a nákup potravin mu na celý týden zajišťuje jeho dcera, která k němu dochází.

Vylučování:

Pacient močí bez problému asi 8x denně, bez příměsí, pálení nepocítuje. Stolicí vylučuje pravidelně, 2x denně. Zácpon netrpí.

Aktivita a cvičení:

Pacient chodí ve vysokém chodítku. Dříve chůzi zvládal o 2 FH. Pracoval jako řidič nákladního vozu, nyní je ve starobním důchodu. Rád si čte své oblíbené knihy, kouká na pořady v televizi, ale ze všeho nejvíce je rád, když ho navštíví jeho rodina. Pacient je celkem soběstačný, ale dohled nad denními činnostmi mu zajišťuje pečovatelská služba, která domů dochází takřka denně v dopoledních hodinách.

Spánek a odpočinek:

Problémy se spánkem nepocítuje. Občas se v noci vzbudí, ale po chvíli zase usne. S usínáním problémy nemá. Léky na spaní užívá občas. Při usínání je zvyklý na otevřené okno.

Vnímání a poznávání:

Pacient nosí brýle na dálku i na blízko. Oční kontrolu absolvoval před půl rokem. Potíže se sluchem neudává, slyší dobře. Výpadky paměti nepocítuje.

Sebepojetí a sebeúcta:

Pacientovi je často smutno, jelikož bydlí sám. Má rád společnost, a proto ho velmi těší, že k němu denně dochází dcera a paní z pečovatelské služby. Se zájmem a radostí vypráví o svém životě a zážitky z minulých let. Pacient je jinak optimista. Úzkostí netrpí.

Plnění rolí a mezilidské vztahy:

Pacient žije ve městě v menším bytě. Manželka mu zemřela před třemi roky. Dcera za ním dochází denně. Pacient občas navštěvuje svého souseda. Finanční potíže nepociťuje.

Sexualita a reprodukční schopnost:

Pacient má tři dcery. Kontakt udržuje pouze s jednou z dcer. Dříve ženatý, nyní 3 roky ovdovělý.

Stres a zátěžové situace, jejich zvládnutí a tolerance:

Pacient zvládá stresové situace dobře. Jednou z jeho relaxačních technik je čtení oblíbených detektivních knih, ale také malování obrazů, díky čemuž se dostává na pozitivní vlnu myšlení. Jeho velmi těžkým obdobím byl spor se svými dvěma dcerami po smrti jeho ženy. Na manželku vzpomíná rád. Chybí mu aktivity, které dělali společně.

Víra a přesvědčení:

Pacient je silně věřící. Když to jeho stav dovolil, chodil pravidelně do kostela. Po smrti manželky už nechodí.

Jiné:

Pacient nezmínil jiné problémy.

5.3 Zvažované ošetřovatelské diagnózy:

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
Deficit sebepéče při koupání (00108)
Deficit sebepéče při stravování (00102)
Riziko pádů (00155)
Snaha zlepšit sebepéči (00182)

5.3.1 Plán ošetrovatelské péče:

<u>Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)</u>
<u>Doména 4:</u> Aktivita/odpočinek
<u>Třída 2:</u> Aktivita/cvičení
<u>Definice:</u> Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.
<u>Určující znaky:</u> změny chůze, omezená schopnost provádět jemné motorické dovednosti, omezená schopnost provádět hrubé motorické dovednosti, zpomalený pohyb, pomalejší reakce, diskomfort, potíže při otáčení
<u>Související faktory:</u> intolerance aktivity, změněný metabolismus, změna integrity struktury kostí, kontraktury, snížená vytrvalost, snížení ovládnutí svalstva, úbytek svalové hmoty
<u>Cíle:</u> Pacient zahájí nácvik správného užívání pomocných prostředků ke zlepšení jeho celkové pohyblivosti do 3 dnů od zahájení hospitalizace.
<u>Intervence:</u> Aktivizuj pacienta v oblasti denních činností dle jeho zdravotního stavu od zahájení léčebné hospitalizace. Po domluvě s rehabilitační sestrou prováděj nácvik chůze s kompenzačními pomůckami. Dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí odstraněním překážek a prevencí pádů.
<u>Realizace:</u> Pacient denně absolvoval rehabilitační cvičení, které procvičovaly nácvik chůze ve vysokém chodítku na delší vzdálenost. Během dne byl pacient aktivizován ošetrovatelským personálem v denních činnostech. Následně byla cvičena nezávislost v souladu s rozsahem následků, prevence pozdních sekundárních změn a rozvoje spasticity, vytvořením vhodných podmínek pro tělesnou, duševní i sociální pohodu pacienty i rodiny. Dle potřeby byly odstraněny překážky z prostředí.
<u>Zhodnocení:</u> Hybnost PHK se zlepšuje, pacient se snaží zapojit tuto končetinu do denních činností. Pacient ujde s kompenzačními pomůckami 25 metrů. Stabilita chůze je jistější. Cíl splněn.

<u>Deficit sebeděče při koupání (00108)</u>
<u>Doména 4:</u> Aktivita/odpočinek
<u>Třída 5:</u> Sebeděče
<u>Definice:</u> Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.
<u>Určující znaky:</u> neschopnost umýt si levou část těla, neschopnost usušit si levou část těla pomocí pravé ruky, neschopnost dostat se do koupelny/sprchy
<u>Související faktory:</u> překážky v prostředí, snížená motivace, zhoršená schopnost vnímat část těla
<u>Cíle:</u> Pacient se zapojí do celkové hygieny těla na úrovni svých schopností s dohledem ošetrovatelského personálu do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace. Pacient rozpozná svoje individuální slabiny a potřeby v dané oblasti do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace.
<u>Intervence:</u> Zajisti doprovod pacienta do koupelny každý den od začátku léčebné rehabilitace. Zajisti dohled nad pacientem při celkové koupeli dle jeho zdravotního stavu. Dopomož pacientovi s umytím a osušením horní levé poloviny těla. Zajisti, aby měl pacient hygienické potřeby na dosah ruky.
<u>Realizace:</u> Každý den v ranních hodinách doprovodil ošetrovatelský personál pacienta do koupelny, kde pod dohledem provedl celkovou koupel. Ošetrovatelský personál zajistil, aby měl hygienické potřeby na dosah ruky. Ošetrovatelský personál pomohl pacientovi umýt a usušit levou horní polovinu těla.
<u>Zhodnocení:</u> Pacient prováděl celkovou hygienu jedenkrát denně za doprovodu ošetrovatelského personálu od začátku jeho hospitalizace po dobu 4 dnů. Cíl splněn.

<u>Deficit sebeděče při stravování (00102)</u>
<u>Doména 4:</u> Aktivita/odpočinek
<u>Třída 5:</u> Sebeděče

<u>Definice:</u> Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.
<u>Určující znaky:</u> neschopnost připravit jídlo ke konzumaci, neschopnost poradit si s vybavením kuchyně, neschopnost otevírat nádoby/obaly, plastové misky
<u>Související faktory:</u> úzkost, snížená motivace, diskomfort, překážky v prostředí, neuromuskulární poškození
<u>Cíle:</u> Pacient zahájí nácvik správné přípravy jídla ke konzumaci od zahájení hospitalizace.
<u>Intervence:</u> Promysli alternativní způsob krmení. Zajisti asistenční pomůcky ke stravování. Připrav pacientovi jídlo ke konzumaci.
<u>Realizace:</u> Pacientovi po dobu hospitalizace pomáhal ošetrovatelský personál se stravováním. Pacient používal asistenční pomůcky ke stravování.
<u>Zhodnocení:</u> Pacient je schopen otevřít nádoby a obaly, uchopit nádobí, hrnek, sklenici. Po celou dobu hospitalizace měl jídlo připravené ke konzumaci. Cíl splněn.

<u>Riziko pádů (00155)</u>
<u>Doména 11:</u> Bezpečnost/ ochrana
<u>Třída 2:</u> Fyzické poškození
<u>Definice:</u> Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.
<u>Rizikové faktory:</u> Používání dvou francouzských holí, užívání antihypertenziv, věk nad 65 let, zhoršená chůze
<u>Cíle:</u> U pacienta začne být prováděn nácvik chůze do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace. Pacient se začne učit správnému nácviku používání kompenzačních pomůcek do 3 dnů od zahájení léčebné rehabilitace.
<u>Intervence:</u> Zajisti doprovod pacienta od zahájení léčebné rehabilitace. Prováděj nácvik správného stereotypu chůze o dvou francouzských holích.

<p>Dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádů.</p> <p>Edukuj pacienta o vhodné obuvi.</p>
<p><u>Realizace:</u></p> <p>Pacient absolvoval denně rehabilitační cvičení, kde se učil správnému nácviku chůze s kompenzační pomůckou. Pacientovi byl zajištěn doprovod zdravotnického personálu. Pacient byl při přijetí edukován o vhodné obuvi. V případě potřeby byly odstraněny překážky a bylo zajištěno bezpečné prostředí.</p>
<p><u>Zhodnocení:</u></p> <p>U pacienta byl prováděn denně nácvik chůze a během hospitalizace nedošlo k pádu. Cíl splněn.</p>

<p><u>Snaha zlepšit sebeděči (00182)</u></p>
<p><u>Doména 11:</u> Aktivita/odpočinek</p>
<p><u>Třída 2:</u> Sebeděče</p>
<p><u>Definice:</u> Vzorec provádění aktivit, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.</p>
<p><u>Určující znaky:</u></p> <p>vyjadřuje touhu zlepšit sebeděči, vyjadřuje touhu zlepšit zodpovědnost při sebeděči</p>
<p><u>Cíle:</u></p> <p>Pacient zahájí nácvik osvojování správné techniky, jak si umýt horní a dolní polovinu těla s možností dopomoci ošetřovatelského personálu do 2 dnů od zahájení léčebné hospitalizace. Pacient se aktivně zapojí do sebeobsluhy v denních činnostech do 3 dnů od zahájení léčebné rehabilitace.</p> <p>Pacient se pokusí každý den zapojovat postiženou končetinu do denních aktivit.</p>
<p><u>Intervence:</u></p> <p>Pacient bude v rámci rehabilitace provádět nácvik sebeobsluhy v denních činnostech. Aktivizuj pacienta v oblasti denních činností od zahájení léčebné hospitalizace.</p> <p>Vybízej pacienta, aby se snažil zapojit i postiženou končetinu do sebeobsluhy v denní činnostech.</p>

Realizace:

Pacient se denně aktivně podílel na aktivizaci sebeobsluhy v oblasti denních činností. Zapojoval postiženou končetinu do každodenních všedních aktivit.

Zhodnocení:

Během hospitalizace došlo k posílení soběstačnosti pacienta. Pacient zapojuje postiženou končetinu do denních činností. Cíl splněn.

