

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Ošetrovatelský proces u pacienta
s cévní mozkovou příhodou**

Valentová Kateřina

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Valentová**
Osobní číslo: **Z12278**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

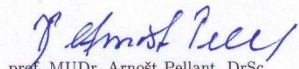
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná
Seznam odborné literatury:

1. AMBLER, Zdeněk. Neurologie: pro studenty lékařské fakulty. Dotisk 4. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 399 s., obr. ISBN 80-246-0080-3.
2. KOLÁŘ, Pavel. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.
3. ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ. Cévní příhody mozkové. 3. přepr. vyd. Praha: Brána, 1995, 142 s. ISBN 80-901-7838-3.
4. KALITA, Zbyněk. Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2006, 623 s. ISBN 80-859-1226-0.
5. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. Neurorehabilitace. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 350 s. ISBN 80-726-2317-6.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Ochtinská
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 7. května 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, 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., autorský zákon, 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Kateřina Valentová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Haně Ochtinské za odborné vedení, cenné rady, připomínky a podněty při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a Rehabilitačnímu ústavu, který mi umožnil sesbírat informace potřebné k praktické části mé bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma „ Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou " je prací teoreticko - praktickou.

V teoretické části se zabývám stručným popisem anatomie mozku, míchy a fyziologií cévního zásobení. Dále je tato práce zaměřena na cévní mozkovou příhodu - její typy, klinické příznaky, rizikové faktory, diagnostiku a terapii.

Druhou polovinu teoretické části věnuji ošetrovatelské péči a úloze sestry v prevenci cévní mozkové příhody.

V praktické části jsou uvedeny tři kazuistiky pacientů po cévní mozkové příhodě v rehabilitačním zařízení a sestaven ošetrovatelský proces.

KLÍČOVÁ SLOVA

cévní mozková příhoda, mozek, rizikové faktory, prevence, mapa péče

TITLE

Nursing process of the ischaemic stroke patient

ANNOTATION

This bachelor paper is focused on the topic of nursing care of a patient after stroke. The work contains both practical and theoretical part.

The theoretical part briefly describes the anatomy of the brain, the spinal cord and the physiology of the vascular supply. Furthermore, the aim of this work focuses on stroke – its types, clinical symptoms, risk factors, diagnosis and therapy. The second part of the theoretical part deals with nursing care and the role of nurse in stroke prevention.

The practical part includes three casuistries (case studies) of patients affected by stroke in rehabilitation center and based on these cases the nursing care plan was drawn up.

KEYWORDS

vascular story of brain, brain, highs factors, prevention, map of care

Obsah

Úvod.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 CENTRÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM	10
1.1 Cévní zásobení mozku	11
2 CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	12
2.1 Cévní mozkové příhody ischemické	12
2.2 cévní mozkové příhody hemoragické	12
2.2.1 Intracerebrální krvácení	13
2.2.2 Subarachnoidální krvácení.....	13
2.3 Rizikové faktory.....	13
2.4 Primární a sekundární prevence	13
2.5 Příznaky.....	14
2.6 Diagnostika	15
2.7 Terapie.....	16
2.8 Organizační péče se zaměřením na následnou péči	18
2.8.1 Přednemocniční péče	18
2.8.2 Nemocniční péče.....	18
2.8.3 Následná péče	18
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....	20
3.1 Oblast vnímání zdravotního stavu.....	20
3.2 Výživa a metabolismus	20
3.3 Vylučování	21
3.4 Aktivita a cvičení	22
3.4.1 Polohování	22
3.5 Spánek a odpočinek.....	23
3.6 Vnímání a poznávání.....	23
3.7 Sebeúcta a sebepojetí	24
3.8 Role a vztahy.....	24
3.9 Reprodukce a sexualita	25
3.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance.....	25

3.11	Víra, životní styl.....	26
II	praktická část.....	27
4	METODIKA	27
4.1	Popis Rehabilitačního ústavu	27
4.2	Statistické údaje	27
4.3	Zpracování kazuistik	28
5	KAUISTIKA ČÍSLO 1	30
5.1	Průběh hospitalizace:	31
5.2	Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové:	34
5.3	Plán ošetrovatelské péče:	36
6	KAZUISTIKA ČÍSLO 2.....	41
6.1	Průběh hospitalizace:	42
6.2	Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové.....	45
6.3	Plán ošetrovatelské péče:	47
7	KAZUISTIKA ČÍSLO 3.....	53
7.1	Průběh hospitalizace:	54
7.2	Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové.....	57
7.3	Plán ošetrovatelské péče:	59
8	DISKUZE	64
9	ZÁVĚR	66
	Seznam použité literatury	68
	Seznam použitých symbolů a zkratk.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH:	72

ÚVOD

Pozornost lékařů se zaměřovala na cévní mozkové příhody od nejstarších dob. Termín apoplexie, který se používá dodnes, pochází pravděpodobně již od Hippokrata. Až do začátku novověku zůstávala příčina iktu neznámá. Johann Jakob Wepfer a Thomas Willis pochopili téměř současně v polovině 17.století podstatu mozkových příhod. Wepfer vysvětlil cévní mozkovou příhodu ischemickou i cévní mozkovou příhodu hemoragickou. Anglický lékař Willis popsal tranzitorní ischemickou příhodu a pochopil řadu souvislostí mezi prokrvením mozku a iktem (Herzig, 2008, s. 5).

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) je jednou z hlavních příčin morbidit a mortality na celém světě. I přes to, že je větší důraz kladen na kontrolu hypertenze, došlo ke snížení výskytu onemocnění srdce a zvýšení povědomí o rizikových faktorech, CMP zaujímá 3. místo v příčinách smrti.

CMP je častou příčinou těžkého zdravotního postižení. V České republice je incidence cévních mozkových příhod kolem 350 onemocnění na 100 000 obyvatel ročně. Z toho vyplývá, že je v ČR ročně postiženo až 35 000 osob. 2/3 pacientů přežívají, ale polovina těchto pacientů je nadále handicapována a odkázána na ústavní péči, v lepším případě na péči rodiny, která je většinou trvalá.

Cévní mozkové příhody jsou nejen značným medicínským, sociálním a ekonomickým problémem, ale také etickým a společenským. Velmi alarmující je přesun výskytu cévních mozkových příhod do mladších věkových kategorií. Více než 1/3 pacientů je mladších 60 let (Kolář, 2009, s. 387).

Toto téma jsem si zvolila na základě dlouholeté praxe v Rehabilitačním ústavu, kde denně pečuji o pacienty s cévní mozkovou příhodou. Ošetrovatelská péče a rehabilitace je u tohoto onemocnění dlouhodobá a je fyzicky i psychicky náročná jak pro pacienta, tak pro ošetřující zdravotnický personál.

Cílem bakalářské práce je charakterizovat ošetrovatelský proces na modelu ošetrovatelské péče Marjory Gordonové a na základě anamnestických informací, čerpaných ze sesterské dokumentace, rozhovoru s pacientem, pozorováním, vyšetřením pomocí testů a zpracováním údajů z lékařské dokumentace sestavit ošetrovatelský plán. Zmapovat potřeby klienta, zhodnotit výsledky a dosažené cíle v ošetrovatelském procesu, poukázat na specifickou ošetrovatelskou péči a vytvořit mapu péče.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 CENTRÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM

Mozek je sídlem našeho vědomí. Je životně důležitým orgánem, který kontroluje a řídí naše tělesné funkce. Je uložen v dutině lebeční a jeho hmotnost se pohybuje mezi 1300 - 1400 g. Mozek je v dutině chráněn třemi vazivovými obaly. Tyto obaly tvoří tvrdá mozková plena (dura mater), pavučnice (arachnoidea) a měkká mozková plena (pia mater). Mezi pavučnicí a měkkou plenou je prostor, který je vyplněn mozkomíšním mokem. Mozek má z této tekutiny na všechny strany jakýsi tekutý polštář a tím je mechanicky chráněn proti otlačení vlastní vahou nebo před otřesy při chůzi. Anatomicky se mozek skládá ze čtyř hlavních částí, z koncového mozku (telencephalon), mezimozku (diencephalon), mozečku (cerebellum) a mozkového kmene (truncus encephali). Koncový mozek, který je největší částí mozku, je rozdělen na pravou a levou hemisféru. Tyto hemisféry jsou spojeny ve střední čáře svazkem bílé hmoty tzv. kalózním tělesem (corpus callosum). Šedá kůra mozková (cortex cerebri), která tvoří povrch hemisfér, je zprohýbaná do mnoha závitů (gyry). Pod mozkovou kůrou se nachází vrstva bílé hmoty, kde jsou uložena ganglia, které funkčně zpracovávají iniciační impulsy pro hybnost. Kůra hemisféry svými zářezy od sebe odděluje mozkové laloky. Čelní lalok (lobus frontalis), temenní lalok (lobus parietalis), týlní lalok (lobus occipitalis), spánkový lalok (lobus temporalis). Mezimozek je soubor mozkových struktur okolo třetí mozkové komory. Skládá se z hypothalamu, subthalamu, thalamu, epithalamu a metathalamu. Další součástí mozku je mozkový kmen, ve kterém jsou umístěna důležitá centra řídící dýchání, činnost srdce a trávicího traktu. V mozkovém kmeni jsou uložena i většina jader hlavových nervů. Skládá se z prodloužené míchy (medulla oblongata), Varolova mostu (pons Varoli), středního mozku (mesencephalon) a mozečku (cerebellum), který je uložen na dorzální straně. (Naňka et al., 2009, s. 271 - 274; Rokyta, 2009, s. 100 - 101)

Mícha hřbetní (medulla spinalis), která je připojena k mozku mozkovým kmenem, probíhá páteřním kanálem. Páteřní kanál začíná za prvním krčním obratlem (C1) a končí u druhého bederního obratle (L2). Mícha se skládá z 31 segmentů a z každého segmentu vystupuje jeden pár míšních nervů. Míšní nerv je spojen z předního a zadního míšního kořene. Přední kořeny vedou odstředivá vlákna a zadní kořeny dostředivá vlákna. Uprostřed hřbetní míchy je kanálek (canalis centralis), který je obklopený šedou hmotou. V šedé hmotě jsou nervové buňky členěné prostorově na sloupce a na řezu se jeví jako rohy. Zadní sloupce tvoří buňky senzitivní, přední motorická a postranní autonomní. Bílá hmota, která je uložena okolo šedé

hmoty, je tvořena nervovými vlákny. Tato vlákna jsou obalena myelinovou pochvou. Svazky vláken v centrálním nervovém systému se nazývají dráhy. Bílá hmota je členěna na provazce. Zadní provazce tvoří vzestupné senzitivní dráhy, přední sestupné motorické dráhy a postranní vedou motorické i senzitivní dráhy. (Naňka et al., 2009, s. 265 - 270; Rokyta, 2009, s. 95 - 99)

1.1 Cévní zásobení mozku

Cévní zásobení mozku je uskutečněno čtyřmi magistralními přívodnými tepnami. Párovými vnitřními krkavicemi a vertebrálními artériemi, které se spojují v artérii bazilární. Tyto tepny vytvářejí prostřednictvím komunikujících artérií na spodině mozku Willisův okruh. Willisův okruh je důležitou spojkou nejen mezi karotickým a vertebrobazilárním povodím, ale též mezi pravou a levou stranou mozkové cirkulace. Průtok krve mozkem je řízen autoregulačními mechanismy, které zajišťují energetické nároky mozku na kyslík. (Nevšímalová, 2005, s. 171 - 172; Seidl, 2004, s. 190)

2 CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

„Cévní mozkové příhody jsou podle WHO (World Health Organization) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu". (Nevšímalová, 2005, s. 171)

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) neboli iktus je definována jako náhle vzniklá nebo rychle se rozvíjející ložisková mozková dysfunkce, trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí pacienta. U CMP není přítomna jiná zjevná příčina, než je porucha mozkové cirkulace. Cévní porucha se vyskytuje v podobě ischemie, nebo hemoragie. Tranzitorní ischemické ataky (TIA) jsou ischemické příhody trvající kratší dobu než 24 hodin (Ambler, 2010, s. 3).

2.1 Cévní mozkové příhody ischemické

Cévní mozkové příhody ischemické jsou nejčastějšími typy. Tyto příhody vznikají po uzavěru nebo zúžení tepny nebo při nedostatečném přitoku krve do mozku. Zúžení cévy je způsobeno narůstajícím aterosklerotickým plátem určité tepny, kdy při jejím uzavření dochází k následné bloádě cévy trombem (krevní sraženinou) nebo embolem (vmetkem). Pokud dojde k bloádě artérie mozku způsobenou krevní sraženinou, hovoříme o trombóze. Bloáda způsobená odloučením trombu, který vznikl na jiném místě a pomocí krevního toku byl přiveden mozku, se nazývá embolie. (Ambler, 2012, s. 25; Kalita, 2006, s. 110)

Optimální je mozková perfuze 50 - 60 ml/100g mozkové tkáně za minutu. Pokud průtok klesne pod hodnotu 20 ml/100g mozkové tkáně, dochází k poruše neuronů a rozvoji klinických příznaků, které plynou z ischemické léze. Strukturální změny z důvodu hypoxické tkáně jsou příčinou vzniku tzv. mozkových infarktů (Kolář, 2009, s. 387).