6 Kazuistika číslo 2

Paní S.L. (75 let)

<u>Hlavní lékařská diagnóza:</u>	Stav po iCMP s dysartrií a lehkou pravostrannou hemiparézou
<u>Vedlejší diagnózy:</u>	Arteriální hypertenze Hypercholesterolémie
<u>Farmakologická léčba:</u>	Concor cor 10MG TBL PO 1-0-0 (antihypertenzivum)
	Torvacard 20MG TBL PO 0-0-1 (hypolipidemikum)
	Preductal MR 35MG TBL PO 1-0-1 (kardiakum)
	Monopril 20MG TBL PO 1-0-0 (antihypertenzivum)
	Anopyrin 100 MG TBL PO 1-0-1 (antiagregancium)

<u>Fyzikální vyšetření sestrou</u>	
Celkový vzhled:	Čistá, upravená
Stav vědomí:	Při vědomí
Výška:	165 cm
Váha:	71 kg
BMI:	26, 1
Krevní tlak:	166/94 mmHg
Pulz:	79, pravidelný, hmatný
SpO2:	96 %
Dech:	16 dechů / min., eupnoe
Tělesná teplota:	36,4 °C
Postoj:	Ležící, hemiparetická
Schopnost komunikace:	Lehká dysartrie
Chůze:	Nyní ležící, doma chůze o 1 FH

Stisk ruky:	Na algický podnět cíleně flektuje PHK, oslabený stisk, jemná motorika velmi omezená
Zrak:	Brýle na blízko, na dálku
Nos:	Bez sekrece
Dutina ústní, chrup:	Umělá zubní náhrada
Stav kůže:	Bez defektů, kožní turgor v normě
Alergie:	Pyl, prach

<u>Testy, škály:</u>	
Riziko dekubitů dle Nortonové:	20 bodů, střední riziko
Barthelův test:	50 bodů – závislost středního stupně
GSC:	13 bodů
Hodnocení vzniku rizika pádu:	6 bodů – střední riziko pádu
Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:	Najíst se – 0, umýt se – 0, vykoupat se -0, obléci se- 0, chůze- 0

6.1 Průběh hospitalizace

1.den: Pacientka byla přijata na Neurologické standartní oddělení. Byla přivezena na lůžku. Pacientce byly provedeny vstupní kontrolní odběry krve (krevní obraz, krevní srážlivost, biochemie). Uložena na pokoj, edukována o režimu oddělení a následně seznámena s prostředím. Lůžko bylo zabezpečeno postranicemi pro prevenci pádu. Pacientka byla poučena o signalizačním zařízení u lůžka. Pacientovi byly namotány bandáže jako prevence trombembolické nemoci. Následně provedena vstupní kontrola vnesených léků. Standartní příjem lékařem a sestřičkou. Rozpis rehabilitačního plánu, ergoterapie a logopedie. Pacientka je ležící, v rámci lůžka nepohyblivá. Tekutiny aktivně nabízeny. Pacientka zařazena do kategorie číslo 3 – závislost středního stupně. Dieta číslo 3 – racionální. Spolupracuje. Řeč omezená, dysartrie přetrvává. Fyziologické funkce v normě. Zajištění periferního žilního katetru (PŽK). Byl proveden sběr informací dle Marjory Gordonové.

2.den: Ranní hygiena byla provedena pomocí ošetrovatelského personálu na lůžku. Snídaně probíhala s dopomocí. Je třeba pomoci s krájením stravy a krmením. Po snídani začíná rehabilitační plán. Pacientka procvičuje hrubou a jemnou motoriku obou horních končetin.

Postižená PHK je polohována a jsou prováděny pasivní pohyby ve všech kloubech. Nácvik vertikalizace do stoje. Spolupracuje, obtíže neudává. V odpoledních hodinách přichází logoped. Medikace podána dle denního rozpisu.

3.den: Pacientka se dnes nevyšpala dobře. Několikrát se v noci vzbudila a nemohla usnout. Ranní hygiena proběhla na lůžku s dopomocí ošetrovatelského personálu. Po ranní hygieně a snídani pokračuje v nastaveném rehabilitačním plánu. Jednotlivé procedury zvládá. Pociťuje značné zlepšení jemné a hrubé motoriky PHK. V odpoledních hodinách proběhl nácvik chůze, zejména pravé dolní končetiny (PDK) ve vysokém chodítku. Ujde 2 metry.

4.den: Pacientka si zvládla pomocí chodítka dojít do jídelny na snídani. Ke stravování je nutná dopomoc ošetrovatelského personálu. Pacientka aktivně spolupracuje. Po snídani byla provedena hygiena v koupelně, kterou zvládla sama. Obléknout se zvládne bez pomoci, zapojuje postiženou PHK. Dle ordinace lékaře pokračuje v nastaveném RHB plánu. Pacientka je snaživá, aktivně spolupracuje. Řeč je zatím obtížná. Logoped dochází denně. Opakuje jednotlivá písmena a slova.

5.den: Pacientka denně rehabilituje. Dochází ke značnému zlepšení hybnosti PHK i PDK. Dnes pacientku navštívil manžel. Je veselá a usměvavá. Cítí se po psychické stránce lépe. Chůze ve vysokém chodítku je stabilnější, ujde 3 metry, ale na delší vzdálenost se cítí nejistá. Dnes přeložena na standardní neurologické oddělení k intenzivnější rehabilitaci.

6.2 Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání zdraví:

Pacientka během svého života prodělala běžné virózy a onemocnění. Pravidelně dodržuje preventivní prohlídky u svého praktického lékaře i na mamografii. Léčí se s arteriální hypertenzí, která je dispenzarizována antihypertenzivy. Jiné obtíže neudává, cítí se dobře.

Výživa, metabolismus:

Pacientka nemá žádné dietní omezení. Stravuje se pravidelně v menších porcích. Vyhýbá se mastným a slaným jídlům. Má ráda sladké potraviny. Během dne popíjí slazené minerální vody a každý den vypije dvě rozpustné kávy.

Vylučování:

Pacientka vyučuje stolicí pravidelně každý den. Problémy a jiné obtíže neudává. Nepozoruje žádné patologické změny a příměsi ve stolici. Močí spontánně bez problémů.

Aktivita a cvičení:

Nyní je třeba malá dopomoc při denních činnostech. Před nemocí byla plně soběstačná. Ráda kouká na televizi a luští křížovky. Občas chodila i s kamarádkou na procházky.

Spánek a odpočinek:

Spí okolo 8 hodin denně. Potíže s usínáním nemá. Léky na spaní neužívá.

Vnímání a poznávání:

Pacientka nepocituje potíže se sluchem. Špatně vidí, brýle nosí na dálku i na blízko. Problémy s pamětí nemá.

Sebepojetí a sebeúcta:

Pacientka je šťastná. Má ráda svůj život. Nic jí netrápí.

Plnění rolí a mezilidské vztahy:

Pacientka má jednu dceru a 2 vnoučata. Bydlí s manželem v bytě s možností výtahu. Je spokojená.

Sexualita a reprodukční schopnost:

Pacientka má jednu dceru. Žádné problémy tohoto typu neudává.

Stres a zátěžové situace, jejich zvládnutí a tolerance:

Pacientka se snaží vyhýbat stresovým situacím. Trápí jí, že její mluvení je obtížné. Věří ale, že to zase natrénuje.

Víra a přesvědčení:

Nejvíce je pro ni důležitá rodina, která je jí velkou oporou.

Jiné:

Jiné problémy pacientka nezmínila.

6.3 Zvažované ošetřovatelské diagnózy:

Zhoršená verbální komunikace (00051)
Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
Deficit sebepěče při koupání (00108)
Riziko pádů (00155)
Snaha zlepšit sebe péči (00182)

6.3.1 Plán ošetřovatelské péče:

<u>Zhoršená verbální komunikace (00051)</u>
<u>Doména 4:</u> Percepce/ kognice
<u>Třída 2:</u> Komunikace
<u>Definice:</u> Snížená schopnost přijímat a vysílat systém symbolů.
<u>Určující znaky:</u> potíže verbálně vyjádřit myšlenky, potíže s tvorbou vět, slov, potíže s porozuměním běžnému komunikačnímu vzorci, dezorientace časem
<u>Související faktory:</u> alterace centrálního nervového systému
<u>Cíle:</u> Pacientka zahájí nácvik trénování komunikačních schopností a rozvíjení slovní zásoby do 2 dnů od zahájení hospitalizace.
<u>Intervence:</u> Zjistí příčinu zhoršené komunikace od zahájení léčebné hospitalizace. Dej pacientce dostatek prostoru pro vyjádření myšlenky. Pomož pacientce najít správné slovo. Vyzívej pacientku, aby po tobě slova/věty opakoval, udržuj oční kontakt. Dbej na zpětnou vazbu.
<u>Realizace:</u> Pacientka pravidelně docházela na logopedii v rámci hospitalizace. Během dne ošetřovatelský personál pacientku vybízel ke komunikaci, trénoval s ní zadané úkoly z

logopedie, pojmenovávala jednotlivé obrázky. Při komunikaci měla pacientka vždy dostatek času na vyjádření vlastní myšlenky a pochopení výzvy bylo ověřeno zpětnou vazbou.

Zhodnocení: Během hospitalizace nedošlo ke zlepšení pacientovi komunikace, artikulace. Pacientka nadále obtížně hledá slova a vyjadřuje své myšlenky. Cíl nesplněn.

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky:

změny chůze, omezená schopnost provádět jemné motorické dovednosti, zpomalený pohyb

Související faktory:

intolerance aktivity, změněný metabolismus, kontraktury, snížená vytrvalost, snížené svalové síly, ztuhlost kloubů

Cíle:

Pacientka zahájí nácvik správného užívání pomocných prostředků ke zlepšení její celkové pohyblivosti do 3 dnů od zahájení hospitalizace.

Intervence:

Aktivizuj pacientku v oblasti denních činností od zahájení léčebné hospitalizace.

Po domluvě s fyzioterapeutem prováděj nácvik chůze bez kompenzační pomůcky na krátkou vzdálenost.

Dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí odstraněním překážek a prevencí pádů.

Realizace:

Pacientka absolvovala denně rehabilitační cvičení, kde docházelo k procvičování jemné a hrubé motoriky pravé ruky a nácviku chůze ve vysokém chodítku. Na kratší vzdálenost docházelo k nácviku chůze bez kompenzační pomůcky. Během dne ošetrovatelský personál pacientku aktivizoval v denních činnostech. Dle potřeby byly odstraněny překážky z prostředí.

Zhodnocení:

Pacientka nezapojuje PHK do denních činností. Pacientka není schopná chůze bez kompenzační pomůcky. Ve vysokém chodítku ujde 2 metry. Stabilita chůze není jistá. Cíl nesplněn.

<u>Deficit sebedpěče při koupání (00108)</u>
<u>Doména 4:</u> Aktivita/odpočinek
<u>Třída 5:</u> Aktivita/cvičení
<u>Definice:</u> Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.
<u>Určující znaky:</u> neschopnost dostat se do koupelny/sprchy
<u>Související faktory:</u> bolest, úzkost, strach, pocit studu při přítomnosti druhé osoby
<u>Cíle:</u> Pacientka se zapojí do celkové hygieny těla na úrovni svých schopností s dohledem ošetrovatelského personálu do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace. Pacientka rozpozná svoje individuální slabiny a potřeby v dané oblasti do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace.
<u>Intervence:</u> Zajisti doprovod pacientce do koupelny každý den od začátku léčebné rehabilitace. Zajisti dohled nad pacientkou při celkové koupeli dle jejího zdravotního stavu. Dopomož pacientce s umytím a osušením horní levé poloviny těla. Zajisti, aby měla pacientka hygienické potřeby na dosah ruky.
<u>Realizace:</u> Každý den v ranních hodinách doprovodí ošetrovatelský personál pacientku do koupelny a zajistí, aby měla pacientka k ruce své hygienické potřeby. Pacientka následně provede pod dohledem ošetrovatelského personálu celkovou koupel.
<u>Zhodnocení:</u> Pacientka prováděla celkovou koupel denně za doprovodu a dohledu ošetrovatelského personálu, po celou dobu hospitalizace. Cíl splněn.

<u>Riziko pádů (00155)</u>
<u>Doména 11:</u> Bezpečnost/ ochrana
<u>Třída 2:</u> Fyzické poškození
<u>Definice:</u> Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.
<u>Rizikové faktory:</u> Používání dvou francouzských holí, užívání antihypertenziv, věk nad 65 let, zhoršená chůze

<p><u>Cíle:</u></p> <p>U pacientky začne být prováděn nácvik chůze do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace. Pacientka se začne učit správnému nácviku používání kompenzačních pomůcek do 3 dnů od zahájení léčebné rehabilitace.</p>
<p><u>Intervence:</u></p> <p>Zajisti doprovod pacientce od zahájení léčebné hospitalizace.</p> <p>Prováděj nácvik správného stereotypu chůze o dvou francouzských holích.</p> <p>Dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádů.</p> <p>Edukuj pacientku o vhodné obuvi.</p>
<p><u>Realizace:</u></p> <p>Pacientka absolvovala denně rehabilitační cvičení, kde se učila správnému nácviku chůze s kompenzační pomůckou. Pacientce byl zajištěn doprovod od zahájení léčebné hospitalizace. Pacientka byla při přijetí edukována o vhodné obuvi. V případě potřeby byly odstraněny překážky a bylo zajištěno bezpečné prostředí.</p>
<p><u>Zhodnocení:</u></p> <p>U pacientky byl prováděn denně nácvik chůze a do konce hospitalizace nedošlo k pádu. Cíl splněn.</p>

<p><u>Snaha zlepšit sebeděči (00182)</u></p>
<p><u>Doména 11:</u> Aktivita/odpočinek</p>
<p><u>Třída 2:</u> Sebeděče</p>
<p><u>Definice:</u> Vzorec provádění aktivit, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.</p>
<p><u>Určující znaky:</u></p> <p>vyjadřuje touhu zlepšit sebeděči, vyjadřuje touhu zlepšit zodpovědnost při sebeděči</p>
<p><u>Cíle:</u></p> <p>Pacientka zahájí nácvik osvojování správné techniky, jak si umýt horní a dolní polovinu těla s možností dopomoci ošetřovatelského personálu do 2 dnů od zahájení léčebné hospitalizace. Pacientka se aktivně zapojí do sebeobsluhy v denních činnostech do 3 dnů od zahájení léčebné rehabilitace.</p> <p>Pacientka se pokusí každý den zapojovat postiženou končetinu do denních aktivit.</p>

Intervence:

Pacientka bude v rámci rehabilitace provádět nácvik sebeobsluhy v denních činnostech.

Aktivizuj pacientku v oblasti denních činností od zahájení léčebné hospitalizace.

Vybízej pacientku, aby se snažil zapojit i postiženou končetinu do sebeobsluhy v denní činnostech.

Realizace:

Pacientka se aktivně podílela na aktivizaci sebeobsluhy v oblasti denních činností.

Nedokázala zapojit postiženou končetinu do každodenních všedních aktivit.

Zhodnocení:

Během hospitalizace nedošlo k posílení soběstačnosti pacientky. Pacientka nezapojuje postiženou končetinu do denních činností. Cíl nesplněn.

7 Kazuistika číslo 3

Paní S.Z. (89 let)

<u>Hlavní lékařská diagnóza:</u>	Mozkový infarkt způsobený trombózou mozkových tepen			
<u>Vedlejší diagnózy:</u>	Arteriální hypertenze Diabetes mellitus na perorálních antidiabetících (PAD)			
<u>Farmakologická léčba:</u>	<table border="1"> <tr> <td>Prestance 10 mg/10 mg 1-0-0 (antihypertenzivum)</td> </tr> <tr> <td>Oltar 6 mg 1-0-0 (perorální antidiabetikum)</td> </tr> <tr> <td>Glucophage XR 750 mg 1-0-1 (perorální antidiabetikum)</td> </tr> </table>	Prestance 10 mg/10 mg 1-0-0 (antihypertenzivum)	Oltar 6 mg 1-0-0 (perorální antidiabetikum)	Glucophage XR 750 mg 1-0-1 (perorální antidiabetikum)
Prestance 10 mg/10 mg 1-0-0 (antihypertenzivum)				
Oltar 6 mg 1-0-0 (perorální antidiabetikum)				
Glucophage XR 750 mg 1-0-1 (perorální antidiabetikum)				

<u>Fyzikální vyšetření sestrou</u>	
Celkový vzhled:	Čistá, upravená
Stav vědomí:	Při vědomí, orientovaná, spolupracuje
Výška:	170 cm
Váha:	97 kg
BMI:	33,6
Krevní tlak:	157/88 mmHg
Pulz:	89, hmatný, pravidelný
SpO2:	97 %
Dech:	16 dechů / min., eupnoe
Tělesná teplota:	35,5 °C
Postoj:	Široká báze s tahem doprava
Schopnost komunikace:	Lehká dysartrie
Chůze:	Široká báze s tahem doprava
Stisk ruky:	Lehké oslabení
Zrak:	Bez potíží
Nos:	Bez sekrece
Dutina ústní, chrup:	Snímatelná umělá zubní náhrada

Stav kůže:	Bez defektů, kožní turgor v normě
Alergie:	Ampicilin

Testy, škály:	
Riziko dekubitů dle Nortonové:	29 bodů - riziko nehrozí
Barthelův test:	80 bodů - lehká závislost
GSC:	15 bodů
Hodnocení vzniku rizika pádu:	3 body – střední riziko pádu
Úroveň soběstačnosti dle Gordonové:	Najíst se – 1, umýt se – 1, obléci se – 1, chůze – 1

7.1 Průběh hospitalizace

1.den: Pacientka byla přijata na Neurologické oddělení. Byla přivezena na sedačce s doprovodem rodinného příslušníka. Byly provedeny standartní vstupní odběry krve (krevní obraz, krevní srážlivost, biochemie). Pacientka byla uložena na pokoj, edukována o režimu oddělení a následně seznámena s prostředím. Lůžko pacientky bylo zabezpečeno postranicemi pro prevenci rizika pádu a byla poučena o signalizačním zařízení. Byla odebrána sesterská příjmová anamnéza. Změřeny fyziologické funkce. Jako prevence tromboembolické nemoci byly pacientce namotány bandáže na dolní končetiny. Následně byla provedena vstupní kontrola vnesených léků. Standartní příjem lékařem a následný rozpis rehabilitačního (RHB) plánu pro pacienta. Pacientka zvládne chůzi na WC o 1FH s doprovodem. Tekutiny aktivně nabízeny. Pacientka zařazena do ošetrovatelské kategorie číslo 3 – lehká závislost. Dieta číslo 9 / 250 g + pol. Spolupracuje s ošetrovatelským personálem, je orientovaná časem i místem. Pacientka je plačtivá a úzkostná. Na základě doporučení od diabetologa byla upravena léčba diabetu, zacvičuje se v aplikaci inzulínu. Přetrvává lehká faciobrachiální hemiparéza. Řeč je obtížná, ale ošetrovatelského personálu rozumí. Nastavena EKG bedside monitorace. Zajištění PŽK. Byl proveden sběr informací dle Marjory Gordonové. Medikace podána dle denního rozpisu.

2.den: Pacientka je zvyklá vstávat brzo, cítí se odpočatá. I dnes je plačtivá. Ranní hygienu zvládla s malou dopomocí. S kompenzačními pomůckami zvládne dojít do jídelny na snídani. Po snídani začíná pacientka s RHB plánem. Dle ordinace lékaře byla pacientce naordinována ergoterapie, kde bude docházet k procvičování hrubé a jemné motoriky PHK, nácvik správné

chůze ve vysokém chodítku a následná logopedie. Pacientka je spokojená, neudává žádné obtíže. Dnes pacientku navštívila rodina. Medikace podána dle denního rozpisu.

3.den: Pacientka je dnes v dobré náladě. Psychicky se cítí dobře. Chůzi ve vysokém chodítku zvládá dobře. V rámci RHB upevňuje nácvik a správný stereotyp chůze o 1FH. Odpoledne procvičovala logopedii. V rámci ergoterapie se učí správné zacházení s postiženou HK. Učí se správně končetinu uchopit, vytáčet do zevní rotace a supinace.

4.den: Pacientka zvládá dojít po ranní hygieně sama pomocí vysokého chodítka na snídani. Dnes opět procvičuje nácvik chůze o 1FH. Denní činnosti zvládá samostatně, občas potřebuje dopomoc od ošetrovatelského personálu. Pacientka spolupracuje. Jiné potíže neudává.

5.den: Na pacientku je nutno dohlížet při celkové koupeli. Cítí se dobře. Nepociťuje žádné akutní obtíže. Snaží se být samostatná. Chůzi o 1FH zvládá, ujde 200 metrů. Dnes následuje překlad pacientky na standardní neurologické oddělení pro pokračování v aktuální léčbě a intenzivní rehabilitaci. Hospitalizace ukončena.

7.2 Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání zdraví:

Pacientka chodí pravidelně na lékařské prohlídky. Je to nekuřačka, alkohol pije pouze příležitostně. Pravidelně chodila na procházky se sousedkou. Žila aktivní život. Nyní si je vědoma toho, že se její styl života změnil a že nebude moct dělat věci jako dříve.

Výživa, metabolismus:

Pacientka je zvyklá stravovat se v pravidelných intervalech. Jí 3krát denně. Má rada sladké dorty a také rozpustnou kávu. Léčbu Diabetu mellitu dost podceňuje. Obědy si doposud zvládla doma uvařit sama, občas jí uvařila dcera. Během dne vypije 1,5 litru čisté vody.

Vylučování:

Pacientka močí bez problému, asi 5x denně. Pálení či řezání neudává. S vyprazdňováním stolice má občas problém. Stolicí vylučuje jedenkrát za 3 dny. Zácpou trpí.

Aktivita a cvičení:

Pacientka využívá opory jedné francouzské hole. Ve volném čase ráda čte časopisy. Nyní je třeba dopomoc při běžných činnostech, jinak je soběstačná. S manželem se starají o malou zahrádku. Cítí, že jejich fyzické síly nejsou tak dobré, jako dřív a zvažují prodej domku. Nyní je ve starobním důchodu, dříve pracovala jako pokladní.

Spánek a odpočinek:

Pacientka nemá výrazné problémy se spánkem. Usíná celkem bez potíží. Je zvyklá usínat s otevřeným oknem. Neužívá léky na spaní.

Vnímání a poznávání:

Pacientka nenosí brýle. Se sluchem potíže nemá, slyší dobře. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Výpadky paměti nemá. Manžel ale udává, že občas mluvila zmateně. Ráda čte časopisy a kouká na televizi.

Sebepojetí a sebeúcta:

Pacientka je hodně plačtivá a úzkostná. Není se svým životem moc spokojena. Uvědomuje si svůj zdravotní stav. Začala trpět úzkostí.

Plnění rolí a mezilidské vztahy:

Pacientka žije s manželem v rodinném domku se zahrádkou. Má dceru, která za nimi dochází se svojí rodinou na návštěvu. Poslední dobou pociťují finanční potíže.

Sexualita a reprodukční schopnost:

Pacientka má jednu dceru. Je vdaná.

Stres a zátěžové situace, jejich zvládnutí a tolerance:

Pacientka je často ve stresu. Je hodně negativní. Velkou oporou jí je manžel a neumí si bez něho představit život.

Víra a přesvědčení:

Pacientka není věřící. Nevěří, že se její zdravotní stav zlepší, ale doufá, že bude ještě dlouho žít.

Jiné:

Jiné problémy pacientka nezmínila.