2.2 cévní mozkové příhody hemoragické

Při hemoragické cévní mozkové příhodě se zhoršuje krevní zásobení vlivem poškození cévní stěny. Tyto příhody, které jsou méně časté, vznikají rupturou mozkové tepny, kdy následuje intracerebrální nebo subarachnoidální krvácení. Tímto krvácením v dutině lebeční ke zvýšení nitrolebního tlaku a následnému rozvoji příznaků (Kalina, 2008, s. 160 - 165).

2.2.1 Intracerebrální krvácení

U subarachnoidálního krvácení dochází ke krvácení do intermeningeálního prostoru mezi pia mater a arachnoideou. Nejčastější příčinou bývají aneuryzmata. Dalšími příčinami bývají méně časté ruptury aterosklerotické cévní stěny nebo arteriální disekce (Jedlička, 2005, s. 90).

Náhle vzniklá prudká bolest hlavy, nauzea, zvracení, fotofobie a psychická alterace jsou jedním z projevů tohoto krvácení. U závažného krvácení se rychle rozvíjí kóma. Dále dochází k pozvolnému rozvíjení meningeálního syndromu, kdy je patrná opozice šije (Kolář et al, 2009, s. 389).

2.2.2 Subarachnoidální krvácení

U subarachnoidálního krvácení dochází ke krvácení do intermeningeálního prostoru mezi pia mater a arachnoideou. Nejčastější příčinou bývají aneuryzmata. Dalšími příčinami bývají méně časté ruptury aterosklerotické cévní stěny nebo arteriální disekce (Jedlička, 2005, s. 90).

Náhle vzniklá prudká bolest hlavy, nauzea, zvracení, fotofobie a psychická alterace jsou jedním z projevů tohoto krvácení. U závažného krvácení se rychle rozvíjí kóma. Dále dochází k pozvolnému rozvíjení meningeálního syndromu, kdy je patrná opozice šije (Pavel Kolář, 2009, s. 389).

2.3 Rizikové faktory

Rizikové faktory dělíme do dvou skupin. Mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk, pohlaví, genetické predispozice, rasový původ a geografické podmínky. Druhou skupinou jsou ovlivnitelné faktory kam patří hypertenze, vysoká hladina cholesterolu v krvi, ateroskleróza, srdeční onemocnění, diabetes mellitus a migrény. Mezi další ovlivnitelné faktory, které vyplývají ze životního stylu řadíme aktivní i pasivní kouření, zvýšená konzumace alkoholu, užívání drog, nezdravá strava, nedostatek pohybu, obezita a užívání antikoncepčních pilulek (Herzig, 2008, s. 16 - 22).

2.4 Primární a sekundární prevence

Prevence cévních mozkových příhod je velmi rozsáhlý soubor léčebných opatření prováděných dle stanoveného protokolu. Zahrnuje jak prevenci primární, tak prevenci sekundární. V rámci primární prevence je nutné soustředit se na oblast ovlivnitelných rizikových faktorů a v případě výskytu těchto faktorů je třeba usilovat o jejich kompenzaci. Úpravou režimových opatření, jako je dieta a pohyb, je možné některým rizikovým

faktorům předejít. V dietním opatření se doporučuje strava s omezením soli a nasycených tuků a naopak je vhodné do jídelníčku zařadit pravidelnou konzumaci ovoce, zeleniny a vlákniny. Stejně tak je důležité dbát na dostatek fyzické aktivity a v případě obezity se snažit o redukci hmotnosti. V případě užívání návykových látek je třeba pacientům doporučit zákaz kouření. Důraz je kladen především u žen užívajících hormonální antikoncepci, obzvláště pokud se u nich vyskytuje migréna. V sekundární prevenci se zaměřujeme na snížení rizika vzniku recidivy CMP. Sekundární prevence je zaměřena na potlačení rozvoje aterosklerotického poškození cévní stěny a zlepšení reologických vlastností krve. (Herzig, 2008, s. 16 - 22; Nevšímalová, 2005, s.182, s. 184).

2.5 Příznaky

Projevy cévní mozkové příhody jsou rozmanité. Závisí na velikosti porušení cévy, rychlosti rozvoje iktu a celkovém stavu nemocného. Nejčastějším příznakem je porucha hybnosti končetin částečná (paréza) nebo úplná (plegie). Porucha hybnosti může být lokalizována pouze na jedné polovině těla (hemiparéza, hemiplegie). Dalším, značně složitým příznakem, je porucha zraku. Je důležité rozlišit poruchu zraku přítomnou na jednom oku a výpadek poloviny zorného pole (hemianopsie). Homonymní hemianopsie, kdy dochází k poškození kontralaterální poloviny zorného pole, je typická pro CMP postihující okcipitální lalok, kde probíhá zrakový trakt. Amaurosis fugax je porucha na jednom oku, která může být prchavá. Tato porucha je následkem hemodynamické stenózy ACI nebo důsledek embolizace do arteria ophtalmica. „*Nejde ve skutečnosti o mozkovou ischemii, ale její význam spočívá v tom, že může upozornit na výše uvedené cévní poškození, které může v budoucnu TIA nebo ICMP vyvolat*“ (Herzig, 2008, s. 25).

Složitou problematikou jsou poruchy vyšší nervové činnosti. V této kategorii se setkáváme s poruchami řeči (fatické poruchy), kdy lehčí forma se označuje jako dysfázie a těžší forma afázie. Zjednodušeně rozlišujeme poruchu porozumění, poruchu tvorby řeči a kompletní tzv. globální afázii. Dále sem patří poruchy psaní (dysgrafie, agrafie), čtení (dyslexie, alexie) a počítání (dyskalkulie, akalkulie). Mozečkové a vestibulární poruchy jsou nesystematické závratě s vegetativním doprovodem (nauzea a vomitus), kdy dochází k poruchám koordinace hybnosti končetin a trupu. Dalším příznakem je porucha vědomí, které dělíme na kvantitativní a kvalitativní. Mezi kvalitativní řadíme somnolenci, sopor a kóma. K hodnocení těchto poruch používáme Glasgow Coma Scale - GCS. Do

kvantitativních poruch patří stavy zmatenosti, delirium, halucinace, mráкотný stav. U ischemických CMP embolické etiologie se vyskytují příznaky jako bolesti hlavy, nauzea a zvracení, které se vyskytuje i při postižení vertebrobasilární oblasti (Herzig, 2008, s. 24).

2.6 Diagnostika

„Klinická diagnóza je charakterizována vesměs náhlým akutním vznikem mozkové symptomatiky, někdy vývojem v průběhu několika hodin nebo fluktuujícím kolísáním (střídání fáze zlepšování a zhoršování), a přítomností aterosklerotických rizikových faktorů, rizikových faktorů přímo CMP nebo choroby, která může způsobit cévní lézi“ (Bednařík, 2010, s. 20).

Správná diferenciální diagnóza mezi mozkovou ischémií a hemoragií, mezi různými subtypy ischemického nebo hemoragického iktu a mezi vaskulární a nevaskulární lézí je velmi složitá i v dnešní době kvalitních vyšetřovacích metod. Zásadním vlivem je stanovení správné diagnózy v léčebném postupu nejen akutního ošetření, ale i na sekundární prevenci. Pokud bude diagnóza stanovena chybně a nebude tak indikována trombolytická léčba můžeme nemocného ohrozit na životě (Kalina et al., s. 175 - 186).

V diagnostice CMP zaujímá dominantní postoj klinický obraz a zobrazovací metody. Z klinického obrazu nelze rozlišit hemoragii od ischémie. Akutní zobrazovací metody s dalšími vyšetřeními jsou nezbytné pro rozlišení mezi jednotlivými typy iktu. Identifikují i souběžná onemocnění, které vznikají v souvislosti s cévní mozkovou příhodou a mohly by ovlivnit prognózu (Bednařík, 2010, s. 58).

Ke stanovení příčiny iktu jsou pomocná laboratorní vyšetření. Laboratorní vyšetření spočívá v hematologickém rozboru a stanovení parametrů srážlivosti krve, v provedení iontogramu, v biochemickém vyšetření jaterních a ledvinných funkcí a ve zhodnocení hlavních ukazatelů zánětu (Nevšímalová, 2005, s.181).

Pro správnou diagnostiku je rozhodující zobrazovací metoda CT (výpočetní tomografie). Toto vyšetření spolehlivě odliší hemoragii od ischémie. V případě ischémie jsou na CT patrné změny až za 48 hodin. U hemoragické CMP prokáže, zda je přítomno intracerebrální nebo subarachnoidální krvácení, což je rozhodující pro indikaci chirurgických intervencí. Do diagnostiky je nezbytné zahrnout interní a neurologické vyšetření pacienta, vyšetření EKG, sonografické vyšetření karotických a vertebrálních tepen a popřípadě vyšetření EEG (elektroencefalografie). Sonografické vyšetření patří mezi jedno ze základních zobrazovacích metod v diagnostice cévních mozkových příhod. Pomocí ultrazvuku poskytuje informace o průtoku krve cévou (doppler), o organických a hemodynamických změnách v oblasti srdce a aorty (echokardiografie)

a o morfologických změnách cévní stěny (duplexní sonografie). Časné stádium ischemického poškození nám zobrazí metoda MR (magnetická rezonance). Nové MR přístroje jsou schopné i v akutní fázi specifickými sekvencemi odlišit ischemii od hemoragie. Dostupnost MR je ale mnohem menší a doba vyšetření je delší. Mezi další nukleární metody spadá SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie), které může detekovat ischemickou lézi podstatně dříve než CT. Další metodou je vyšetření PET (pozitronová emisní tomografie), které podává přesné informace o průtoku krve mozkem, metabolismu mozku a jeho funkci. Tato metoda se využívá pouze v některých výzkumných centrech. Pro neinvazivní zjištění průsvitu cévy, morfologie její stěny, k posouzení stavu kolaterálního řečiště či ke zjištění rekanalizace cévy využíváme metodu UZ (ultrazvukové vyšetření). I přes svůj mimořádný význam nejsou tato jednotlivá vyšetření běžně používanými metodami vzhledem ke své vzácné dostupnosti a finanční náročnosti. (Bednařík, 2010, s. 58 - 69; Nevšímalová, 2005, s. 181 - 182)

2.7 Terapie

Cílem léčby CMP je dosáhnout úpravy jak klinického, tak i funkčního stavu pacienta. Cévní mozkovou příhodu je nezbytné považovat za emergentní stav, který vyžaduje okamžité odesílání pacientů do nemocnice na specializovanou iktovou jednotku s rychlým zahájením odpovídající léčby. Důležité u akutního ischemického iktu je začít s léčbou co nejdříve, kdy ještě nedošlo ke strukturálním změnám a je zachován metabolismus. Základními kritérii léčby jsou neuroprotektce, rekanalizace a zajištění dostatečného kolaterálního oběhu, aby nekróze podlehlo co nejméně tkáň (Bednařík, 2010, s. 81).

„Optimální lék, který by tato kritéria zajistil, dosud neexistuje, neexistuje ani standardní léčba, která by prokazatelně zlepšila konečný stav u většiny nemocných s iktem. Iktus je heterogenní porucha a vždy záleží na co nejpresnější diagnostice. Proto těžiště léčby je v celém komplexu opatření“ (Bednařík, 2010, s. 74).

Celková léčba, je součástí tohoto celého komplexu. Dochází k zajištění respirace, ventilace, oxygenace s inhalací kyslíku, monitorování EKG, zajištění oběhu a srdeční činnosti. Dále je důležitá dostatečná hydratace nemocného, iontová bilance a nutriční. Výživa je zajištěna nazogastrickou sondou. Vzhledem k časté hyperglykémii, kdy dochází ke zvětšenému rozsahu ischemického ložiska, během prvního období iktu nepodáváme glukózu. Při hladině cukru v krvi nad 8 mmol/l okamžitě zahájíme léčbu inzulinem s krátkým poločasem účinku. V rámci terapie je důležité udržet dostatečný TK, který je nezbytný pro cerebrální perfuzi. V akutním stádiu podáváme v případě vysoké hypertenze nad 220/120-130 mm/Hg látky s minimálním

účinkem na mozkovou cirkulaci. Po vzniku iktu zahajujeme co nejdříve protidestičkovou léčbu. V rámci této terapie se používá kyselina acetylsalicylová např. aspirin. Cílem je ovlivnění tvorby a následné embolizaci trombu. Dalším terapeutickým opatřením je antikoagulační léčba, která zasahuje do systému plazmatické koagulace. Během akutní fáze se tato léčba používá v prevenci hluboké žilní trombózy heparinem nebo nízkomolekulárním heparinem. Trombolytická léčba představuje moderní a aktivní přístup léčby. Vede k rozpuštění již vzniklého trombu a následně rekanalizaci cévy. Trombolýzu lze provést intravenózně (celková, systémová trombolýza), nebo intraarteriálně (selektivní trombolýza) použitím urokinázy nebo podáním rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu a kombinovaná trombolýza.

„Kombinovaná trombolýza spojuje výhody obou, začíná se i.v. podáním tkáňového aktivátoru a jakmile je zorganizována a připravena angiolinka, provede se nástřík a zahájí i.a. trombolýza. Tento způsob je zatím předmětem studií“ (Bednařík, 2010, s. 77).