7.3 Zvažované ošetrovatelské diagnózy:

Riziko zácpy (00015)
Úzkost (00146)
Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
Deficit sebeděče při koupání (00108)
Deficit sebeděče při stravování (00102)
Riziko pádů (00155)
Snaha zlepšit sebeděči (00182)

7.3.1 Plán ošetrovatelské péče:

<u>Riziko zácpy (00015)</u>
<u>Doména 3:</u> Vylučování a výměna
<u>Třída 2:</u> Funkce gastrointestinálního systému
<u>Definice:</u> Náchylnost ke snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížnými nebo nekompletním odchodem stolice, což může vést k oslabení zdraví.
<u>Určující znaky:</u> bolest při defekaci, prodloužené tlačení, abdominální distenze, ztuhnutí stolice
<u>Související faktory:</u> vysoký obsah bílkoviny ve stravě, dehydratace, cévní mozková příhoda, nedostatečný příjem vlákniny
<u>Cíle:</u> Pacientka se bude vyprazdňovat pravidelně, frekvence a konzistence je v mezích normy. U pacientky nedojde k zácpě od zahájení léčebné hospitalizace.
<u>Intervence:</u>

<p>Prober s pacientkou obvyklý způsob vyprazdňování.</p> <p>Zhodnot' vliv současného příjmu potravy a tekutin na funkci střev.</p> <p>Věnuj pozornost barvě, zápachu, konzistenci, množství i četosti vyprazdňování stolice.</p>
<p><u>Realizace:</u></p> <p>U pacientky bylo dbáno na dostatek soukromí a na pravidelnou dobu pro defekaci. Byla zajištěna dostatečná hygiena po vyprázdnění a také ošetření konečníku při podráždění zvláčňujícími krémy. Pacientka byla edukována o přiměřeném příjmu tekutin a bylo jí doporučeno pít teplých stimulačních nápojů ke zvlhčení a změkčení stolice.</p>
<p><u>Zhodnocení:</u></p> <p>U pacientky nedošlo k zácpě od 1 dne zahájení léčebné hospitalizace. Stolice byla pravidelná. Cíl splněn.</p>

<p><u>Úzkost (00146)</u></p>
<p><u>Doména 9:</u> Zvládání / tolerance zátěže</p>
<p><u>Třída 2:</u> Reakce na zvládání zátěže</p>
<p><u>Definice:</u> Vágní nelehký pocit diskomfortu nebo děsu provázený autonomní reakcí (zdroj často nespecifický nebo neznámý dané osobě), pocit obav způsobený očekáváním nebezpečí. Je to výstražný signál, který varuje před hrozícím nebezpečím a umožňuje dané osobě přijmout opatření, aby hrozně čelila.</p>
<p><u>Určující znaky:</u></p> <p>snížená produktivita, napětí v obličeji, roztřesenost, chvění hlasu, podrážděnost</p>
<p><u>Související faktory:</u></p> <p>konflikt ohledně životních cílů, dědičnost, nespokojené hodnoty, stresory, situační krize</p>
<p><u>Cíle:</u></p> <p>Pacientka dokáže vyjádřit své pocity úzkosti do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace.</p> <p>Pacientka zahájí nácvik správných postupů v prevenci vzniku úzkosti do 2 dnů od zahájení léčebné hospitalizace.</p> <p>Pacientka zvládne správně problémy a efektivně využívá všechny druhy pomoci a podpory.</p>
<p><u>Intervence:</u></p> <p>Zjisti od pacienta i rodinných příslušníků možné příčiny úzkosti.</p> <p>Zjisti stupeň úzkosti (mírná, střední, silná).</p> <p>Sleduj u pacienta projevy úzkosti.</p>

<p><u>Realizace:</u></p> <p>S pacientkou bylo mluveno od zahájení hospitalizace klidně, beze spěchu. Ke komunikaci se používaly krátké věty. Ošetrovatelský personál naslouchal pacientce se zájmem, úctou a respektem. Pacientka byla informována o léčebném postupu a o nutnosti její spolupráce. Pacientka byla seznámena s psychoterapeutickými technikami, které vedou ke snížení a zvládnutí úzkosti.</p>
<p><u>Zhodnocení:</u></p> <p>Po celou dobu hospitalizace dostala pacientka dostatek informací. U pacientky se snížila úzkost na únosnou míru převedením na konkrétní obavy. Umí rozlišit úzkost a konkrétní strach. Cíl splněn.</p>

<p><u>Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)</u></p>
<p><u>Doména 4: Aktivita/ odpočinek</u></p>
<p><u>Třída 2: Aktivita/ cvičení</u></p>
<p><u>Definice:</u> Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.</p>
<p><u>Určující znaky:</u></p> <p>změna chůze, zhoršené provádění jemných motorických dovedností, omezený rozsah pohybu</p>
<p><u>Související faktory:</u></p> <p>intolerance aktivity, snížená vytrvalost, úbytek svalové hmoty, úzkost</p>
<p><u>Cíle:</u></p> <p>Pacientka zahájí nácvik správného užívání pomocných prostředků ke zlepšení jeho celkové pohyblivosti do 3 dnů od zahájení hospitalizace.</p>
<p><u>Intervence:</u></p> <p>Aktivizuj pacientku v oblasti denních činností od zahájení léčebné hospitalizace.</p> <p>Po domluvě s fyzioterapeutem prováděj nácvik chůze bez kompenzační pomůcky na krátkou vzdálenost.</p> <p>Dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí odstraněním překážek a prevencí pádů.</p>
<p><u>Realizace:</u></p> <p>Pacientka denně absolvovala rehabilitační cvičení, kde docházelo k procvičování jemné a hrubé motoriky pravé ruky a nácviku chůze ve vysokém chodítku. Na kratší vzdálenost docházelo k nácviku chůze od 1FH. Během dne ošetrovatelský personál pacientku aktivizoval v denních činnostech. Dle potřeby byly odstraněny překážky z prostředí.</p>

Zhodnocení:

Hybnost PHK se zlepšuje, pacientka se snaží zapojit tuto končetinu do denních činností. Pacient ujde s kompenzačními pomůckami 25 metrů. Stabilita chůze je jistější. Cíl splněn.

Deficit sebeděči při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/ odpočinek

Třída 5: Aktivita/cvičení

Definice: Porucha schopnosti provádět nebo dokončit osobní hygienu a samostatně vykoupat.

Určující znaky:

Neschopnost umýt si jednotlivé části těla

Související faktory:

bolest, úzkost, strach, pocit studu při přítomnost druhé osoby

Cíle:

Pacientka se zapojí do celkové hygieny těla na úrovni svých schopností s dohledem ošetrovatelského personálu do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace.

Pacientka rozpozná svoje individuální slabiny a potřeby v dané oblasti do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace.

Intervence:

Zajisti doprovod pacientce do koupelny každý den od začátku léčebné rehabilitace.

Zajisti dohled nad pacientkou při celkové koupeli dle jejího zdravotního stavu.

Dopomož pacientce s umytím a osušením horní levé poloviny těla.

Zajisti, aby měla pacientka hygienické potřeby na dosah ruky.

Realizace:

Každý den v ranních hodinách doprovodí ošetrovatelský personál pacientku do koupelny a zajistí, aby měla pacientka k ruce své hygienické potřeby. Pacientka následně provede pod dohledem ošetrovatelského personálu celkovou koupel.

Zhodnocení:

Pacientka prováděla celkovou koupel denně za doprovodu a dohledu ošetrovatelského personálu, po celou dobu hospitalizace. Cíl splněn.

<u>Deficit sebeděči při stravování (00102)</u>
<u>Doména 4:</u> Aktivita/ odpočinek
<u>Třída 5:</u> Sebeděče
<u>Definice:</u> Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.
<u>Určující znaky:</u> neschopnost připravit jídlo ke konzumaci, neschopnost poradit si s vybavením kuchyně, neschopnost otevírat nádoby/obaly, plastové misky
<u>Související faktory:</u> úzkost, snížená motivace, diskomfort, překážky v prostředí, neuromuskulární poškození
<u>Cíle:</u> Pacientka bude mít připravené jídlo ke konzumaci dle potřeby od zahájení hospitalizace.
<u>Intervence:</u> Promysli alternativní způsob krmení. Zajisti asistenční pomůcky ke stravování. Připrav pacientce jídlo ke konzumaci.
<u>Realizace:</u> Pacientce po dobu hospitalizace pomáhal ošetrovatelský personál se stravováním. Pacientka používala asistenční pomůcky ke stravování.
<u>Zhodnocení:</u> Pacientka je schopen otevřít nádoby a obaly, uchopit nádobí, hrnek, sklenici. Po celou dobu hospitalizace měla jídlo připravené ke konzumaci. Cíl splněn.

<u>Riziko pádů (00155)</u>
<u>Doména 11:</u> Bezpečnost/ ochrana
<u>Třída 2:</u> Fyzické poškození
<u>Definice:</u> Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.
<u>Rizikové faktory:</u> Používání dvou francouzských holí, užívání antihypertenziv, věk nad 65 let, zhoršená chůze
<u>Cíle:</u> U pacientky začne být prováděn nácvik chůze do 3 dnů od zahájení léčebné hospitalizace. Pacientka se začne učit správnému nácviku používání kompenzačních pomůcek do 3 dnů od zahájení léčebné rehabilitace.

<p><u>Intervence:</u></p> <p>Zajisti doprovod pacientce od zahájení léčebné hospitalizace.</p> <p>Prováděj nácvik správného stereotypu chůze o dvou francouzských holích.</p> <p>Dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádů.</p> <p>Edukuj pacientku o vhodné obuvi.</p>
<p><u>Realizace:</u></p> <p>Pacientka absolvovala denně rehabilitační cvičení, kde se učila správnému nácviku chůze s kompenzační pomůckou. Pacientce byl zajištěn doprovod po celou dobu hospitalizace.</p> <p>Pacientka byla při přijetí edukována o vhodné obuvi. V případě potřeby byly odstraněny překážky a bylo zajištěno bezpečné prostředí.</p>
<p><u>Zhodnocení:</u></p> <p>U pacientky byl prováděn denně nácvik chůze a během hospitalizace nedošlo k pádu. Cíl splněn.</p>

<p><u>Snaha zlepšit sebeděči (00182)</u></p>
<p><u>Doména 11:</u> Aktivita/odpočinek</p>
<p><u>Třída 2:</u> Sebeděče</p>
<p><u>Definice:</u> Vzorec provádění aktivit, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.</p>
<p><u>Určující znaky:</u></p> <p>vyjadřuje touhu zlepšit sebeděči, vyjadřuje touhu zlepšit zodpovědnost při sebeděči</p>
<p><u>Cíle:</u></p> <p>Pacientka zahájí nácvik osvojování správné techniky, jak si umýt horní a dolní polovinu těla s možností dopomoci ošetrovatelského personálu do 2 dnů od zahájení léčebné hospitalizace.</p> <p>Pacientka se aktivně zapojí do sebeobsluhy v denních činnostech do 3 dnů od zahájení léčebné rehabilitace.</p> <p>Pacient se pokusí každý den zapojovat postiženou končetinu do denních aktivit.</p>
<p><u>Intervence:</u></p> <p>Pacientka bude v rámci rehabilitace provádět nácvik sebeobsluhy v denních činnostech.</p> <p>Aktivizuj pacientku v oblasti denních činností od zahájení léčebné hospitalizace.</p> <p>Vybízej pacientku, aby se snažil zapojit i postiženou končetinu do sebeobsluhy v denních činnostech.</p>

Realizace:

Pacientka se aktivně podílela na aktivizaci sebeobsluhy v oblasti denních činností po celou dobu hospitalizace. Zapojovala postiženou končetinu do každodenních všedních činností.

Zhodnocení:

Během hospitalizace došlo k posílení soběstačnosti pacientky. Pacientka zapojuje postiženou končetinu do denních činností. Cíl splněn.