Antiedematózní léčba brání rozvoji mozkového edému. Edém mozku je závažnou komplikací ischemických iktů. Nástup je v průběhu prvních 24-48 hodin. Terapeutické možnosti této léčby nejsou u CMP bohužel velké. Základem je drenážní poloha se zvýšením horní poloviny těla, analgetika, oxygenace, normalizace tělesné teploty a osmoterapie hypertonickým roztokem NaCl. Nezbytná u imobilních nemocných je kvalifikovaná ošetrovatelská péče. Polohováním a používáním antidekubitních pomůcek zabráňujeme vzniku rozvoje dekubitů, dále zajišťujeme hygienu nemocných a jejich lůžka udržujeme čistá a suchá, což bývá problémem u inkontinentních a zmatených pacientů. Nedílnou součástí je rehabilitační péče, se kterou začínáme ihned po odeznění alterace celkového stavu. Mobilizaci nemocného zahajujeme nejdříve pasivní pohybovou aktivitou na lůžku, následně vertikalizací, kdy nemocného posazujeme a stavíme. Chůzi zahajujeme po obnovení aktivního pohybu. Součástí rehabilitace je i reedukace řeči. Terapie akutního stádia hemoragického iktu spočívá v korekci hypertenze, léčbě intrakraniální hypertenze a mozkového edému. Zásadní význam u hemoragických CMP má chirurgická léčba. hemoragických lézí může být indikací urgentního chirurgického zákroku globální krvácení, krvácení v mozečkové hemisféře nebo arteriální aneuryzma u subarachnoidálního krvácení. Dekompresivní kraniotomie může zmírnit následky průvodního maligního edému mozku. Léčba chronického stádia po CMP spočívá v obnovení neurologických deficitů poruch hybnosti těla, řeči, závratěmi a poruch rovnováhy. Časté jsou také deprese. Velmi důležitá je komplexní rehabilitace. Cílem rehabilitace je začlenění do osobního života a práce se

snížením závislosti na pomoci druhých. Stav nemonemocných po prodělaném iktu se může zlepšovat i několik let. (Bednařík, 2010, s. 81 - 85; Nevšímalová, 2005, s. 183, 184)

2.8 Organizační péče se zaměřením na následnou péči

Organizace péče o pacienty s CMP hraje důležitou roli a lze ji rozdělit na přednemocniční, nemocniční a následnou rehabilitační péči.

Pokud je i po ukončení hospitalizace postižení pacienta těžké a pacient nemůže být přeložen do domácího prostředí, je nezbytné zajistit další návaznost v rámci rehabilitačního ústavu, nebo léčebny dlouhodobě nemocných.

Pokud je vývoj stavu příznivý může být pacient přeložen do domácí péče. Pro část pacientů je nutné po přeložení do domácí péče nezbytné domluvit pečovatelskou službu různého rozsahu (Kolář, 2009, s. 393).

2.8.1 Přednemocniční péče

Podmínkou hospitalizace je včasné přivolání rychlé záchranné služby a nemocného dopravit do zdravotnického zařízení. K rychlému transportu může přispět i letecká zdravotnická služba. Hlavním úkolem je na základě příznaků rozpoznání iktu zajištění odborné neodkladné péče.

„Všichni pacienti s akutním iktem mají být léčeni na iktové jednotce. Tam musí být léčeni všichni pacienti přijatí do nemocnice do 12 hodin od rozvoje symptomů. Proto je třeba všechny pacienty, u kterých je podezření na akutní iktus, transportovat do nejbližšího zdravotnického zařízení, které je iktovou jednotkou vybaveno, nebo do zdravotnického zařízení, které zabezpečuje organizovanou péči o akutní ikty, pokud není iktová jednotka k dispozici. K urychlení tohoto transportu je někdy třeba využít vrtulník“ (Herzig, 2008, s. 22).

2.8.2 Nemocniční péče

Akutní iktová jednotka (AIJ), představující funkční část lůžkového oddělení, zajišťuje kvalifikovanou koordinovanou multidisciplinární intenzivní diagnostickou a terapeutickou péči o pacienty s akutní fází CMP. Tuto péči poskytují lékaři, zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál. Tento tým je specializovaný na péči o pacienty s iktem. Spolupráce probíhá s rehabilitačním pracovníkem, psychologem a logopedem (Herzig, 2008, s. 32).

2.8.3 Následná péče

Cílem této péče je podporovat návrat mozkových funkcí, nácvik soběstačnosti v denních činnostech a motivace pacienta a rodiny k aktivnímu přístupu. Rehabilitační program

u pacienta s CMP má být sestaven tak, aby postihoval veškeré neurologické poruchy. Poruchy cíleně ovlivňujeme v rámci komplexního rehabilitačního programu. U většiny pacientů využíváme kombinaci fyzioterapeutických metod mezi které řadíme Vojtovu metodu, koncept manželů Bobathových, proprioreceptivní neuromuskulární facilitaci a ergoterapii. Nezbytnou součástí rehabilitační péče je polohování, které je nutné zahájit co nejdříve. Polohování je aplikováno po 2 - 3 hodinách, a to i v noci. Při fatických poruchách je nezbytná péče logopeda. Důležitým kritériem rehabilitační péče je dosáhnout u pacienta určitého stupně nezávislosti a snažit se o jeho navrácení do každodenního života i přes to, že budou přetrvávat některá omezení. Pacientům, které nelze propustit z iktové jednotky do domácího léčení, je třeba zajistit následnou péči v rehabilitačních a lázeňských zařízeních, v případě nutnosti LDN. (Kolář, 2009, s. 393; Herzig, 2008, s. 35)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Systematické hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince je základním rysem ošetřovatelské péče. Všeobecná sestra by měla pacienta vnímat jako celek v jeho bio-psycho-sociální jednotě. Při poruše v jedné z těchto částí dojde k poruše celého systému. Každý jedinec má své názory, postoje a potřeby. Potřeba je projevem nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Při vykonávání ošetřovatelské péče u pacientů po cévní mozkové příhodě se sestra zaměřuje na dané oblasti, které popisuje Marjora Gordonová ve svém ošetřovatelském modelu. Při sběru informací o pacientovi, má sestra možnost zaměřit se na problémy v jednotlivých oblastech a základě vyhledaných problémů stanovuje ošetřovatelské diagnózy, intervence a cíle ošetřovatelského procesu (Farkašová, 2006, s. 49 - 50).

3.1 Oblast vnímání zdravotního stavu

Sestra je osoba, která sehraává důležitou roli v prevenci cévní mozkové příhody. Edukace pacientů a motivace k péči o vlastní zdraví by měla být prioritou každé všeobecné sestry. Je důležité, aby sestra uměla edukovat pacienta o rizikových faktorech tohoto onemocnění. Již pouhým kouřením sníží pacient riziko vzniku mozkové mrtvice o polovinu během prvních šesti měsíců. Snížit riziko vzniku o polovinu je možné i úpravou krevního tlaku, ale v časovém horizontu několika let. Sestra se zaměřuje na to, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav, jakým způsobem pečuje o své zdraví a jak zvládá rizika, která jsou spojená s jeho zdravotním stavem. Dále se zajímá o to, jaké má pacient plány do budoucna a jakým způsobem si uvědomuje svůj životní styl. Sestra sleduje u pacienta celkovou úroveň péče o své zdraví a dodržování lékařských a ošetřovatelských doporučení. (Herzig, 2008, s. 22; Farkašová, 2006, s. 49 - 50)

3.2 Výživa a metabolismus

V této oblasti zjišťujeme příjem stravy a tekutin vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu pacienta. Člověk potřebuje ke své každodenní výživě množství potravy, odpovídající jeho spotřebě energie. Příjem potravy hraje důležitou roli v našem zdravotním stavu a je podmínkou správné funkce organismu. Sestra dbá na edukaci pacienta v omezení sladkých jídel, nápojů, vysokokalorických pokrmů včetně konzumace soli a alkoholu. Do stravy by měly být zařazeny především jídla obsahující rybí a rostlinný tuk. Každý jedinec by měl dbát

na pravidelný příjem zeleniny a ovoce. Pokud ošetřujeme pacienta s poruchu polykání, tak v rámci ošetrovatelské péče zajistíme konzultaci s nutričním terapeutem, se kterým je konzultována vyváženost podávané stravy a dostatek energetického příjmu potravy. Na doporučení můžeme pacientovi podávat doplňkové produkty ve formě tekutých stravy k popíjení (sipping) například Nutridrinky. Jídlo pro pacienta zvolíme takové konzistence, aby ho co nejsnáze spolkl, volíme dietu kašovitou. Pokud pacient není schopen najíst se sám, posadíme si ho vždy tak, aby byl v poloze v sedě a měl hlavu mírně předkloněnou, aby nedošlo k aspiraci stravy a tekutin. Při krmení vkládáme stravu vždy do nepostižené poloviny dutiny ústní a po dokrmení zjišťujeme, zda pacientovi nezůstaly zbytky potravy v dutině ústní. Příbuzní by měli být poučeni o vhodné konzistenci potravy a o nebezpečí aspirace. Sestra dbá na dostatečný příjem tekutin, aby nedošlo k dehydrataci pacienta a hodnotí stav kůže, nehtů, vlasů a chrupu. V pravidelných intervalech sleduje i tělesnou váhu pacienta. (Spence, 2008, s. 11; Slezáková, 2007, s. 152; Mikšová, 2006, s. 11 - 22)

3.3 Vylučování

V prvních týdnech po prodělaném iktu jsou dysfunkce močového měchýře a střeva časté. V případě inkontinence nebo retence močového měchýře má pacient zaveden permanentní močový katétr (dále jen PMK), který nám zajišťuje sledovat diurézu, hustotu moče a její příměsi. PMK necháváme pouze na dobu nezbytně nutnou z důvodu zvýšeného rizika vzniku infekce. Při manipulaci a výměně pracujeme za aseptických podmínek. Po odstranění PMK začne sestra u pacienta s nácvikem kontinence vzhledem k tělesnému stavu pacienta. Sestra pravidelně nabízí doprovod pacienta na toaletu. Pokud je mobilita pacienta zhoršená, nabízí sestra podložní mísu u žen nebo močovou lahev u mužů. U pacientů s poruchou vyprazdňování používáme vhodné inkontinenční pomůcky, které pravidelně vyměňujeme a dbáme na zvýšenou hygienickou péči v oblasti genitálu.

U vyprazdňování stolice se sestra zaměřuje na pravidelnost, konzistenci a její barvu. V případě obtížného vyprazdňování stolice nebo při zácpě je potřeba pacientovi podávat dostatek vlákniny a tekutin. V některých případech je nezbytné podávat léky změkčující stolici či projímadla (laxantia). Sestra pravidelně sleduje vyprazdňování stolice a změny hlásí lékaři. Pokud u pacienta dochází k inkontinenci stolice, je nutná pravidelná výměna plenkových kalhotek, zvýšená hygienická péče s používáním ochranných krémů. U pacientů s poruchou vyprazdňování je důležité dbát na dodržování intimity a dostatečné edukace v této oblasti (Slezáková, 2007, s. 152).

3.4 Aktivita a cvičení

Tato oblast zahrnuje péči o pacientovu mobilitu, sebe péči a soběstačnost v oblékání, hygieně a stravování. U pacienta po prodělaném iktu by se s rehabilitací mělo začínat co nejdříve s ohledem na jeho zdravotní stav a stupeň postižení.

Úkolem rehabilitačního ošetřování je zamezit v akutním stádiu nemoci rozvoji sekundárních změn v systému pohybovém, kardiovaskulárním a respiračním, minimalizovat rozvoj dekonidice a deprivace pohybu. Správným polohováním pacienta, kterému se budu věnovat více v následující podkapitole, pozitivně ovlivňujeme svalový tonus, zajišťujeme optimální aferentaci, pomáháme zpětnému nácviku rovnovážných funkcí, zajistíme centraci postavení klíčových kloubů a zabráníme vývoji syndromu bolestivého ramene. Cílem této činnosti je získání soběstačnosti a samostatnosti.

Lékař stanovuje na základě vyšetření léčebný rehabilitační program. Součástí tohoto programu bývá i logopedická a ergoterapeutická léčba. Ergoterapie je léčebná metoda, která slouží pro obnovení soběstačnosti, dovedností, zájmů a pracovních schopností. Tato profese prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, rekreačních a zájmových činností. Ergoterapie se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem je umožnit lidem účastnit se každodenních běžných činností. (Jelínková et al., 2009, s. 13; Slezáková, 2007, s. 153; Kalita et al., 2006, s. 496 - 498).

Při příjmu pacienta volíme podle postižení pacienta uspořádání pokoje a zajistíme přístupnou část lůžka z postižené strany. Pacienta vždy ukládáme na polohovatelné lůžko a dle rizika vzniku dekubitů, zajistíme antidekubitární matraci a ostatní polohovatelné pomůcky. Dále vyhodnocujeme soběstačnost pacienta na základě testu dle Gordonové. Tyto testy nám slouží k naplánování rehabilitačního ošetřování. U pacientů po prodělaném iktu provádíme nácvik denních činností jako je změna poloh, přesezení, posazení, hygienické úkony, sebenasycení a oblékání.