8 Diskuze

Praktická část zahrnuje stanovení průzkumného vzorku, metodiku a zpracování kazuistik. V diskuzi je podrobně popsáno vyhodnocení stanovených cílů průzkumu. K rovnání jsem si vybrala bakalářské práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s CMP, 2015, Valentová Kateřina a Mapa ošetrovatelské péče o pacienta s Ischemickou cévní mozkovou příhodou, 2012, Šedová Romana. Dále je zmíněna diplomová práce Užití teorie deficitu sebeděče klienta CMP, 2015, Bc. Paulíková Martina a odborný článek Komplikace ischemické cévní mozkové příhody, 2011, doc. MUDr. Eduard Ehler, CSc. U všech respondentů byla sledována naordinovaná léčba, léčebná rehabilitace, ošetrovatelská péče a celkový vývoj zdravotního stavu a soběstačnosti. Zmapováním výsledků jsem došla k závěru, že nejvíce se v mé práci vyskytují problémy týkající se zhoršené tělesné pohyblivosti a soběstačnosti pacienta, kdy dochází k ochrnutí jedné poloviny těla a ke spasticitě končetiny. Tuto diagnózu stanovily také Šedová (2012, s.67) i Valentová (2015, s.36) ve svých bakalářských pracích. Dle Ehlera (2011, s.129) je u malé části nemocných přítomna spasticita končetin již od vzniku CMP. Obtížnou rehabilitaci způsobují výraznější spasticity, které představují samostatný problém s rozvojem kontraktur postižených svalů (Ehler, 2011, s.129). U všech tří zmiňovaných respondentů v mé práci se objevil deficit sebeděče při koupání a stravování, který také zmiňuje i autorka Valentová (2015, s. 37) ve své bakalářské práci. Paulíková (2015, s.) ve své diplomové práci podotýká, že domácí prostředí více stimuluje a motivuje pacienta po CMP k rychlejšímu návratu sebeobsluhy. Dochází ke zlepšení celkového stavu a návrat sebeděče při denních činnostech byl rychlejší než ve vybraném zdravotnickém zařízení. Valentová (2015, s. 38) ve své práci uvádí únavu. Tato diagnóza nebyla v mé bakalářské práci stanovena. Zvýšená únava se u respondentů neobjevila a nebyl tedy důvod tuto diagnózu mezi ostatní zařadit. U respondentky číslo tři byla navíc stanovena diagnóza riziko úzkosti. Diagnózu úzkost stanovila i Šedová (2012, s.28) u úzkostného pacienta přijatého na oddělení. V odborném článku Ehlera (2011, s.128) byl zjištěn výskyt depresí a úzkosti v různých intervalech po cévní mozkové příhodě u 33 % postižených. Mnohdy je deprese i těžko diagnostikována z důvodu fatických poruch a kognitivních změn. U depresivních pacientů je také horší rehabilitace z důvodu nižší spolupráce a nastavení medikamentózní léčby. Léčba antidepresivy při cerebrovaskulárních onemocnění se stává velmi častou (Ehler, 2011, s.128-129). Druhým zjištěným problémem této respondentky bylo riziko zácpy z důvodu nedostatečné tělesné pohyblivosti. Tuto diagnózu nezmiňuje Valentová (2015) ani Šedová (2012) a v jejich pracích se nevyskytuje. Velkým rizikem po cévní mozkové příhodě z důvodu obtížné pohyblivosti je riziko pádu, které bylo zmapováno u všech 3

respondentů mé práce a také v bakalářské práci Valentové (2015, s.39) i Šedové (2012, s. 34). Pacienti byli dostatečně edukováni o případném riziku pádů a nedošlo tak k úrazu od 1. dne zahájení léčebné hospitalizace. U respondentky číslo dvě byla navíc ještě stanovena diagnóza zhoršená verbální komunikace. Tato diagnóza se objevila pouze u Šedové (2012, s. 65), Valentová (2015) tuto diagnózu nestanovila. Šedová (2012, s.57) zmiňuje riziko narušené integrity kůže. V mé bakalářské práci tato diagnóza stanovena nebyla z důvodu standardní každodenní péče o pokožku těla a zamezení tak případnému vzniku narušení integrity kůže a následně vzniku rizika infekce, kterou stanovila také Šedová (2012, s.54) ve své práci. U všech tří pacientů byla stanovena diagnóza snaha zlepšit sebepěči, kdy u respondentů denně docházelo k zahájení nácviku osvojování správné techniky sebepěče. Tuto diagnózu zmiňuje Valentová (2015, s. 39-40) i Šedová (2012, s.50-51). U všech tří respondentů byly stanoveny téměř totožné diagnózy.

9 Závěr

Teoretická část se zabývá cévní mozkovou příhodou, jejími typy, klinickými příznaky, rizikovými faktory, prevencí vzniku, diagnostikou, komplikacemi a dostupně možnou léčbou. Specifika ošetrovatelské péče u tohoto onemocnění jsou závěrečnou kapitolou teoretické části.

Praktická část je věnována kazuistikám 3 pacientů po ischemické cévní mozkové příhodě. Na základě zjištěných dostupných dat byl vypracován plán ošetrovatelské péče. Byl charakterizován na modelu ošetrovatelské péče Marjory Gordonové. Cílem bylo stanovení ošetrovatelských cílů, navržení ošetrovatelských intervencí, realizací a zhodnocení ošetrovatelské péče. U všech 3 pacientů byla nejčastěji stanovena diagnóza zhoršená tělesná pohyblivost a soběstačnost pacienta, která se objevila i ve zmíněných bakalářských pracích. Pacienti denně absolvovali rehabilitační cvičení, kde docházelo k procvičování jemné a hrubé motoriky, zahájení nácviku osvojování správné techniky sebedpěče a ke správnému nácviku chůze. Nedošlo u nich k riziku pádu. V mé práci byl také pacientům stanoven i deficit sebedpěče při koupání a stravování. U pacientů byla s doprovodem a dopomocí ošetrovatelského personálu prováděna celková hygiena těla. Při každodenní péči o pokožku nebyla narušena integrita kůže a nevzniklo tak riziko infekce. Nachystané jídlo ke konzumaci měli po celou dobu jejich hospitalizace. U pacientky v kazuistice číslo 3 byla navíc stanovena diagnóza úzkosti. Pacientka byla při příjmu plačtivá a úzkostná. Úzkost ustoupila do 3 dnů od zahájení léčebné rehabilitace. Objevilo se u ní i riziko zácpy. Pacientka se vyprazdňovala pravidelně a nedošlo k zácpě. V kazuistice číslo 2 byla stanovena diagnóza zhoršená verbální komunikace z důvodu dysartrie. U pacientky byl zahájen trénink komunikačních schopností od 1 dne hospitalizace.

V kazuistice číslo 1 se u pacienta podařilo všechny předem zvolené cíle splnit. Pacient byl na iktové jednotce hospitalizovaný 4 dny. Od zahájení léčebné rehabilitace byl denně aktivizován v denních činnostech. Stabilita chůze se stala jistější. Během hospitalizace došlo k posílení soběstačnosti.

U pacientky v kazuistice číslo 2 nebyly splněny veškeré zvolené ošetrovatelské cíle. Pacientka byla na iktové jednotce hospitalizovaná 5 dní. Během hospitalizace nedošlo ke zlepšení verbální komunikace a artikulace byla stále obtížná. Denně absolvovala rehabilitační cvičení, kde nebyla schopna zapojit postiženou PHK do denních činností a chůze se stala také velmi obtížnou. U pacientky nedošlo k posílení její soběstačnosti.

Pacientka v kazuistice číslo 3 byla na iktové jednotce hospitalizovaná 5 dní. S pacientkou bylo mluveno klidně a beze spěchu, snížilo se tak riziko úzkosti. Denně rehabilitovala a zapojovala postižené končetiny do denních činností. Zvládne chůzi o 1FH. Soběstačnost pacientky se výrazně zlepšila. Veškeré stanovené cíle byly splněny.

Kvalitativním šetřením bylo zjištěno, že pacienti po CMP potřebují dopomoc především v oblasti mobility se zaměřením na léčebnou rehabilitační péči, dopomoc při stravování a hygieně. Pozornost by měla být věnována i problematice v komunikování, kdy je nutné zajistit logopedickou péči.

Výstupem mé bakalářské práce je plán ošetrovatelské péče s důrazem na nejčastější ošetrovatelské diagnózy a informační letáky o cévní mozkové příhodě a možnosti rehabilitační péče, který je uveden v příloze. Výsledky této práce mohou přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o klienty po CMP. Informační letáky jsou vhodné pro pacienty, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, k získání základních informací do jejich podvědomí o tomto onemocnění. Ačkoliv se cévní mozková příhoda řadí mezi civilizační nemoci, je stále velmi podceňována. Veřejnosti nejsou příliš známé příznaky této nemoci, nedokáží je rozpoznat a následně na ně včas reagovat. Je tedy nutné, aby se dostalo toto onemocnění lidem více do jejich podvědomí. Ať už formou informačních letáčků nebo přímo organizací akcí o cévní mozkové příhodě pro širokou veřejnost. Výstup této bakalářské práce může zlepšit informovanost pacientů po prodělané CMP, ale i jejich rodin o možnostech následné péče díky zpracovanému informačnímu materiálu ve formě letáku.

Seznam použité literatury

1. AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. ISBN 80-7254-556-6.
2. BRAININ, Michael a HEISS, Walter Dieter. *Textbook of stroke medicine*. Cambridge: Cambridge University press. 2014. ISBN 978-1107047495.
3. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Praha: Grada, 2011. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2334-1.
4. HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2014. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-373-2.
5. HUTYRA, Martin. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3816-1.
6. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta, 2010. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2093-0.
7. KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3.
8. KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.
9. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
10. NANDA International, *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, 550 s. ISBN 978-802-4743-288.
11. PAULÍKOVÁ, Martina. *Užití teorie deficitu sebepěče klienta CMP: diplomová práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2015, 137 s. Vedoucí diplomové práce: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.
12. POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-667-4.
13. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.

14. RŮŽIČKA, Evžen, Karel ŠONKA, Petr MARUSIČ a Robert RUSINA. *Neurologie*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-681-5.
15. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.
16. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.
17. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
18. ŠEDOVÁ, Romana. *Mapa ošetrovatelské péče o pacienta s Ischemickou cévní mozkovou příhodou: bakalářská práce*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství, 2012. 65 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Markéta Paprštejnová
19. ŠKOLOUDÍK, David a Daniel ŠAŇÁK. *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-360-2.
20. TOBOLÍKOVÁ, Pavla. *Důsledky mozkové příhody a její vliv na kvalitu života: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální a inkluzivní pedagogiky, 2019. 87 s. Vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Mgr. Dagmar Opatřilová, Ph.D.
21. TOMEK, Aleš. *Neurointenzivní péče*. Třetí, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5119-4.
22. TRACHTOVÁ, Eva a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2
23. TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.
24. VALENTOVÁ, Kateřina. *Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou: bakalářská práce*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství, 2015. 72 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Hana Ochtinská

Seznam internetových zdrojů

25. BAUER, Jiří. Antikoagulační terapie v prevenci a léčbě ischemických iktů. *Cesk Slov Neurol N* [online]. 2010, 73/106 (5), 480-491. [cit.2020-07-02]. Dostupné na WWW:

- <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2010-5/antikoagulacni-terapie-v-prevenci-a-lecbe-ischemickyh-iktu-33940/download?hl=cs>
26. BAUER, Jiří. Léčba ischemické cévní mozkové příhody. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2010, 12(9), 441-444. [cit.2020-05-26]. Dostupné na WWW: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2010/09/12.pdf>
27. COUFALOVÁ, Renáta. Cévní mozková příhoda zamyká ústa. Klíčem je správná terapie. *Český rozhlas- Pardubice*. [online]. 2015, [cit.2020-07-09]. Dostupné na WWW: <https://pardubice.rozhlas.cz/cevni-mozkova-prihoda-zamyka-usta-klicem-je-spravna-terapie-6032145>
28. EHLER, Eduard a kol. Komplikace ischemické cévní mozkové příhody. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, 12(2), 125-130. [cit.2020-07-02]. Dostupné na WWW: <http://www.solen.sk/pdf/a1f4cd211db6db6f9a7d5989feacaf3f.pdf>
29. NEUMANN, Jiří a kol. Doporučený postup pro intravenózní trombolýzu v léčbě akutního mozkového infarktu. *Cesk Slov Neurol N* [online]. 2014, 77/110(3), 381-385 [cit. 2020-05-26]. Dostupné na WWW: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-3-11/doporuceny-postup-pro-intravenozni-trombolyzu-v-lecbe-akutniho-mozkoveho-infarktu-verze-2014-48660/download?hl=cs>
30. VOJTOVÁ, Markéta. *Cévní mozková příhoda*. [online]. [cit. 2020-06-17]. Dostupné na WWW: https://drive.google.com/file/d/1QGvBovTbX1o_hSExLVBQvrtFcpzGwN3s/view

Seznam použitých zkratek

- ADL - activities of daily living – hodnocení soběstačnosti
- ACM - arteria cerebri media
- ATB - antibiotika
- CMP – cévní mozková příhoda
- CTA- computer tomography - angiografie
- CT – computer tomography
- EKG - elektrokardiografie
- FH - francouzské hole
- GSC - hodnotící škála poruchy vědomí (Glasgow Coma Scale)
- IC - iktové centrum
- iCMP - ischemická cévní mozková příhoda
- IKTA – národní registr cévních mozkových příhod
- JIP – jednotka intenzivní péče
- KCC - komplexní cerebrovaskulární centrum
- MRI - nukleární magnetická rezonance
- NAPŘ - například
- NGS – nazogastrická sonda
- PAD – perorální antidiabetikum
- PDK – pravá dolní končetina
- PEG- perkutánní endoskopická gastrostomie
- PHK – pravá horní končetina
- PMK – permanentní močový katetr

PŽK - periferní žilní katetr

RHB - rehabilitace

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TK - tlak krevní

TZV – takzvaně

WHO- Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Kazuistiky číslo 4-10

Příloha B – Ošetřovatelská dokumentace

Příloha C – Barthelův test základních všedních dovedností

Příloha D – Klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle Marjory Gordonové

Příloha E – Informační leták o Cévní mozkové příhodě

Příloha F – Informační leták Léčebná rehabilitace

Příloha A: Kazuistiky číslo 1-10

9.1 KAZUISTIKA ČÍSLO 1

Pan R.J. (85 let) po ischemické CMP v roce 2016 s lehkou reziduální pravostrannou hemiparézou byl přijat pro ischemický iktus s manifestními alodynii levé poloviny těla. Na vstupním EKG sinusový rytmus a patrná fibrilace síní. Nativní CT mozku bez detekce čerstvé léze. Zobrazení UZ karotid bez okluze a stenóz. Pacient je bdělý a plně orientovaný. Řeč plynulá. Udává občasné motání hlavy. Alergie na pyly a trávy, Penicilin, Salicyláty. Léčí se s ischemickou chorobou srdeční, arteriální hypertenzí a fibrilací síní. Prodělal benigní hyperplazii prostaty. Dříve pracoval jako řidič nákladního vozu, nyní je starobní důchodce. Bydlí sám v bytě s možností výtahu. Denně k němu chodí pečovatelská služba.

9.2 KAZUISTIKA ČÍSLO 2

Paní S.L. (75 let) s opakovanými CMP v levém povodí s reziduální lehkou pravostrannou hemiparézou PHK, s poruchou řeči akutně přijata na iktové oddělení pro akutní ischemii v povodí pravé arterie cerebri media (ACM). Vyšetření CT bez známek dokonané ischemie. Byly provedeny odběry krve na krevní obraz a krevní srážlivost. Zhotoveno vstupní EKG. Lehce pokleslý koutek vlevo. Pacientka při vědomí, orientovaná časem i místem. Porucha řeči, pacientka nedokáže vyjádřit přesná slova. Ne vždy dokáže porozumět otázce. Léčí se s arteriální hypertenzí II.stupně. Alergie prach, pyl. Otec i matka zemřeli v 80 letech stáří. Pacientka má 7 sourozenců. Pracovala jako skladnice, nyní ve starobním důchodu. Bydlí s manželem v bytě bez možnosti výtahu. Má dvě zdravé děti.

9.3 KAZUISTIKA ČÍSLO 3

Paní S.Z. (89 let) vaskulárně riziková žena přijata na iktové oddělení pro akutní ischemii v zadní mozkové cirkulaci. Pacientka má manifestní lehkou pravostrannou hemiparézu s dystaxií a centrální lézi nervu facialis. Je známa lehká dysartrie. Pacientce bylo provedeno nativní CT mozku, kde byly zjištěny krátké a hemodynamicky nevýznamné stenózy, dále bez čerstvých změn. Vyšetření bylo doplněno magnetickou rezonancí, která ukázala akutní ischemii vlevo. Pacientka zvládá chůzi s dopomocí. Je nastavena EKG monitorace a dále RHB terapie s ergoterapií po celou dobu hospitalizace. Alergie na Ampicilin. Léčí se s arteriální hypertenzí,

dyslipidemií a diabetem mellitem na PAD + nově inzulinoterapie. Žije s manželem v rodinném domě. Nyní je ve starobním důchodu, dříve pracovala jako pokladní. Má jedno dítě- dceru.

9.4 KAZUISTIKA ČÍSLO 4

Paní M.M. (79 let) přijata na oddělení Neurologie pro přechodnou dysarthrii s poklesem pravého ústního koutku trvající déle než 1 hodinu. Příznaky provázeny bolestí hlavy. Užívá lék Warfarin (antiagregancium) pro mechanickou náhradu mitrální chlopně. Na nativním CT mozku přiměřený nález, bez hemoragie. UZ magistrálních tepen bez významné stenózy. Kontrola koagulačních faktorů a následná dispenzarizace antikoagulační léčby. Pacientka je vdaná, bydlí s manželem v rodinném domě. V domácím prostředí má delirantní stavy. Dle informací od manžela bývá zmatená hlavně v noci. Pacientka má alergie na Biseptol a Framykoin. Prodělala operaci strumy v roce 2006 a nyní je na hormonální substituci. Léčí se s arteriální hypertenzí a astmatem. Matka zemřela ve 40 letech pro nedomykavost mitrální chlopně a otec v 70 letech na ischemickou chorobu srdeční. Pacientka je nyní ve starobním důchodu, dříve pracovala jako vedoucí prodejny. Má dvě děti.

9.5 KAZUISTIKA ČÍSLO 5

Paní Z.L. (73 let) akutně přijata na Neurologické oddělení pro intracerebrální hemoragii v levé mozečkové hemisféře o velikosti do 5 mm dle vyšetření CT. Pacientka vyšetřena na chirurgickém oddělení urgentní medicíny pro synkopu. Na RTG je vidět nález zlomeniny sternu. Pro pád na hlavu provedeno nativní CT mozku, kde je nález malého hemoragického ložiska. Pacientka bdělá, orientovaná a bez dysartrie a udává pouze bolesti hlavy. Jiné potíže neudává. Má alergie na Nitrofurantoin, olši a břízu. Léčí se s arteriální hypertenzí a dyslipidemií. Matka zemřela v 68 letech na rakovinu dělohy, otec v 64 letech tragicky a jedna z tří dcer zemřela náhle v 35 letech. Žije s manželem v bytě. Pacientka nekouří a alkohol pije příležitostně. Nyní v důchodu, dříve pracovala jako učitelka na ZŠ. Má 2 děti.

9.6 KAZUISTIKA ČÍSLO 6

Paní H.B. (87 let) hospitalizována na interním oddělení pro dekompenzaci kardiální insuficience. Byla nalezena ošetřujícím personálem nekomunikující s těžkou pravostrannou hemiparézou a akutně přeložena na Neurologické oddělení. Indikace k podání Actylise. Nativní

CT mozku popsána subakutní ischemie. Na vazografii zobrazen uzávěr M2 úseku arteria cerebri media a následně provedena úspěšná rekanalizace pomocí retrahovatelného stentu. Přijata na JIP a po stabilizaci zdravotního stavu přeložena na standartní neurologické oddělení. Bylo provedeno dočasné zavedení nazogastrické sondy pro výživu. Pacientka se léčí s arteriální hypertenzí, chronickou renální insuficiencí, fibrilací síní a kardiální dekompenzací pro dysfunkci levé komory. Matka i otec zemřeli v 76 letech na cévní mozkovou příhodu. Žije v domě s pečovatelskou službou. Je vdova. Má 5 dětí. Nyní je ve starobním důchodu. Dříve pracovala jako švadlena.

9.7 KAZUISTIKA ČÍSLO 7

Pan S.F. (84 let) přijat na Neurologickou JIP pro centrální paréza nervus facialis doleva, středně těžkou dysartrií a lehkou parézou PHK. Nativní CT mozku bez čerstvých ložiskových změn. CT angiografie prokazuje 80 % stenózu. Na EKG patrná fibrilace síní. Pacient má přechodné delirium s nutností tlumení pro riziko sebepoškození. Kultivačně byl prokázán Staphylococcus Aureus výtěrem z laryngu. Nasazena ATB léčba. Alergie na náplast. Léčí se pro arteriální hypertenzi, fibrilaci síní a diabetes mellitus 2.typu na PAD. Bydlí sám v bytě. Základní péči o sebe zvládá sám. Denně za ním dochází dcera. Doma chůze v chodítku. Rodiče i bratr zemřel na CMP. Nyní je ve starobním důchodu. Dříve pracoval jako řidič z povolání.

9.8 KAZUISTIKA ČÍSLO 8

Paní Z.J. (79 let) přijata na neurologické oddělení pro hemoragii v oblasti mozkového kmene více vpravo, klinicky manifestní centrální levostrannou parézou včetně léze nervu facialis vlevo s dysartrií. CTA bez tepenné patologie v zadní cirkulaci. Vstupní odběry krve bez významné patologie. Zahájena logopedie pro dysartrií a rehabilitační léčba. V nočních hodinách se vyskytují stavy zmatenosti, bez psychomotorického neklidu. Alergie neguje. Léčí se pro dyslipidémii a pro thyreopatii na substituci. Žije s manželem v bytě. Denně vykouří 3-5 cigaret. Matka zemřela na CMP. Pacientka má 3 děti. Syn se léčí s arteriální hypertenzí.

9.9 KAZUISTIKA ČÍSLO 9

Paní V.B. (82 let) přijata pro ischemickou cévní mozkovou příhodu s manifestní globální afázií a těžkou pravostrannou hemiparézou s centrální lézí nervu facialis vpravo. Na CTA okluze M2

arteria cerebri media vlevo. Nativní CT vyšetření zobrazuje rozvíjející se ischemie. Na EKG patrná fibrilace síní. Provedena urgentní trombektomie. Stále přetrvává těžká expresivní fatická porucha a plegie pravostranných končetin se známkami spasticity. Afebrilní. Přijme pouze tekutou stravu s kašovitým přídatkem. Následně byla zavedena nazogastrická sonda pro výživu. Sledován příjem a výdej. Alergie na Cexuroxim. Léčí se s arteriální hypertenzí, fibrilací síní. Pravidelně hospitalizována na Psychiatrické klinice pro depresivní syndrom. Je úzkostná. Dysartrie přetrvává. Nyní je ve starobním důchodu. Žije s manželem a dcerou v rodinném domě.