3.4.1 Polohování

Polohování je třeba zahájit co nejdříve a praktikovat dle stanovených pravidel. Polohováním lze předejít kožním trofickým změnám, kloubním ztuhlostem a nadměrné spasticitě, které mohou nastat v pozdějším období. Provádí se po 2 - 3 hodinových

intervalech, a to i v noci. Každá poloha musí být stabilní a vycházíme z toho, zda pacient leží v poloze na zádech, na zdravé straně nebo na straně postižené. Nejdříve provádíme pasivní polohování za pomoci měkkých polštářů nebo srolovaných ručníků. Pokud se správné polohování provádí pravidelně, pacient je schopen se rychle naučit do těchto poloh dostávat samostatně bez podpůrných pomůcek. Při ukládání pacienta do určitých poloh dbáme na to, aby ukládání bylo nebolestivé a pohodlné. K polohování pacienta používáme další polohovací molitanové pomůcky, polohovací dlahy, derotační botičky a další. Po správném zaškolení personálu s následnou ukázkou jsou sestry schopny se těmito polohovacími technikami naučit a zajistit správné polohování 24 hodin denně. (Piecková, 2012, s. 33 - 34; Kolář et al., 2009, s. 390)

3.5 Spánek a odpočinek

Spánek je podle psychologa Maslowa základní lidskou potřebou a definuje se jako aktivní děj, funkční stav organismu. Spánek a odpočinek patří mezi základní předpoklady zdraví. Od pacienta zjišťujeme anamnézu spánku, typ spánku, jeho kvalitu a délku. Mohou nastat určité poruchy spánku související se změnou prostředí, s pacientovi obavami, s bolestí, zvýšenou hlučností ve zdravotnickém zařízení nebo z důvodu neuskutečnění spánkových rituálů. Důležité je, aby sestra zjistila pacientovi zvyklosti před spaním. Jejím úkolem také je, aby provedla opatření zabezpečující klidný spánek nastavením lůžka do snížené polohy, umístění signalizačního zařízení a zabezpečením lůžka bočnicemi. Při ukládání pacienta ke spánku, sestra vyvětrá pokoj a odstraní rušivé elementy. Dle ordinace lékaře sestra podává pacientovi léky před spaním, sleduje účinek a vše zaznamenává do dokumentace. Pro kvalitní odpočinek je nutné pacientovi zajistit klid a příjemné prostředí (Mikšová, 2006, s. 124 - 126).

3.6 Vnímání a poznávání

V této oblasti se sestra zaměřuje na smyslové vjemy jako je zrak, sluch, čich, chuť, hmat. Zaměřuje se i na to, zda pacient využívá nějaké kompenzační pomůcky např. brýle nebo naslouchadlo. Pokud pacient péči o pomůcky nezvládá, sestra mu s manipulací pomáhá. Do této oblasti patří i vnímání bolesti, kterou hodnotíme podle určených škál. Na základě lékaře sestra podává pacientovi analgetika a jeho účinek zaznamenává do dokumentace. Další součástí této oblasti je řeč. U pacientů po prodělaném iktu se mohou vyskytovat komunikační poruchy různého typu a v různém rozsahu. Brockova motorická afázie je jednou z nejčastějších poruch. Pacient si tuto poruchu uvědomuje. Tempo řeči je výrazně zpomalené. Postižený má potíže s vyjadřováním, nemůže najít správná slova, ale mluvenému projevu

rozumí. Pacient během komunikace může opakovat stále jedno stejné slovo, nebo frázi za sebou. Celistvost projevu ale nedává smysl, a to může u pacienta vyvolat hněv a následné odmítání komunikace s personálem. Další poruchou je Wernickeho senzorická afázie, kterou si postižený neuvědomuje. Pacient mluví nesrozumitelně a mluvenému projevu nerozumí. Globální afázie u některých pacientů zůstává jako trvalá. Produkce řeči je u pacientů výrazně zasažena. V této afázii jsou zasaženy všechny složky řeči, opakování slov, pojmenování, spontánní řeč i porozumění. V akutním stádiu těchto poruch jsou pacienti rychle unavitelní a jejich schopnost koncentrovat pozornost je omezená. Náhlá ztráta schopnosti komunikovat a pohybovat končetinami vede pacienta k tomu, že odmítá spolupracovat. Logopedické vyšetření, které hraje důležitou roli v tomto postižení, pacienti mnohdy odmítají z důvodu zbytečnosti. Logoped by měl sestře poskytnout odborné rady, jak s pacientem komunikovat (Cséfalvay et al., 2007, s. 18 - 19, 35).

3.7 Sebeúcta a sebepojetí

Tato oblast nám popisuje jak pacient vnímá sám sebe a jakou má sám o sobě představu. Zdravá sebeúcta, sebekoncepce a sebevědomí pomáhají člověku ve zvládání náročných životních situacích. Narušenou sebekoncepci můžeme rozdělit do tří složek. Patří sem narušený obraz na základě ztráty tělesných funkcí, změna v plnění role a narušená osobní identita a sebeúcta. Při posuzování jednotlivých složek je velmi důležitý rozhovor s nemocným, kdy sestra objektivně pozoruje neverbální projevy pacienta. Sestra by během rozhovoru měla vést pacienta, aby vyjadřoval své pocity a docházelo jeho odreagování a uvolnění napětí. Pokud pacient nedokáže o svých prožitcích mluvit, může dojít k nadměrným emočním reakcím. Sestra pacienta vyslechne a jeho reakce nechá proběhnout. Důležité je pacienta chválit i za malé pokroky, povzbuzovat ho a snažit se získat si tak jeho důvěru. V případě potřeby zajistíme podporu psychologa (Trachtová, 2013, s. 154 - 160).

3.8 Role a vztahy

Mezilidské vztahy úzce souvisejí s plněním rolí, kterým se člověk během života učí. Role člověka jsou součástí jeho osobnosti, neustále se mění a vyvíjejí. V této oblasti se zabýváme problémy ve vyšších potřebách o někoho pečovat. Již v nejstarších dobách měl člověk potřebu starat se sám jak o své zdraví, tak o zdraví svých nejbližších. Udržení zdraví bylo závislé na přežití daného jedince, rodiny i sociální skupiny. Ve většině případů se člověk stává po prodělaném iktu závislým na svém okolí a vyžaduje tak nepřetržitou péči pro uspokojení daných potřeb. Závislost na okolí je ovlivněna rozsahem postižení. Rodina má

nezastupitelné místo při uzdravování pacienta. Rodinným příslušníkům je potřeba vysvětlit, jak mají o nemocného pečovat a jaký to má na jeho uzdravování vliv. Zájem rodiny, pravidelné návštěvy a radování se z každých pokroků upevňuje tyto vztahy a výrazně zlepšuje psychický stav pacienta. Utužování pocitu, že pacient je doma očekáván a rodina se na něho těší, je tím největším impulzem pro spolupráci při léčbě. (Jansová, 2009, s.80 - 81; Farkašová, 2006, s. 21 - 22)

3.9 Reprodukce a sexualita

V této oblasti se zaměřujeme na pacientovo uspokojování a neuspokojování lidských potřeb v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. Během rozhovoru s pacientem zjišťujeme poruchy či potíže jednotlivce v této oblasti. Sestra se zaměřuje na onemocnění pohlavních orgánů u žen se zaměříme na užívání antikoncepce, reprodukční období jako je premenstruační a menstruační cyklus, porody, potraty a postmenopauza. Je důležité, aby sestra uměla pacientovi vysvětlit obsah rozhovoru na téma sexualita a pacient se mohl rozhodnout, zda s tímto rozhovorem souhlasí či nesouhlasí. Během rozhovoru je nutná klidná atmosféra, zajištění soukromí a měla by pacienta pečlivě vyslechnout. Pro pacienta po prodělaném iktu je naplněná sexualita stejně důležitá jako pro člověka zdravého. Po prodělané CMP může u pacienta nastat určitý blok či snížení sexuální touhy. Příčinou je omezení pocitu hodnoty a spokojenosti (Trachtová, 2013, 168 - 172).

3.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

V této oblasti se zaměřujeme na zvládání stresu a zátěžových situací jak z onemocnění, tak z prostředí ve kterém je pacient léčen. Snažíme se zachytit, jak pacient zvládá odezvu na danou zátěž. Zaměřujeme se na pacientovi problémy a životní změny, které mu onemocnění přineslo. Každý pacient reaguje jinak na onemocnění a následný pobyt ve zdravotnickém zařízení. Nemocnice je zařízení odlišné od těch, které zná pacient ze svého běžného prostředí a po prodělaném iktu je zde nutná hospitalizace. Každá nemoc ale je zátěžovou situací, kdy se může u pacienta projevit maladaptace, což je prohlubující se beznaděj a bezmoc. Úkolem zdravotnického personálu je pacientovi pomoci hledat smysl života, posilovat kladné hodnocení a naučit ho své onemocnění akceptovat a dokázat se s ním zapojit do běžného života. Po prodělaném iktu se mnohé mění a to nejen v pacientově těle, ale i v jeho psychice, může trpět závažnými citovými problémy, které se projevují pláčem, nespokojeností a depresí. Pacient se musí s onemocněním postupně vyrovnávat. Obecně je možné říci, že ho onemocnění dostává do stresu a tento stres musí zvládat. Na základě stresu

se u něho může projevovat strach, jehož předmětem bývá odloučení od rodiny, přátel, nesoběstačnost, bolest, změny způsobu života ale také strach z léčení a ze smrti. CMP mohou dále doprovázet pocity strachu a úzkosti, které je sestra schopna vysledovat na první pohled vyděšeným výrazem, mimikou, bledostí nebo strnulostí pacienta. S pacientem je třeba jednat vlídně a dát mu najevo, že nám není lhostejný, respektovat ho. Během rozhovoru je důležité u pacienta zjistit příčinu strachu a umožnit mu, aby o něm mluvil. Vhodné je pacienta aktivizovat, odvést pozornost od onemocnění například předčítáním knih, nebo hudbou. Rodina je pro pacienta psychickou oporou, její spolupráce s pacientem je pro nás velmi důležitá (Křivohlavý, 2002, s. 48 - 131).

3.11 Víra, životní styl

V této oblasti se sestra zaměřuje na získávání informací o tom, jak pacient vnímá své životní hodnoty, cíle nebo přesvědčení. Zaměřujeme se i na jeho náboženskou kulturu, která ho ovlivňuje ve volbě či rozhodování. Sestra by měla na pacienta a jeho náboženské služby, během pobytu ve zdravotnickém zařízení, brát ohled (Trachtová, 2013, s. 169 - 172).

II PRAKTICKÁ ČÁST

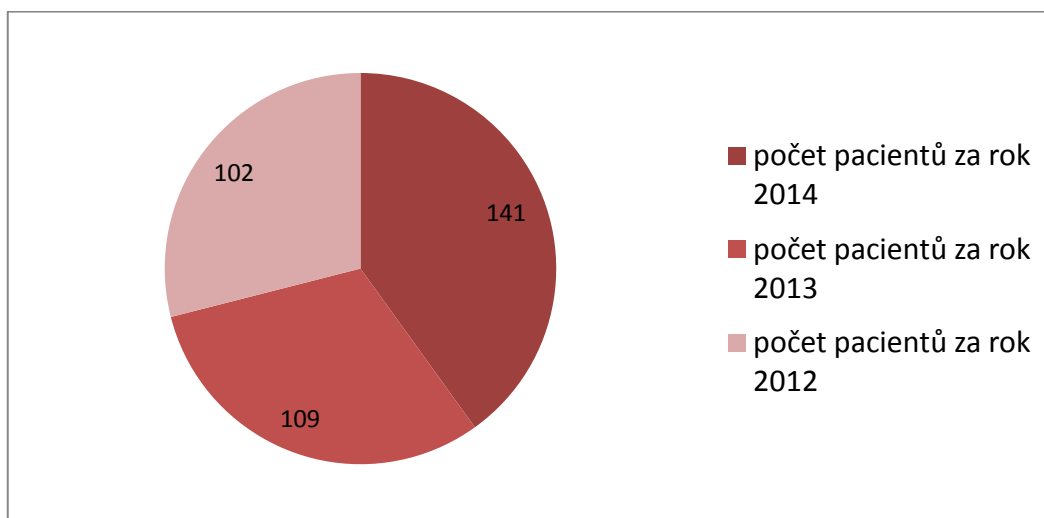
4 METODIKA

4.1 Popis Rehabilitačního ústavu

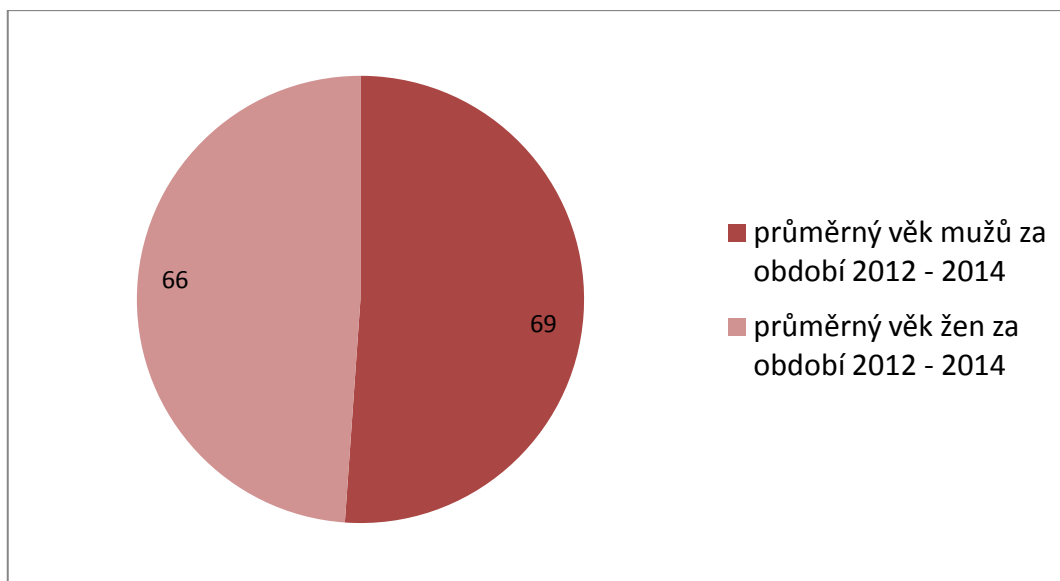
Rehabilitační ústav, je akreditované zdravotnické zařízení lázeňského typu s kapacitou lůžek 220. Je zde prováděna rehabilitace pacientů s onemocněním pohybového ústrojí, s onemocněním neurologického systému, ale také pacientů s bolestmi páteře a kloubů. Pro každého pacienta je vždy vypracován individuální rehabilitační plán, který je uzpůsobován dle aktuálního zdravotního stavu podle opakovaných vyšetření lékaři. Rehabilitační komplex se skládá z vodoléčby, bazénu, elektroléčby, ergoterapie a tělocvičen na individuální a skupinovou léčebnou rehabilitaci. V areálu je také k dispozici kavárna, posezení na kolonádě, rozlehlý park, sauna, půjčovna kol a relaxační zóna.

4.2 Statistické údaje

V Rehabilitačním ústavu, kde jsme prováděly sběr kazuistik, bylo za rok 2014 přijato celkem 141 pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda. V roce 2013 bylo přijato pacientů 109 a v roce 2012 se jednalo o 102 pacientů. (Obrázek 1) V jednotlivých obdobích převažovaly hospitalizace mužů a jejich průměrný věk byl 69 let. U žen byl průměrný věk za tato období 66 let. (Obrázek 2)



Obrázek 1: Počet přijatých pacientů



Obrázek 2: Průměrný věk pacientů

4.3 Zpracování kazuistik

Pro praktickou část bakalářské práce jsme zpracovaly 10 kazuistik u pacientů s diagnózou CMP a následně jsme u dospělých pacientů bez rozdílu věku vybraly 3 kazuistiky, které jsme v bakalářské práci uvedly. Pracovaly jsme metodou ošetrovatelského procesu. Pacienty jsme vybraly s jejich písemným souhlasem. Následně byli pacienti seznámeni s ošetrovatelským procesem, jeho průběhem a vypracováním.

Pro sběr ošetrovatelské anamnézy a zhodnocení nemocného jsme použily „Model fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové. Tento model je výsledkem grantu, který byl v 80. letech financován federální vládou Spojených států. Podle tohoto modelu mohou sestry zhodnotit zdravotní stav nemocného člověka, ale i člověka zdravého. Zdraví pacienta může být jak funkční, tak dysfunkční. Funkční zdraví je v modelu vyjádřeno jako rovnováha bio-psycho-sociální interakce a je ovlivňováno biologickými, kulturními, vývojovými, duchovními a sociálními faktory. Pokud dojde k poruše v některé z jednotlivých oblastí, hovoříme o dysfunkčním zdraví. Strukturu modelu tvoří 12 oblastí a každá z těchto oblastí tvoří funkční nebo dysfunkční součást zdraví člověka: Vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání, citlivost a poznávání, sebepojetí a sebeúcta, role a mezilidské vztahy, sexualita, stres, víra a životní hodnoty, jiné. Po sběru anamnestických dat, čerpaných z ošetrovatelské dokumentace, rozhovorem s pacientem, pozorováním, vyšetřením pomocí testů a zpracováním údajů z lékařské a sesterské dokumentace jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy za použití NANDA taxonomie II.

Ošetrovateľská diagnóza je pojmenování problému klienta , který vzniká např. se základním onemocněním jako aktuální ošetrovateľská diagnóza, potencionální ošetrovateľská diagnóza, u které je riziko jejího vzniku během hospitalizace a edukační ošetrovateľská diagnóza. To vše určíme získanými informacemi o pacientovi. U konkrétního jedince rozeznáme problém aktuální i potencionální a tím zformulujeme ošetrovateľské diagnózy, na které je nutné se zaměřit. Diagnózy se pravidelně přehodnocují a upravují dle aktuálního stavu pacienta. Na základě získaných informací a s použitím NANDA international ošetrovateľských diagnóz 2012 - 2014 jsme vytvořily plán ošetrovateľské péče, provedly jeho realizaci a vyhodnotily úspěšnost. Výstupem bakalářské práce je mapa péče vytvořena pro pacienta plánovaného k přijetí a na dobu jeho hospitalizace (Mastiliaková, 2003, s. 124 - 127).

5 KAUISTIKA ČÍSLO 1

Paní K. Z. (71 let) byla poprvé přijata na oddělení pro iCMP. Pacientka byla odeslána z neurologického oddělení, kam byla přijata pro vzniklou poruchu hybnosti levostranných končetin v klinice postupně deviace bulbů doprava, centrální paresa nervus VII a n. XII doleva. Na CT mozku zjištěna ischemie v bazálních gangliích vpravo. Nyní přetrvává hemiparéza v oblasti LHK a mravenčení v oblasti LDK. Pacientka dříve pracovala jako dělnice v zemědělství, nyní je starobní důchodkyně. Žije s manželem. Bratr zemřel na CMP.

Hlavní lékařské diagnózy: stav po iCMP s levostrannou hemiparézou 12/2014

Vedlejší diagnózy: Hypertenzní choroba

Farmakologická léčba:

Godasal 100 mg tbl 0-1-0 (antiagregancium)

Gleperil 8 mg tbl 1-0-1 (antihypertenzivum)

Rosuvastatin 10 mg tbl 0-0-0-1 (hypolipidemikum)

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled, úprava : pacientka je celkově upravená, nehty upravené, čisté

Stav vědomí: pacientka je při vědomí

Výška: 160 cm

Váha: 55 kg

BMI: 21,4

Puls: 68, pravidelný

Dech: 16, eupnoe

Krevní tlak: 145/80

Tělesná teplota: 36,7

Schopnost komunikace: nenarušená

Postoj: hemiparetický

Chůze: o 4bodové holi

Stisk ruky: omezená hrubá a jemná motorika levé ruky z důvodu hemiparézy

Zrak: brýle na čtení

Sluch: bez omezení

Nos: bez sekrece

Dutina ústní, chrup: horní protéza

Stav kůže: bez defektů, kožní turgor v normě

Alergie: neudává

Informace získané objektivním pozorováním při rozhovoru:

Orientace: pacientka plně orientována ve všech směrech

Chápe myšlenky a otázky: ANO

Řeč: plynulá

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udržuje

Testy, škály:

Riziko dekubitů dle Nortonové: 30 - riziko nehrozí

Barthelův test: 75b. - lehká závislost

GCS: 15b.

Hodnocení rizika vzniku pádu: 65b. - vysoké riziko pádu

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové: najíst se - 1, umýt se - 1, vykoupat se - 2, obléci se - 2, chůze - 3

5.1 Průběh hospitalizace:

1. den: Pacientka byla přijata na oddělení a seznámena s chodem oddělení. Edukována dle edukačního záznamu. Provedena kontrola expirace a množství léků. Pacientka byla uložena na pokoj a byla provedena dopomoc s vybalením osobních věcí. Přístup k lůžku je umožněn z levé strany a noční stolek je umístěn na levou stranu lůžka. Pacientka byla poučena o používání signalizačního zařízení. Tekutiny na pokoji doplněny. Provedeno vstupní vyšetření lékařem, rozepsán RHB plán pacientky. Pacientka je zařazena do kategorie č.3. U pacientky je nutná dopomoc ve všech denních činnostech: hygieně, oblékání, vyprazdňování, stravování, chůze o 4bodové holi za přítomnosti jedné osoby. Pacientka udává, že za poslední měsíc upadla 3krát. Dieta rozepsána č.3-rationální. Dle ordinace lékaře bude léky podávat sestra. Byl proveden sběr informací dle Majory Gordonové.

2. den: Pacientka zahajuje rehabilitaci dle nastaveného rehabilitačního plánu. V rámci léčebného programu bude absolvovat TMT a ILR levostranných končetin, nácvik sebeobsluhy a jemné motoriky levostranných horních končetin, autoterapii, vířivku LHK, ergoterapii se zaměřením na nácvik sebeobsluhy a jemné motoriky LHK a částečnou masáž LHK. Pacientka se cítí dobře a neudává žádné akutní obtíže. Je poučena o možném výskytu únavy

z absolvovaných procedur. V případě, že bude pociťovat únavu, nahlásí to ošetřujícímu personálu. Stravuje se v jídelně a je potřeba pacientce jídlo pokrájet, následně se zvládne najíst sama. Pacientku doprovázíme na toaletu dle její potřeby. Na procedury je pacientka odvážena na invalidním vozíku ošetřujícím personálem.

3. den: Adaptace na oddělení probíhá v pořádku. Pacientka je komunikativní a spokojená. Pokračuje v nastaveném RHB plánu. U pacientky probíhá dopomoc v běžných denních činnostech. Je snaživá a aktivně spolupracuje. Na ergoterapii došla za doprovodu ošetřujícího personálu. Pacientka byla na této proceduře spokojena. S ergoterapeutkou pletly košíky, což se jí moc líbilo. Na ostatní procedury byla odvezena na vozíku vzhledem k **únavě**. Nadále pokračuje dopomoc ve všech denních činnostech s aktivním zapojením pacientky.

4. den: Pacientka udává mírnou únavu. Byla poučena, aby mezi jednotlivými procedurami odpočívala. Upravit RHB plán odmítá. Na procedury je dnes odvážena na invalidním vozíku. Mezi jednotlivými procedurami odpočívá a poslouchá hudbu. Pacientka se dnes stravuje na pokoji, vzhledem k přetrvávající únavě. Jídlo je potřeba pokrájet, ale zvládne se najíst sama. V rámci TMT a ILR probíhá nácvik sebeobsluhy a jemné motoriky LHK. Na ergoterapii, kam se pacientka velmi těší, pletli opět košíky a přebírali hrách.

5. den: Pacientka je velmi spokojená, cítí se dobře a dnes únavu neudává. Dle ordinace lékaře je nadále na procedury odvážena na invalidním vozíku. Po pokoji se pacientka pohybuje o 4bodové holi za přítomnosti druhé osoby, doprovod je nutný i na toaletu. Pacientka aktivně spolupracuje a zapojuje se do sebeobsluhy v běžných denních činnostech. Pacientku doprovázíme do koupelny, kde za pomoci druhé osoby provádí ranní a večerní hygienu. V rámci oblékání je také nutná dopomoc, především s natažením spodní části oblečení. Horní část oblečení si pacientka oblékne sama bez pomoci. Dnes se stravuje opět v jídelně, kam je odvezena ošetřujícím personálem na invalidním vozíku. V nastavené RHB pokračuje bez omezení. V odpoledních hodinách ji navštívila rodina a společně navštívili kavárnu. Po přítomnosti rodiny je pacientka spokojená a usměvavá a plná dojmu z návštěvy.

6. den: Pacientka dnes nemá naordinovány žádné procedury, vzhledem k tomu, že je neděle (odpočinkový den). Po schválení propustky ošetřujícím lékařem odjíždí na celý den domů. Poučena o návratu do 19hodin, léky předány sebou.

7. den: Pacientka se po včerejší propustce cítí spokojeně. Dnes pokračuje v nastaveném RHB plánu. Na ergoterapii procvičuje pletení. Pacientka vždy ráda pletla, ale vzhledem k diagnóze, musela s touto činností přestat. Dochází k mírnému zlepšení hybnosti LHK. Ostatní procedury zvládá dobře vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku pacientky. Je snaživá a aktivně se zapojuje do spolupráce s ošetřujícím personálem. Během ranní a večerní hygieny se snaží do jednotlivých úkonů zapojovat i LHK. Pacientka se zkouší sama česat, nebo si LHK čistit zuby. Má ze sebe radost.

8.den: Pokračuje v nastavené RHB plánu. Po doprovodu do koupelny se snaží ranní a večerní hygienu provádět sama. Mezi jednotlivými procedurami nadále odpočívá, buď na pokoji, nebo v relaxační zóně. V rámci TMT a ILR probíhá nadále nácvik sebeobsluhy a procvičování jemné motoriky v denních činnostech s pozitivním efektem. Pacientka je s procedurami velmi spokojená, vidí že mají na její zdravotní stav pozitivní vliv.

8.-15. den: Pacientka nadále pokračuje v RHB plánu dle ordinace lékaře. Pravidelně absolvuje TMT a ILR s nácvikem sebeobsluhy a nácvikem správného stereotypu chůze o 4bodové holi. Nadále absolvuje autoterapii, ergoterapii, vířivku LHK a částečnou masáž LHK. Procedury toleruje dle svých možností a intenzita cvičení je přizpůsobena aktuálním pocitům pacientky. Celková soběstačnost pacientky se nadále posiluje s pozitivním efektem. Pacientka se snaží aktivně zapojovat do běžných denních činností LHK. Již se zvládne sama LHK učesat a vyčistit si zuby. Dopomoc přetrvává v oblasti stravování, kdy je potřeba pacientce jídlo pokrát, horní část oděvu si zvládne pacientka obléknout sama, s dolní částí oděvu je třeba pacientce nadále dopomout. Na procedury je dle aktuálního stavu odvážena na invalidním vozíku nebo doprovázena o 4bodové holi za přítomnosti druhé osoby.

16.-25. den: Hybnost LHK se výrazně zlepšuje. Ranní a večerní hygienu provádí sama, je nutný pouze doprovod do koupelny. U pacientky byla dokončena procedura vířivka LHK. Se svým RHB plánem je spokojena. Pacientka aktivně plní zadané úkoly z ergoterapie. Mezi jednotlivými procedurami odpočívá, nebo je odvezena do kavárny, kde ráda tráví čas s ostatními pacientkami. Pacientku pravidelně navštěvuje rodina a nebo si po schválení propustky lékařem bere rodina pacientku domů.