9.10 KAZUISTIKA ČÍSLO 10

Paní V.J. (70 let) přijata na Neurologické oddělení pro ischemickou cévní mozkovou příhodu. Pacientka si na průběh příhody nepamatuje. Nekomunikující, těžká pravostranná hemiparéza. Na CT mozku zobrazena ischemie. Při příjmu byly provedeny odběry krve na krevní obraz a krevní srážlivost. Přetrvává dysartrie. Zahájena logopedie. Žije s manželem v bytě s možností výtahu. Doma chodila o 2 FH. Léčí se s arteriální hypertenzí. Alergie na Bisepol. Matka i otec zemřeli na CMP. Pacientka je úzkostná, plačtivá. Místem i časem orientovaná. Nekouří, alkohol pouze příležitostně. Má syna, který prodělal CMP a dcera je zdravá.

Příloha B - Ošetřovatelská dokumentace

Jméno a příjmení studenta/ky:		
Ročník, obor:	Datum zpracování: Doba péče o pacienta (od-do):	Hodnocení:

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno a příjmení (iniciály): Věk: Pohlaví:

Povolání, vzdělání: Oddělení, pokoj:

Datum přijetí: Operační výkon:

Plánované přijetí: ano ne Pooperační den:

Alergie:

Hlavní diagnóza:

Vedlejší diagnózy:

Důvod přijetí: (vyjádření dle klienta)

Celkový vzhled, úprava:

Konstituce: astenická normostenická hyperstenická Výška: Hmotnost: BMI:

MNA:

Poloha: aktivní pasivní úlevová (jaká)

Postoj: vzpřímený hemiparetický hemiplegický strnulý parkinsonský jiný

Chůze: přirozená antalgická kolébavá paretická spastická ataktická parkinsonská bizarní jiná

Riziko pádu: bez rizika nízké riziko střední riziko vysoké riziko

ADL: počet bodů (+ zhodnocení míry závislosti)

Chybějící části těla: ne ano

Známky akromegalie: ne ano

Edém celého těla: ne ano

Vědomí + Neurologický systém:

Patologie: ne ano

GCS: (E...../V...../M.....)

Orientace: v čase plně orientovaný/a částečně dezorientovaný/á **Oční kontakt:** udržuje neudržuje

v prostoru plně orientovaný/a částečně dezorientovaný/á

v osobě plně orientovaný/a částečně dezorientovaný/á

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy) ano ne

Poruchy kvantitativní: somnolence sopor koma synkopa

Poruchy kvalitativní: delirium amence obnubilace

Závratě: ne ano

Pozornost: záměrná nezáměrná stálá nestálá je roztržitý/á jiné:

Změny v kognitivních funkcích: MMSE

Paměť: neporušená zapomíná částečně zapomíná špatně si vybavuje staropaměť

Poruchy citlivosti: ne anestezie hypestezie parestezie hyperstezie alodynie

Poruchy hybnosti: ne paréza P/L hemiparéza quadraparéza paraparéza plegie P/L hemiplegie P/L quadruplegie paraplegie

Abnormální pohyby: tremor choreatické atetoidní akineze tiky jiné

křeče tonické klonické tonicko-klonické

Poruchy řeči: ne afázie motorická afázie senzorická bradylálie polylálie dyslálie dysartrie mutismus

Poruchy zraku, postavení, pohyb očních bulbů: v normě exoftalmus P/L enoftalmus P/L strabismus konvergentní P/L

strabismus divergentní P/L nystagmus hemianopsie P/L amauróza P/L diplopie P/L hypermetropie myopie

Poruchy očních víček: ne ptóza P/L lagoftalmus P/L

Poruchy zornic: izokorie anizokorie mióza P/L mydriáza P/L fotoreakce přítomna P/L fotoreakce chybí P/L

Kompenzační pomůcky:

Jiné:

Hlava, ORL:

Patologie: ne ano

Velikost lebky: normocefalická mikrocefalická makrocefalická

Výraz tváře: febrilis hippokratická myxedematosa tyreotoxická adenoida cushingoida parkinsonica

Uši

Patologie: ne ano

Boltec: fyziologický zvětšený zmenšený patologické změny:

Zevní zvukovod: fyziologický zarudlý krvácení výtok serózní výtok seropurulentní výtok purulentní jiný:

Poruchy sluchu: ne nedoslýchavost P/L hluchota P/L tinnitus P/L kompenzační pomůcka:

Jiné:

Nos

Patologie: ne ano

Deformity: ne ano

Sekrece: bez sekrece hlenová hnisavá vodnatá epistaxe jiná

Poruchy čichu: ne ano – jaké

Jiné:

Dutina ústní

Patologie: ne ano.....
Rty: růžové bledé cyanotické rozpraskané jiné.....
Tvar: souměrný rozštěp.....
Ústní koutky: fyziologické ragády anguli infectiosi ptóza P/L
Inervace jazyka: ve střední čáře k jedné straně P/L nevyplazí
Povrch jazyka: vlhký bělavě povleklý hnědě povleklý rudý s prasklinami suchý jiný.....
Problémy s otevíráním úst: ne ano.....
Sliznice dutiny ústní: růžová vlhká soor leukoplakie afty grafitové skvrny jiné.....
Dásně: fyziologické združené krvácivé nekrózy recese dásně jiné.....
Postavení čelisti: fyziologické prognacie progenie
Chrup: vlastní sanován kariézni protéza horní protéza spodní parodontóza
Zápach z úst: bez zápachu foeter hepaticus uremický zápach zápach po acetonu hnilobný jiný.....
Jiné:.....

Krk

Patologie: ne ano.....
Lymfatické uzliny: fyziologické zvětšené (bližší specifikace).....
Konzistence: měkké tuhé tvrdé
Fixace k okolí: volně pohyblivé pevně fixované
Náplň krčních žil: fyziologická snižená jednostranně P/L snižená oboustranně zvýšená jednostranně P/L zvýšená oboustranně
Štítná žláza: hmatná nehmatná bolestivost povrch hladký povrch hrboletý tvar symetrický asymetrický
Porucha polykání: ne ano
Poruchy hlasu: ne ano dysfonie afonie jiné.....
Jiné:.....

Hrudník:

Patologie: ne ano.....
Tvar: fyziologický atletický astenický hyperstenický patologický soudkovitý ptačí trychtýřovitý skoliotické kyfoskoliotický gibbus krátký s odstávajícími lopatkami jiný.....

Prsa

Patologie: gynekomastie ablace částečná P/L ablace celková P/L
Kůže: fyziologická změna barvy..... změna kůže.....
Prsní bradavky: fyziologické vypáčené jiné.....
Sekrece: bez sekrece sekrece (jaká).....
Bolestivost prsní žlázy: ne ano.....
Jiné:.....

Dýchání

Dýchání: spontánní NIPV UPV:.....
Dech: frekvence kvalita hloubka SpO₂.....
Poslechové změny:.....
Dušnost: ne ano inspirační expirační
Vedlejší dechové fenomény: nepřítomny suché chropy vlhké chropy krepitace pleurální šelest jiné.....
Kašel: nepřítomný suchý vlhký dráždivý záchvatovitý hemoptýza jiný.....
Sputum: ne charakter: množství.....

Srdce, cévy

TK: **Periferní pulz:** frekvence kvalita pravidelnost kapilární návrat
Apikální pulz: frekvence: kvalita: pravidelnost:
Ortostatická hypotenze: ne ano
Edémy: ne ano lokalizace + rozsah.....
Palpitace: ne ano (bližší specifikace).....
Cyanóza: ne periferní centrální.....
Bolest na hrudi: ne ano
NYHA: 1 2 3 4
Jiné:.....

Břícho:

Patologie: ne ano.....
Kýla: ne ano.....
Peristaltika: bez poruchy střevní pasáže obleněná zrychlená obstrukční vymizelá jiná.....
Patologie: ne ano.....
Ascites: ne ano (bližší specifikace).....
Kolaterální oběh: ne ano.....
Krvácení ze zažívacího traktu: ne ano enteroragie meléna jiné.....
Stomie:.....
Jiné:.....

Močový systém

Patologie: ne
ano.....

Močový měchýř: nezvětšený zvětšený bolestivost..... **Stomie:**.....

Močová trubice, zevní pohlavní ústrojí u muže

Výtoku z uretry: fyziologické epispadie hypospadie
Výtok z uretry: bez výtoku hnisavý krvavý mléčný výtok jiná.....

Odchylky: fimóza parafimóza jiné.....

Scrotum odchylky:.....
Jiné:.....

Močová trubice, zevní pohlavní ústrojí u ženy

Výtok z uretry: ne hnisavý krvavý mléčný jiný.....
Výtok z pochvy: ne hnisavý krvavý mléčný jiný.....
Patologie:.....
Jiné:.....

Končetiny

Patologie (deformity, svalová síla, klouby, omezení pohybu...):.....
Edémy končetin: ne asymetrické HK/DK L/P symetrické HK/DK L/P (bližší specifikace).....
měkké tuhé nebolestivé bolestivé

Kloubní deformity: ne ano.....

Periferní pulzace na HK: hmatná nehmatná..... **Periferní pulzace na DK:** hmatná nehmatná.....

Varixy: ne ano.....

Kloubní náhrady: ne ano.....

Kompenzační pomůcky:.....
Jiné:.....

Kůže a kožní deriváty

Patologie: ne ano.....

Tělesná teplota:.....

Riziko vzniku dekubitů:.....

Akutní rána: ne ano.....

Chronická/nehojící se rána: ne ano.....

Barva kůže:.....

Barva sliznic:.....

Vlhkost kůže:.....

Vlhkost sliznic:.....

Změny: exantém petechie ekchymózy, sufuze hematomy pajizévky jizvy exkoriace vesiculy

Kožní deriváty: změny a defekty.....

Pocení změny:.....
Jiné:.....

Invazivní vstupy:

Periferní venózní vstup: ne ano datum zavedení:.....Hodnocení přítomnosti infekce dle Maddona.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

Centrální vstup: ne ano datum zavedení:.....Hodnocení přítomnosti infekce.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

Arteriální vstup: ne ano datum zavedení:.....Hodnocení přítomnosti infekce.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

Port: venózní..... arteriální..... datum zavedení..... **Heparinová zátka:** ne ano
datum proplachu:.....Hodnocení přítomnosti infekce.....Hodnocení okolí místa vpichu.....

PICC: ne ano.....Hodnocení přítomnosti infekce.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

AV shunt: ne ano.....Hodnocení přítomnosti infekce.....
Hodnocení okolí místa vpichu.....

Drény, drenáže: ne
ano.....

Močový katétr: ne ano číslo + typ katétru.....datum zavedení..... datum výměny.....

NGS/NJS/PEG/PEJ: ne ano datum zavedení.....důvod zavedení.....

ETK: ne ano datum zavedení:.....TSK: ne ano datum zavedení:.....
Jiné:.....