26.-35. den: Je patrné celkové zlepšení v rámci sebeobsluhy v oblasti hygieny, oblékání a stravování. Pacientka se snaží pokrájet si jídlo sama, dopomoc je nutná dle potřeby. Ranní a večerní hygienu zvládá sama. Nutný je nadále doprovod druhé osoby z důvodu vysokého rizika pádu. Za přítomnosti druhé osoby je chůze o 4bodové holi stabilní. Pacientka je velmi snaživá a díky jejímu aktivnímu přístupu k léčebné rehabilitaci, se její zdravotní stav zlepšuje. Propuštění je plánováno na 42.den hospitalizace.

36.-42. den: Pacientka dokončuje RHB plán. Již zmiňované procedury tolerovala bez obtíží. Při výskytu únavy byla u pacientky ošetrovatelská péče upravena vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. RHB plán byl zaměřen na uvolnění a stabilizaci LHK s pozitivním efektem. U pacientky došlo ke zlepšení stavu v rámci sebeobsluhy v běžných denních činnostech, které byly nacvičovány v rámci ergoterapie. Chůze o 4bodové holi v doprovodu druhé osoby je stabilní. Stabilita chůze byla nacvičována v rámci ILR také s pozitivním efektem. Po celou dobu hospitalizace byla pacientka snaživá, motivovaná a k rehabilitaci přistupovala aktivně. Pacientka je poučena po propuštění o návštěvě svého praktického lékaře a následném pokračování v RHB režimu. Pacientce bylo doporučeno zopakování řízené léčebné RHB dle jeho zdravotního stavu.

5.2 Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové:

Vnímání zdraví :

Pacientka během svého života prodělala běžné virózy, v roce 2005 pravostrannou pneumonii a opakovaně prodělala infekty horních cest dýchacích. Má hypertenzní nemoc korigovanou antihypertenzivy. Doma má digitální tonometr a pravidelně si tlak měří. Měřené hodnoty jsou v normě. Užívá vitamínové doplňky. Na hospitalizaci se těší, protože věří, že jí pomůže ke zlepšení zdravotního stavu.

Výživa, metabolismus :

Pacientka nemá žádné dietní omezení. Potravinové alergie neguje. Snaží se stravovat pravidelně, dodržuje zásady zdravého stravování a stravuje se pětkrát denně. Do svého jídelníčku zařazuje hodně ovoce a zeleniny, celozrnné pečivo a vyhýbá se tučným masům a mastným výrobkům. Sladké potraviny moc nejí. Jednou týdně si dá kousek hořké čokolády. Během dne popíjí vlažnou vodu a bylinné čaje. Kávu pije rozpustnou, jednou denně, a to dopoledne. Se svou váhou je spokojena.

Vylučování:

S vylučováním stolice nemá žádné problémy, projímadla neužívá. Pacientka vylučuje stolicí pravidelně každý den. Ve stolici nepozoruje žádné patologické příměsi. Močí bez problémů.

Aktivita – cvičení:

V rámci sebeobsluhy potřebuje pacientka dopomoc. Před nemocí byla pacientka plně soběstačná. Každý den chodila na procházky. Jednou týdně docházela na cvičení. Aktivitu běžného života zvládala bez problémů. Ráda pletla a háčkovala.

Spánek a odpočinek:

Pacientka chodí spát okolo 22. hod. Občas má potíže s usínáním. Léky neužívá. Uvaří si bylinný čaj pro dobré spaní. V cizím prostředí má potíže se spánkem. Hypnotika ale odmítá.

Vnímání a poznávání:

Potíže se sluchem neudává. Vidí dobře, brýle nosí na čtení. Paměť je dobrá. Občas něco zapomene. Čich i chuť jsou v pořádku.

Sebepojetí a sebeúcta:

Pacientka je introvert. Je klidná a nekonfliktní. Má se ráda a je se svým životem spokojená. Věří, že se jí podaří nemoc překonat.

Plnění rolí a mezilidské vztahy:

Pacientka bydlí v bytě s manželem. Má tři děti a sedm vnoučat. Pravidelně se všichni navštěvují. S manželem mají pěkný vztah. Cítí se spokojeně. Má kamarádku, se kterou se také pravidelně navštěvuje.

Sexualita a reprodukční schopnost:

Menstruace od 13.let. Menopauza od 47 let. Tři porody, jeden potrat.

Stres a zátěžové situace

Stresovým situacím se pacientka snaží vyhýbat. Při zvládání náročnějších situací se obrací na své dcery, ty jí se vším pomohou.

Víra a přesvědčení:

Pacientka je věřící.

Jiné:

O jiných problémech nebo záležitostech pacientka nehovořila.

Zvažované ošetrovateľské diagnózy:

Zhoršená telesná pohyblivosť (00085)

Deficit sebedpěče při koupání (00108) , při oblékání (00109), při stravování (00102), při vyprazdňování (00110)

Únava (00093)

Riziko pádů (00155)

Snaha zlepšit sebe péči (00182)

5.3 Plán ošetrovateľské péče:**Zhoršená telesná pohyblivosť (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, omezená schopnost provádět hrubé motorické dovednosti, zpomalený pohyb

Související faktory

neuromuskulární poškození

Cíle

U pacientky selepší hybnost LHK a LDK do 3 týdnů hospitalizace.

Pacientka bude schopna zapojovat LHK do denních činností do 3 týdnů hospitalizace.

Intervence

Aktivizuj pacientku v oblasti denních činností po celou dobu hospitalizace.

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

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

Realizace

Pacientka absolvovala denně procedury, kde docházelo k procvičování jemné a hrubé motoriky LHK a nácviku chůze o 4bodové holi za přítomnosti fyzioterapeuta

a ošetrovateľského personálu. Během dne ošetrovateľský personál aktivizoval pacientku v denních činnostech. Dle potřeby byly odstraněny překážky z prostředí.

Zhodnocení

Hybnost LHK se zlepšila do 14 dnů. Pacientka se zvládne sama učešat a vyčistit si zuby. Chůze o 4bodové holi je také jistější, stabilizovanější. Cíl splněn.

Deficit sebeděče při koupání (00108) , při oblékání (00109), při stravování (00102), při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání, oblékání, stravování, vyprazdňování

Určující znaky

neschopnost umýt si pravou část těla, neschopnost osušit si pravou část těla, neschopnost dostat se do koupelny/sprchy,toalety, neschopnost obléknout si oblečení na dolní části těla, neschopnost připravit jídlo ke konzumaci, neschopnost otevřít obaly, plastové misky

Související faktory

překážky v prostředí, neuromuskulární poškození

Cíle

U pacientky bude zajištěna ošetrovateľským personálem celková koupel denně ve večerních hodinách po celou dobu hospitalizace.

Pacientka bude mít připravené jídlo ke konzumaci dle potřeby po celou dobu hospitalizace.

Pacientka se bude aktivně zapojovat do sebeděče po celou dobu hospitalizace a její schopnosti bude ošetrovateľský personál rozvíjet.

Intervence

Zajisti dohled a doprovod pacientky při celkové koupeli po celou dobu hospitalizace.

Pomož pacientce s umytím a osušením horní pravé poloviny těla.

Zajisti, aby měla pacientka během dne i v noci v dosahu signalizační zařízení.

Připrav pacientce jídlo ke konzumaci vždy po příchodu do jídelny, namaž rohlík, rozdělej obal,..

Pomož pacientce s obléknutím dolní poloviny oblečení.

Aktivizuj pacientku v denních činnostech a rozvíjej její schopnosti.

Realizace

Každý den ve večerních hodinách doprovodil ošetrovatelský personál pacientku do koupelny, kde provedla pod dohledem celkovou koupel. Ošetrovatelský personál pacientce umyl a následně osušil horní pravou polovinu těla a oblékl dolní část oblečení. Dle potřeby zajistil ošetrovatelský personál doprovod pacientky na toaletu. Vždy po příchodu do jídelny měla pacientka jídlo připravené ke konzumaci. Během celé hospitalizace byla pacientka zapojována do sebepěče a docházelo k rozvíjení jejích schopností.

Zhodnocení

Pacientka prováděla celkovou koupel denně za doprovodu a dohledu ošetrovatelského personálu, po celou dobu hospitalizace. Horní pravou polovinu těla pacientce umyl a následně osušil ošetrovatelský personál. Doprovod na toaletu byl zajištěn vždy dle potřeby. Jídlo měla připravené ke konzumaci po příchodu do jídelny po celou dobu hospitalizace. Cíl splněn.

Únava (00093)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky

uvádí pocit únavy

Související faktory

špatný fyzický stav

Cíle

Únava bude odstraněna do tří dnů hospitalizace.

U pacientky dojde k opětovnému zvýšení energie do tří dnů hospitalizace.

Intervence

O výskytu únavy informuj lékaře.

Odvez pacientku na procedury na vozíku.

Dones pacientce jídlo na pokoj.

Realizace

Ošetřující lékaře byl informován o výskytu únavy, pacientka byla na jednotlivé procedury odvezena na vozíku. Po dobu výskytu únavy se stravovala na pokoji.

Zhodnocení

Únava byla odstraněna do druhého dne, dle potřeby byla pacientka dovážena na jednotlivé procedury na vozíku. Cíl splněn.

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory

používání 4bodové hole, užívání antihypertenziv, potíže s chůzí, zhoršená rovnováha, věk nad 65 let

Cíle

U pacientky nedojde k pádu po celou dobu hospitalizace.

U pacientky bude prováděn nácvik správného stereotypu v rámci rehabilitace po celou dobu hospitalizace.

Intervence

Zajisti doprovod pacientky po celou dobu hospitalizace.

Prováděj nácvik správného stereotypu chůze o 4bodové holi po celou dobu hospitalizace.

Dběj na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádů po celou dobu hospitalizace.

Edukuj pacientku o vhodné obuvi.

Realizace

Pacientka absolvovala denně procedury, kde se učila správnému nácviku chůze s kompenzační pomůckou. Pacientce byl zajištěn doprovod po celou dobu hospitalizace. Pacientka byla při přijetí edukovaná o vhodné obuvi. V případě potřeby byly odstraněny překážky a bylo zajištěno bezpečné prostředí.

Zhodnocení

U pacientky byl prováděn denně nácvik chůze a během hospitalizace nedošlo k pádu. Cíl splněn.

Snaha zlepšit sebepéči (00182)

Doména 11: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Sebepéče

Definice: Vzorec provádění aktivit, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.

Určující znaky

vyjadřuje touhu zlepšit sebeděči

Cíle

U pacientky dojde do konce hospitalizace k posílení soběstačnosti.

Pacientka bude schopna na konci hospitalizace zapojit postiženou končetinu do sebeobsluhy v denních činnostech.

Intervence

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

Aktivizuj pacientku v oblasti denních činností po celou dobu hospitalizace.

Vybízej pacientku, aby se snažila zapojovat postiženou končetinu do sebeobsluhy v denních činnostech po celou dobu hospitalizace.

Realizace

Pacientka absolvovala denně po dobu hospitalizace procedury, kde docházelo k uvolňování hybnosti postižené končetiny a nácviku sebeobsluhy v denních činnostech. Pacientka zapojovala postiženou končetinu do každodenních všedních činností.

Zhodnocení

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

6 KAZUISTIKA ČÍSLO 2

Pan B. J. (68 let) byl poprvé přijat na oddělení k hospitalizaci na doporučení neurologa. Pacient prodělal iCMP 3/2014, etiologicky při neléčené hypertenzní nemoci. Pacient žije s manželkou. Dříve pracoval jako ředitel technických služeb, nyní je starobní důchodce. Pacient má lehkou dysartrii, pravidelně navštěvuje logopeda. Spolupráce v oblasti nácviku řeči je špatná. Pacient obtížně hledá slova a tak nechce mluvit. Občas také nerozumí výzvě a ne vždy dovede určit čas.

Hlavní lékařské diagnózy: stav po iCMP s lehkou dysartrií a pravostrannou hemiparézou

Vedlejší diagnózy: Hypertenzní nemoc, depresivní syndrom

Farmakologická léčba:

Concor 5 mg tbl 1-0-0 (antihypertenzivum)

Tritico 75 mg tbl 0-0-0-1 (antidepresivum)

Prestarium neo forte tbl 1-0-0 (hypotenzivum)

Zoloft 50 mg tbl 1-0-0 (antidepresivum)

Rilmenidin 1 mg tbl 1-0-0 (hypotenzivum)

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled, úprava : upravený, nehty upravené

Stav vědomí: při vědomí

Výška: 180 cm

Váha: 82 kg

BMI: 25,3

Puls: 70, pravidelný

Dech: 14, eupnoe

Krevní tlak: 140/75

Tělesná teplota: 36,7

Postoj : hemiparetický

Schopnost komunikace: lehká dysartrie, dochází na logopedii, apraxie

Chůze: na delší trasy doprovod jedné osoby, chůze o 1FH

Stisk ruky: síla stisku bez oslabení, jemná motorika omezená

Zrak: nosí brýle na čtení
Nos: bez sekrece
Dutina ústní, chrup: zuby vlastní
Stav kůže: bez defektů, kožní turgor v normě
Alergie: neudává

Informace získané objektivním pozorováním při rozhovoru:

Orientace: pacient orientován v prostoru a místě, v čase orientace vážně
Chápe myšlenky a otázky: ne vždy, nutná zpětná vazba
Řeč: lehká dysartrie
Úroveň slovní zásoby: špatná
Oční kontakt: udržuje

Testy, škály:

Riziko dekubitů dle Nortonové: 30 - riziko nehrozí
Barthelův test: 95b.- lehká závislost
GCS: 15b.
Hodnocení rizika vzniku pádu: 4b. - střední riziko pádu
Úroveň soběstačnosti dle Gordonové: najíst se - 0, umýt se - 0, vykoupat se - 1, obléci se - 0, chůze - 1

6.1 Průběh hospitalizace:

1.den: Pacient byl přijat na oddělení, byl edukován dle edukačního záznamu oddělení a seznámen s prostředím. Byla provedena kontrola expirace a množství léků. Pacient uložen na pokoj a provedena dopomoc s vybalením jeho věcí. Přístup k lůžku je umožněn z pravé strany, noční stolek je umístěn na pravou stranu lůžka. Pacient byl poučen o signalizačním zařízení a o jeho používání. Na pokoji byly doplněny tekutiny. Provedeno vstupní vyšetření lékařem, který rozepsal RHB plán pacienta. Pacient je zařazen do kategorie č.1, dopomoc pouze při celkové koupeli. Je nutné hlídat časový rozpis procedur a připomínat mu je z důvodu zhoršené orientace v čase a dle potřeby zajistit doprovod. Na kratší vzdálenosti se pacient pohybuje samostatně o opoře 1FH. Na delší trasy je doprovod nutný. Dieta rozepsána

č.3-rationální. Dle ordinace lékaře bude léky podávat během celého pobytu sestra. Byl proveden sběr informací dle Marjory Gordonové.

2.den: Po ranní hygieně a snídani pacient zahajuje rehabilitaci dle nastaveného rehabilitačního plánu. V rámci rehabilitace bude absolvovat TMT a ILR PHK, autoterapii, skupinovou LR, ergoterapii a logopedii. Dále bude u pacienta nacvičována stabilizace a postura těla a nacvičování správného stereotypu chůze o opoře 1FH. Pacientovi bude hlídán rozpis procedur. Vzhledem k tomu, že je v zařízení hospitalizován poprvé, bude zajištěn doprovod na jednotlivé procedury do doby, než si zvykne, kde která procedura probíhá. Pacient zvládá běžné denní činnosti sám. Dopomoc je potřeba v celkové koupeli, která bude prováděna denně. Nutný je pouze dohled z důvodu prevence pádu na mokré podlaze.

3.den: Po probuzení provedl pacient ranní hygienu, kterou zvládá sám. Je v dobré náladě a udává, že se vyspal celkem dobře. Adaptace na oddělení probíhá v pořádku. Je upozorněn, že hned po snídani v osm hodin má absolvovat TMT a ILR PHK. V oblasti stravování používá LHK, ale zapojuje i PHK. Hrubá motorika je zachována, jemná motorika bude procvičována v rámci ergoterapie, kterou absolvoval již včera. Pacient má problémy v oblasti komunikace, artikulace je narušena, tempo řeči je pomalé. Je důležité dát pacientovi dostatek prostoru na vyjádření, při rozhovoru být trpělivý a pozorný. Mluvit jasně, srozumitelně, v krátkých větách a dát pacientovi najevo, že s ním mluvit chceme, aby nedošlo k jeho uzavření. Důležité je také udržování očního kontaktu a neopravovat chybná slova. Mezi procedurami pacient odpočívá. Po večeři byla provedena celková koupel pacienta. Obsluhu zvládá sám, dopomoc je nutná pouze z důvodu prevence pádu.

4.den: I dnes se pacient vyspal dobře a těší se na jednotlivé procedury. Po ranní hygieně odešel se svým spolubydlícím na snídani. Následně absolvoval jednotlivé procedury, na které byl doprovázen ošetrovatelským personálem. Nastavený RHB plán pacientovi vyhovuje. Ošetřujícím lékařem je edukovaný o možné úpravě plánu vzhledem k únavě, která se může po procedurách vyskytnout. V rámci ergoterapie dochází k procvičování jemné motoriky PHK. Jednotlivé procedury zvládá velmi dobře a aktivně spolupracuje. Pacient je snaživý i v oblasti komunikace, snaží se vyhledávat slova, aby mohl vyjádřit svou myšlenku. Aktivně slova opakuje a komunikaci tak trénuje. Na oddělení se orientuje a je schopen si na některé procedury dojít sám. Je nutné pouze pacienta upozornit na čas jednotlivých procedur.

5.den: Pacient se cítí dobře a únavu nepocítuje. Je v dobrém psychickém rozmaru. V průběhu RHB plánu je každodenně procvičován nácvik správného stereotypu chůze o 1FH. Pacient

ujde 50 metrů bez kompenzační pomůcky, chůze je jistá a postura těla je správná. V rámci ergoterapie pacient procvičuje jemnou motoriku PHK překládáním prstů na žebříčku, či přebíráním hrachu. Stav komunikace je stejný, je umožněn dostatek prostoru na vyjádření pacientovi myšlenky. S pacientem dochází k nácviku komunikace i během dne opakováním jednotlivých slov nebo pojmenováváním jednotlivých obrázků, které obdržel na logopedii. Na přání pacienta je dnes celková koupel provedena před večerí, po večerí by se rád díval na televizi.

6.den: Dnes nemá pacient naordinované žádné procedury, vzhledem k tomu, že je neděle (odpočinkový den). Na celý den za ním přijela manželka, s kterou se chystá na procházku a v odpoledních hodinách půjdou posedět do kavárny.

7.den: Pacient je po včerejším stráveném dni s manželkou spokojený. Dnes opět pokračuje v nastaveném RHB plánu. Na ergoterapii zkouší novou činnost - pletení košíků z papírových trubiček. Tuto činnost zvládá dobře. Nadále absolvuje skupinovou LR v tělocvičně, TMT pravostranných končetin a nácvik správné chůze o 1FH.

8.den: Pacient odešel po ranní hygieně sám na snídani. Na některé z procedur si zvládne dojít také sám. Časový rozpis procedur je hlídán ošetrovatelským personálem ale ne vždy je nutné procedury připomínat. Mezi jednotlivými procedurami odpočívá a nebo si prohlíží encyklopedii. Sám udává, že pocituje zlepšení v hybnosti PHK. I dnes procvičuje nácvik chůze o 1FH, který je správný. Od zítřejšího dne bude prováděn nácvik chůze do schodů za přítomnosti fyzioterapeuta. Denní činnosti zvládá samostatně a spolupráce s pacientem je velmi dobrá.

8.-15.den: Pacient nadále pokračuje v RHB plánu. Pravidelně absolvuje TMT a ILR PHK, autoterapii, skupinovou LR, ergoterapii a dochází na logopedii. V oblasti komunikace nedošlo u pacienta k velkým změnám, snaží se ale spolupracovat. Dále je u pacienta nacvičována stabilizace a postura těla a nácvik správného stereotypu chůze o 1FH ale i bez kompenzační pomůcky na kratší vzdálenost. Bez opory 1FH ujde přibližně 100 metrů. Osmý den začal nacvičovat chůzi do schodů o 1FH. 15. den vyjde pět schodů a sejde pomalu zpět. V rámci ergoterapie pacient plete košíky, vyšívá nebo procvičuje jemnou motoriku překládáním prstů na žebříčku. Procedury toleruje dle svých možností a intenzitu cvičení zvládá. Celková soběstačnost se nadále posiluje. Při celkové koupeli je nutný dohled z důvodu prevence uklouznutí.

16.-25.den: Pacient je zařazen v kategorii č.1. Je nutný dohled při celkové koupeli. Celkově je pacient spokojen a neudává během pobytu v zařízení žádné akutní obtíže. Procedury mu vyhovují a na většinu si zvládne dojít sám. Časový rozpis hlídá ošetrovatelský personál. Pacient ujde bez opory 1FH 100 metrů. Za přítomnosti fyzioterapeuta zvládne vyjít jedno patro a vrátit se pomalu zpět. Chůze je jistá a postura stabilizovaná. V rámci ergoterapie dochází ke zlepšení hybnosti jemné motoriky PHK. V oblasti logopedie pacient trénuje slovní komunikaci formou opakování slov, hlásek, slabik. Pacient má ze svého zlepšujícího se zdravotního stavu radost.

26.-35.den: Pacienta v průběhu hospitalizace pravidelně navštěvuje manželka, která ho bere na výlety nebo s ním tráví čas v kavárně. Během svého pobytu byl i jednou doma po schválené propustce ošetřujícím lékařem. Mezi jednotlivými procedurami si pacient rád prohlíží časopisy nebo encyklopedie, kouká na televizi a samostatně si procvičuje jemnou motoriku PHK překládáním prstů na žebříčku nebo přebíráním hrachu na pokoji. Během dne ošetrovatelský personál pacienta motivuje ke komunikaci a vybízí ho k pojmenovávání obrázků, které má u sebe na pokoji. V rámci ILR je za přítomnosti fyzioterapeuta nebo ošetrovatelského personálu prováděn nácvik chůze do schodů o 1FH. Propuštění pacienta je plánováno na 42.den hospitalizace.

36.-42.den: Pacient dokončuje léčebnou rehabilitaci. Rehabilitační plán pacient toleroval velmi dobře. Rehabilitace byla vzhledem k diagnóze zaměřena na udržení celkové stability těla, posílení jistoty při chůzi a procvičování jemné motoriky PHK. Vzhledem k dysartrii pacient docházel v zařízení na logopedii, k výraznému zlepšení komunikace nedošlo. Na konci hospitalizace je pacient celkově stabilizovanější, došlo ke zlepšení hybnosti PHK a se svým zdravotním stavem je spokojen. Pacient ujde bez opory 200 metrů. Byl prováděn nácvik chůze do schodů, také s pozitivním efektem. Na konci pobytu vyjde dvě patra a sejde pomalu zpět. Propuštěn byl 42.den a byl poučen o návštěvě praktického lékaře a následném pokračování v RHB režimu a logopedii. Pacientovi bylo doporučeno léčebnou RHB zopakovat dle jeho aktuálního zdravotního stavu.

6.2 Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání zdraví:

V poslední roce neprodělal žádné nachlazení. Celý život je nekuřák a alkohol nepije. Alergii neudává. Na preventivní prohlídky dochází pravidelně. Pacient navštěvuje logopedickou

poradnu. Hospitalizován v zařízení je poprvé. Je si vědom toho, že onemocnění změnilo jeho styl života. Byl by rád, aby se jeho slovní zásoba zase zlepšila. Pacient ne vždy rozumí tomu, na co se ho ptáme a tak je u něho nutná zpětná vazba.

Výživa a metabolismus:

Během dne se stravuje 5krát. Zeleninu má rád, ale ovoce jí málo. Pacient zvládá jíst i pomocí PHK. Je porušena pouze jemná motorika. Alergii na potraviny neudává. Pacient neudává žádné obtíže související s podáváním jídla. Během dne vypije 2-3 litry tekutin. Pocit žízně nemívá, pije pravidelně. Nejraději má vodu a během dne si dopřeje dvě kávy.

Vylučování:

Pacient močí samostatně. Potíže s močením nemá. Vyprazdňování stolice probíhá pravidelně. Ve stolici nepozoruje žádné patologické příměsi.

Aktivita a cvičení:

Pacient se cítí plný elánu a s manželkou rád cestuje nebo chodí do divadla. Pacient se snaží hodně číst. Pravidelně dochází na rehabilitační cvičení. Hospitalizován v rehabilitačním zařízení je poprvé. Doufá, že mu hospitalizace pomůže hlavně v oblasti komunikace.

Spánek a odpočinek:

Pacient chodí spát obvykle kolem 23.hodiny a vstává už v 5 hodin. Po probuzení se cítí odpočatý. V noci se budí pouze jednou kvůli močení. Léky na spaní nikdy neužíval. Před spaním se chodí projít a nebo kouká na televizi.

Vnímání a poznávání:

Pacient slyší dobře i šepot. Problémy se sluchem nemá. Nosí brýle na čtení a pravidelně navštěvuje očního lékaře. Pacient se dobře orientuje v místě a prostoru, ale někdy má problémy s určením času a tak zapomene někam jít. Je potřeba mu čas hlídat. Ne vždy rozumí výzvě, zpětná vazba je u pacienta velmi důležitá.

Sebepojetí a sebeúcta:

Pacient se hodnotí jako rozvážný a klidný člověk. Je rád, že mu prodělané onemocnění nezpůsobilo ještě větší problémy. Vadí mu, že se někdy nemůže vyjádřit. Někdy je sám na sebe našťvaný, až odmítá mluvit. Snaží se hodně číst, aby se mu slovní zásoba zase zlepšila.

Plnění rolí a mezilidské vztahy:

Pacient žije s manželkou v panelovém domě. Mají dva syny. Oba pracují jako ekonomové a pacient je na ně pyšný. Manželka je také ve starobním důchodě a tak spolu tráví hodně času. Během prodělaného onemocnění mu byla velkou oporou nejen ona, ale i jejich synové. Pacient netrpí finančními obtížemi.

Sexualita a reprodukční schopnost:

Žádné problémy tohoto typu neudává.

Stres a zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance:

Pacienta trápí to, že jeho slovní zásoba není taková jako dřív a že se občas nemůže vyjádřit. Někdy je sám na sebe naštvaný a tak raději nekomunikuje vůbec. Snaží se s touto situací pracovat.