Jiné důležité informace o pacientovi:

Vysvětlivky:

MNA: Mini Nutritional assessment

ADL: Activity daily living

GCS: Glasgow coma scale

NIPV: neinvazivní plicní ventilace

UPV: umělá plicní ventilace

NYHA: New York Heart Association

Chronická/nehojící se rána: nevykazuje tendence k hojení déle jak 6-9 týdnů

PICC: periferně zavedený centrální žilní katétr (Peripherally Inserted Central Catheter)

AV shunt: arteriovenózní zkrat

NGS: nazogastrická sonda

NJS: nazojejunální sonda

PEG: perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ: perkutánní endoskopická jejunostomie

ETK: endotracheální kanyla

TSK: tracheostomická kanyla

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB

Podpora zdraví	<p>Nemoci, úrazy, které mají vliv na současný zdravotní stav:.....</p> <p>Riziková povolání:.....</p> <p>Příčiny současného onemocnění (slovy pacienta).....</p> <p>Své zdraví hodnotím jako: <input type="checkbox"/> velmi dobré <input type="checkbox"/> dobré <input type="checkbox"/> ne moc dobré <input type="checkbox"/> špatné</p> <p>Aktivity podporující (narušující) zdraví:.....</p> <p>Kouření: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: druh:..... množství:..... doba:..... frekvence:.....</p> <p>Alkohol: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: druh:..... množství:..... doba:..... frekvence:.....</p> <p>Při objevení současné nemoci jsem:.....</p> <p>Dodržujete nyní a dodržovala jste v minulosti doporučení lékařů a sester?.....</p> <p>Co bude pro Vás důležité po dobu pobytu u nás:.....</p> <p>Preventivní opatření:.....</p>
Výživa	<p>Dieta: dodržování diety: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (důvod)..... Chuť: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> narušená</p> <p>Alergie na potraviny <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano.....</p> <p>Typický denní příjem jídla: <input type="checkbox"/> snídaně <input type="checkbox"/> svačina <input type="checkbox"/> oběd <input type="checkbox"/> svačina <input type="checkbox"/> večeře <input type="checkbox"/> II. večeře</p> <p>Přidávky, doplňky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano.....</p> <p>Forma stravy: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá</p> <p>Způsob přijímání stravy: <input type="checkbox"/> parenterálně (množství):.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> enterálně (množství): <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sipping.....</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> NGS..... <input type="checkbox"/> NJS..... <input type="checkbox"/> kontinuálně <input type="checkbox"/> bolus</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> PEG..... <input type="checkbox"/> PEJ..... <input type="checkbox"/> kontinuálně <input type="checkbox"/> bolus</p> <p>Potíže související s jídlem a příjmem potravy: <input type="checkbox"/> říhání <input type="checkbox"/> pálení žáhy <input type="checkbox"/> nevolnost <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> jiné.....</p> <p>Zvyklosti při stravování:.....</p> <p>Příjem tekutin za 24 h: <input type="checkbox"/> < 0,5 l <input type="checkbox"/> 0,5 – 1 l <input type="checkbox"/> 1 – 1,5 l <input type="checkbox"/> 1,5 – 2 l <input type="checkbox"/> 2 – 2,5 l <input type="checkbox"/> jiné.....</p> <p>Preferuji: druh/množství: <input type="checkbox"/> čaj..... <input type="checkbox"/> voda..... <input type="checkbox"/> min. vody..... <input type="checkbox"/> pivo..... <input type="checkbox"/> mléko..... <input type="checkbox"/> káva..... <input type="checkbox"/> ovoc. šťávy.....</p> <p>Pocit žízně: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> zvýšený <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> nemám</p> <p>Poranění kůže a sliznic se hojí: <input type="checkbox"/> dobře <input type="checkbox"/> špatně (projevy, v minulosti, v současnosti).....</p> <p>Deficit sebek péče, potřeba dopomoci:.....</p>
Vylučování a výměna	<p>Způsob močení: <input type="checkbox"/> sám na WC <input type="checkbox"/> s pomocí na WC <input type="checkbox"/> v lůžku <input type="checkbox"/> permanentní katétr <input type="checkbox"/> toaletní křeslo</p> <p>Mikce: <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> problémy: <input type="checkbox"/> dysurie <input type="checkbox"/> strangurie <input type="checkbox"/> polakisurie <input type="checkbox"/> nykturie (jak často?)..... <input type="checkbox"/> zápach.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inkontinence: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> druh..... <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> jiné.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> stomie.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> pomůcky..... <input type="checkbox"/> léky (jaké).....</p> <p>Diuréza:..... Příměsi moči:.....</p> <p>Defekace: <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> frekvence:..... <input type="checkbox"/> charakter: <input type="checkbox"/> příjem <input type="checkbox"/> zácpa (za kolik dní):.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> inkontinence: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> příměsi:..... <input type="checkbox"/> stomie.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> problémy:.....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> pomůcky.....</p> <p>Zvyklosti a prostředky k vyprazdňování:.....</p> <p>Deficit sebek péče, potřeba dopomoci:.....</p>
Aktivita - odpočinek	<p>Faktory bránící tělesné aktivitě:.....</p> <p>Odpočinek:.....</p> <p>Spím: <input type="checkbox"/> celou noc <input type="checkbox"/> problémy s usínáním (za jak dlouho usínám po ulehnutí)..... <input type="checkbox"/> budím se brzo a už neusnu (kdy).....</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> budím se v noci (frekvence)..... <input type="checkbox"/> důvod..... <input type="checkbox"/> zpocený/á <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> spím přes den (kolik hod.)..... <input type="checkbox"/> spánková inverze: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> hypersomnie <input type="checkbox"/> narkolepsie <input type="checkbox"/> parasomnie</p> <p>Po probuzení se cítím: <input type="checkbox"/> odpočatý/á <input type="checkbox"/> nevyspalý/á <input type="checkbox"/> jiné:.....</p> <p>Zvyky pro usínání:.....</p>
Vnímání	<p>Léky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaké, kolik, jak dlouho, jak často).....</p> <p>Kompenzační pomůcky a prostředky (jaké):.....</p> <p>Pacient je: <input type="checkbox"/> používá <input type="checkbox"/> nepoužívá <input type="checkbox"/> zapomenuté doma</p> <p>Faktory bránící komunikaci:.....</p> <p>Potřeba pomoci:.....</p>
Vnímání sebe	<p>Jak se cítíte? (tělesně i duševně):.....</p> <p>Jaké jsou Vaše zdroje a síly ke zvládnutí situace?.....</p> <p>Potřeba pomoci:.....</p>

Poznámka: x modrý (fyziologie, norma)

x červený (patologie, abnormalita)

Zkratky: NGS – nasogastrická sonda; NJS – nasojejunální sonda;

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie; PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie

<p>Vztahy a sociální zázemí</p>	<p>Bydlí (kde/s kým):</p> <p>Propuštění plánováno do: <input type="checkbox"/> domácího prostředí <input type="checkbox"/> zařízení následné péče <input type="checkbox"/> soc. zařízení.....datum:.....</p> <p>Faktory bránící návratu:</p> <p>Péče po propuštění: <input type="checkbox"/> nezajištěna <input type="checkbox"/> zajištěna (kým)</p> <p>Finanční zabezpečení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano.....</p> <p>Vzájemná spolupráce s rodinou nebo doprovázející osobou: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Reakce rodiny na onemocnění: <input type="checkbox"/> zájem <input type="checkbox"/> nezájem <input type="checkbox"/> ochota pomoci</p> <p>Lidé, kteří jsou mi nejbližší:</p> <p>Kontakty s lidmi během hospitalizace: <input type="checkbox"/> častě <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> vůbec <input type="checkbox"/> jsem samotář <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p>Chování k lidem (pozorování studentem):.....</p>
<p>Sexualita</p>	<p>Ženy</p> <p>Menstruace: menarche <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná poslední menstruace:.....<input type="checkbox"/> bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> slabá <input type="checkbox"/> krvácení mezi cykly</p> <p>Antikoncepce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaká)</p> <p>Těhotenství: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano týden.....</p> <p>Počet porodů..... Počet potratů (jaký).....</p> <p>Klimakterické obtíže: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano..... menopauza (od kdy) :</p> <p>Hormonální léčba: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Operace:..... Choroby:.....</p> <p>Muži</p> <p>Operace:..... Choroby:.....</p>
<p>Zvládání zátěže –</p>	<p>Jak vnímáte současnou situaci?</p> <p>Má stres souvislost s nemocí?</p> <p>Jaká je strategie zvládání:</p> <p>Jak Vám můžeme aktuálně pomoci?</p>
<p>Životní princip (spiritualita)</p>	<p>Co je pro Vás v životě důležité. Máte problém s dosažením toho?</p> <p>Bez čeho si to nedovedete představit?</p> <p>Na co jste pyšný/á?</p> <p>Čeho jste dosáhl/a a co byste chtěl/a ještě dosáhnout?</p> <p>Jak Vám můžeme aktuálně pomoci?</p>
<p>Bezpečnost - ochrana</p>	<p>Orientujete se v prostředí během hospitalizace:</p> <p>Máte pocit bezpečí</p> <p>Jak Vám můžeme aktuálně pomoci?</p>
<p>Komfort</p>	<p>Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Potřeby spojené s bolestí</p> <p>Další faktory ovlivňující komfort</p> <p>Jak Vám můžeme aktuálně pomoci?</p>
<p>Růst a vývoj</p>	<p>Růst: v normě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Vývoj: v normě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Co je pro Vás v současném období nejdůležitějším vývojovým úkolem?</p>

Poznámka: **x modrý** (fyziologie, norma)

x červený (patologie, abnormalita)

Zdroj: (Fzs, upce, 2020)

Příloha C - Barthelův test základních všedních dovedností

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najezení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj dostupný z: <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Příloha D - Klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle Marjory Gordonové


0	Nezávislí, soběstačný nemocný.
1	Potřebuje minimální, používá sám zařízení, sám zvládne 75 % činností.
2	Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50 % činností.
3	Potřebuje velkou pomoc (od další osoby, přístroje). Sám zvládne méně než 25 % činností.
4	Zcela závislý na pomoci druhých. Potřebuje úplný dohled.
5	Absolutní deficit sebeděče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat.

Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2013

Příloha E – Informační leták o Cévní mozkové příhodě

Informační leták o Cévní mozkové příhodě (CMP)

Stručný přehled důležitých informací.



ČAS ZÁCHRANY ŽIVOTA ZDE HRAJE VELKOU ROLI !!!

Co je to CMP?
Cévní mozková příhoda (CMP) je náhlá porucha krevního oběhu mozku, která vede k nevratnému poškození mozkové tkáně.

Rozdělení CMP

- Ischemická (uzávěr tepny)
- Hemoragická (krvácení do mozku)

Příznaky

- Ochrnutí či oslabení horní a dolní končetiny na jedné straně těla
- Ochrnutí poloviny obličeje a pokles ústního koutku na jedné straně tváře
- Potíže s mluvením či porozuměním řeči
- Porucha rovnováhy a koordinace pohybů

Příčiny

Ischemická CMP – vzniká následkem ucpání mozkové tepny → způsobuje snížení nebo zastavení přítoku krve do mozku.

Hemoragická CMP – vzniká v důsledku prasknutí mozkové tepny, která způsobí krvácení do mozku.

Možné trvalé následky

- Narušená schopnost hýbat jednou polovinou těla
- Porucha řeči
- Zhoršení zraku
- Poruchy paměti

Rizikové faktory

Ovlivnitelné

- Vysoký krevní tlak
- Zvýšená hladina cholesterolu
- Srdeční onemocnění
- Diabetes mellitus (cukrovka)

Neovlivnitelné


- Věk
- Pohlaví
- Genetika

Jak správně pomoci?

Pokud se některý z výše uvedených příznaků u vás nebo u osoby ve vašem okolí objeví, nedokladně **volejte zdravotní záchrannou službu (ZZS)**

155

Důležitý je včasný transport do nemocničního zařízení.



Zdroj: autorka

Příloha F – Informační leták Léčebná rehabilitace



Zdroj: autorka