Víra a přesvědčení:

Pacient není věřící. V životě je pro něho nejdůležitější rodina, která mu během onemocnění byla a stále je velkou oporou.

Jiné: O jiných problémech pacient nehovořil.

Zvažované ošetřovatelské diagnózy:

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Akutní zmatenost (00128)

Riziko pádů (00155)

Snaha zlepšit sebe péči (00182)

6.3 Plán ošetřovatelské péče:

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Doména 4: Percepce/kognice

Třída 2: Komunikace

Definice: Snížená schopnost přijímat a vysílat systém symbolů.

Určující znaky

potíže verbálně vyjádřit myšlenky, potíže s tvorbou vět, slov, potíže s porozuměním běžnému komunikačnímu vzorci, dezorientace časem

Související faktory

alterace centrálního nervového systému

Cíle

U pacienta dojde ke zlepšení artikulace do konce hospitalizace.

Pacient bude snadněji vyhledávat slova a vyjadřovat svou myšlenku na konci hospitalizace.

Trénováním komunikačních schopností a rozvíjením slovní zásoby dojde u pacienta ke zlepšení komunikace do konce hospitalizace.

Intervence

Pacient bude docházet na logopedii během celé hospitalizace.

Zajisti nácvik správných komunikačních schopností pacienta během dne po celou dobu hospitalizace.

Dej pacientovi dostatek prostoru pro vyjádření myšlenky.

Neopravuj pacienta.

Pomož pacientovi najít správné slovo.

Vyzívej pacienta, aby po tobě slova/věty opakoval, udržuj oční kontakt.

Dbej na zpětnou vazbu.

Realizace

Pacient pravidelně docházel na logopedii v rámci hospitalizace. Během dne ošetřovatelský personál pacienta vybízel ke komunikaci, trénoval s ním zadané úkoly z logopedii, pojmenovával jednotlivé obrázky. Při komunikaci měl pacient vždy dostatek času na vyjádření vlastní myšlenky a pochopení výzvy bylo ověřeno zpětnou vazbou.

Zhodnocení

Během hospitalizace nedošlo ke zlepšení pacientovi komunikace, artikulace. Pacient 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

neuromuskulární poškození

Cíle

U pacienta se zlepší hybnost PHK a PDK do 3 týdnů hospitalizace.

Pacient bude více zapojovat PHK do denních činností do 3 týdnů hospitalizace.

Pacient bude schopen chůze bez kompenzační pomůcky na krátkou vzdálenost na konci hospitalizace.

Pacient bude schopen chůze do schodů a ze schodů na konci hospitalizace.

Intervence

Aktivizuj pacienta v oblasti denních činností po celou dobu hospitalizace.

Po domluvě s fyzioterapeutem prováděj nácvik chůze bez kompenzační pomůcky na krátkou vzdálenost, následně chůzi do schodů.

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

Realizace

Pacient absolvoval denně procedury, kde docházelo k procvičování jemné a hrubé motoriky pravé ruky a nácviku chůze o 1FH na delší vzdálenost. Na kratší vzdálenost docházelo k nácviku chůze bez kompenzační pomůcky. Během dne ošetrovatelský personál pacienta aktivizoval v denních činnostech. Dle potřeby byly odstraněny překážky z prostředí.

Zhodnocení

Hybnost PHK se zlepšila do 14 dnů, pacient zapojuje tuto končetinu do denních činností.

Hybnost PDK se zlepšila do 3 týdnů. Pacient ujde bez kompenzační pomůcky 200 metrů, vyjde a pomalu sejde dvě patra schodů. Stabilita chůze je jistější. Cíl splněn.

Deficit sebeděče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Aktivita/cvičení

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky

neschopnost dostat se do koupelny/sprchy

Související faktory

překážky v prostředí

Cíle

U pacienta bude zajištěna celková koupel denně ve večerních hodinách po celou dobu hospitalizace.

Intervence

Zajisti doprovod pacienta do koupelny po celou dobu hospitalizace.

Zajisti dohled nad pacientem při celkové koupeli po celou dobu hospitalizace.

Zajisti, aby měl pacient hygienické potřeby na dosah ruky.

Realizace

Každý den ve večerních hodinách doprovodí ošetrovatelský personál pacienta do koupelny a zajistí, aby měl pacient k ruce své hygienické potřeby. Pacient následně provede pod dohledem ošetrovatelského personálu celkovou koupel.

Zhodnocení

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

Akutní zmatenost (00128)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice: Náhlý začátek reverzebilních poruch vědomí, pozornosti, kognice a percepce, které se vyvinou za krátké časové období.

Určující znaky

nesprávné vnímání (mispercepce)

Související faktory

Věk nad 60 let

Cíle

Pacientovi bude orientovaný v čase po celou dobu hospitalizace.

Intervence

Upozorňuj pacienta na čas během hospitalizace.

Zajisti, aby byl pacient včas na daných procedurách.

Realizace

Pacient byl ošetrovatelským personálem vždy upozorněn na čas jednotlivých procedur.

Zhodnocení

Pacient byl za pomoci ošetrovatelského personálu orientován v čase po celou dobu hospitalizace. Cíl splněn.

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory

požívání francouzské hole, užívání antihypertenziv, potíže s chůzí, zhoršená rovnováha, věk nad 65 let

Cíle

U pacienta nedojde k pádu po celou dobu hospitalizace.

U pacienta bude prováděn nácvik správného stereotypu v rámci rehabilitace po celou dobu hospitalizace.

Intervence

Zajisti doprovod pacienta v případě potřeby po celou dobu hospitalizace.

Prováděj nácvik správného stereotypu chůze po celou dobu hospitalizace.

Dběj na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádů po celou dobu hospitalizace.

Edukuj pacienta o vhodné obuvi.

Realizace

Pacient docházel každý den na procedury, kde se učil správnému nácviku chůze a stabilizoval posturu těla. Dle potřeby byl pacientovi zajištěn doprovod. Pacient byl při přijetí edukovaný o vhodné obuvi. V případě potřeby byly odstraněny překážky a bylo zajištěno bezpečné prostředí.

Zhodnocení

U pacienta byl prováděn denně nácvik chůze a během hospitalizace k pádu nedošlo. Cíl splněn.

Snaha zlepšit sebepéči (00182)

Doména 11: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Sebepéče

Definice: Vzorec provádění aktivit, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.

Určující znaky

vyjadřuje touhu zlepšit sebepéči

Cíle

U pacienta dojde do konce hospitalizace k posílení soběstačnosti.

Pacient bude schopen zapojit postiženou končetinu do sebeobsluhy v denních činnostech na konci hospitalizace.

Intervence

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

Aktivizuj pacienta v oblasti denních činností po celou dobu hospitalizace.

Vybízej pacienta, aby se snažil zapojovat postiženou končetinu do sebeobsluhy v denních činnostech po celou dobu hospitalizace.

Realizace

Pacient absolvoval denně po dobu hospitalizace procedury, kde docházelo k uvolňování hybnosti postižené končetiny a nácviku sebeobsluhy v denních činnostech. Pacient zapojoval postiženou končetinu do každodenních všedních činností.

Zhodnocení

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

7 KAZUISTIKA ČÍSLO 3

Pan P. P. (67 let) byl přijat pro iCMP s pravostrannou hemiparézou k opakovanému pobytu na doporučení praktického lékaře. Naposledy byl hospitalizován v roce 2013, následně byl propuštěn do domácí péče. Během domácí péče docházel 1x týdně na ambulantní rehabilitaci, jinak cvičil denně sám. Pacient žije sám, je vdovec a má dceru. Dříve pracoval jako topič, nyní starobní důchodce.

Hlavní lékařské diagnózy: stav po iCMP s pravostrannou hemiparézou a fatickou poruchou v regresi 5/09

Vedlejší diagnózy: Hypertenzní choroba, Asthma bronchiále, stav po operaci lupavého prstu PHK, stav po operaci pupeční hernie

Farmakologická léčba:

Tulip 20 mg tbl 0-0-0-1 (hypolipidemikum)
Amloratio 10 mg tbl 1-0-0 (antihypertenzivum)
Anopyrin 100 mg tbl. 0-1-0 (antiagregancium)
Spasmed 15 mg tbl. 1-0-0 (spasmolytikum)

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled, úprava : pacient celkově upravený, vlasy prořídle

Stav vědomí: pacient je při vědomí

Výška: 177 cm

Váha: 98 kg

BMI: 31,2

Puls: 80, pravidelný

Dech: 18, eupnoe

Krevní tlak: 140/80

Tělesná teplota: 36,7

Schopnost komunikace: nenarušená

Postoj: hemiparetický

Chůze: samostatně o 1 FH

Stisk ruky: vážne hrubá a jemná motorika pravé ruky

Zrak: nosí brýle na čtení

Nos: bez sekrece

Dutina ústní, chrup: používá horní protézu

Stav kůže: bez defektů, kožní turgor v normě

Alergie: neudává

Informace získané objektivním pozorováním při rozhovoru:

Orientace: pacient plně orientován ve všech směrech

Chápe myšlenky a otázky: ANO

Řeč: plynulá

Úroveň slovní zásoby: dobrá

Oční kontakt: udržuje

Testy, škály:

Riziko dekubitů dle Nortonové: 32b. - bez rizika

Barthelův test: 85b. - lehká závislost

GCS: 15b.

Hodnocení rizika vzniku pádu: 45b. - nízké riziko pádu

Úroveň soběstačnosti dle Gordonové: najíst se - 1, umýt se - 0, vykoupat se - 2, obléci se - 0, chůze - 0

7.1 Průběh hospitalizace:

1. den: Příjem pacienta na oddělení, byla provedena edukace pacienta dle edukačního záznamu a seznámení s prostředím. Provedena kontrola expirace a množství léků. Pacient byl uložen na pokoj, provedena dopomoc s vybalením jeho osobních věcí. Přístup k lůžku je umožněn z pravé strany a noční stolek je umístěn též na pravou stranu lůžka. Pacient byl poučen o signalizačním zařízení. Na pokoji byly doplněny tekutiny. Provedeno vstupní vyšetření lékařem, který rozepsal RHB plán pacienta. Pacient je zařazen do kategorie č.2, dopomoc při celkové koupeli a stravování. Dieta rozepsána č.3-rationální. Dle ordinace lékaře bude léky podávat sestra. Byl proveden sběr informací dle Marjory Gordonové.

2. den: Po probuzení a ranní hygieně začíná pacient s RHB plánem. Dle ordinace lékaře byla pacientovi naordinována ergoterapie, kde bude docházet k procvičování hrubé a jemné motoriky PHK, skupinová LR v tělocvičně, TMT pravostranných končetin, vířivka HKK a DKK a nácvik správné chůze o 1FH. Celkově je pacient spokojený a neudává žádné akutní obtíže. Ranní a večerní hygienu zvládá pacient bez dopomoci. S celkovou koupelí, která je bude prováděna denně, bude pacientovi dopomáhat ošetrovatelský personál. Pacient dochází sám na jídlo do jídelny. Nutná je dopomoc dle potřeby, především s pokrájením stravy, jinak se pacient zvládá najíst sám. Za pacientem přijela odpoledne na návštěvu rodina a přivezla mu televizor, který personál umístil na pokoji. Odpoledne strávil s rodinou na procházce, po návštěvě byl spokojený.

3. den: Po ranní hygieně odešel pacient na snídani, po které pokračuje v nastaveném RHB plánu. Po domluvě s ošetřujícím lékařem, byla zrušena procedura v bazénu z důvodu špatné stability ve vodě a špatného přístupu do bazénu. Pacient se během dne mezi jednotlivými procedurami kouká na televizi a nebo si čte v knihovně. Neudává žádné akutní obtíže. Ve večerních hodinách byla provedena celková koupel. Pacient si sám umyje pravou část těla, s umytím a osušením levé horní části těla je třeba pacientovi dopomoc. Pacient se zvládá svléknout i obléknout ve svém tempu sám.

4. den: Pacient udává, že se dnes vyspal velmi dobře. Po ranní hygieně pokračuje v nastaveném RHB plánu, kde dochází k procvičování jemné a hrubé motoriky PHK v rámci ergoterapie. Jednotlivé procedury zvládá velmi dobře. Je velmi snaživý, aktivně spolupracuje a je komunikativní. Adaptace na oddělení je velmi dobrá i vzhledem k tomu, že jde o opakovanou hospitalizaci. Na procedury si dochází sám o opoře 1FH.

5. den: Pacient je dnes ve velmi dobré náladě. Neudává žádné akutní obtíže. Dnes odpočívá, nemá naordinované žádné procedury, vzhledem k tomu, že je neděle (odpočinkový den). Odpoledne koukal na televizi a po té se byl projít na kolonádě. Chůzi o 1FH zvládá dobře, přes to dochází v rámci ILR k upevňování nácviku a správného stereotypu chůze. Večer byla provedena celková koupel. Pacient používá k obsluze LHK ale snaží se zapojovat i PHK, kde je zhoršena motorika.

6. den: Pacient dnes opět pokračuje v nastaveném RHB plánu. Ošetřujícím lékařem byl přidán do plánu motokolo na který bude pacient docházet 1x denně po dobu 20min. V rámci ergoterapie pacient procvičuje hrubou i jemnou motoriku skládáním panelu dřevěných součástek a šitím. Při sebe sycení používá především LHK ale snaží se zapojovat i PHK.

Pacient si dnes stěžuje, že nebyl 3 dny na stolici. Ošetřující lékař byl informován a dle jeho ordinace byl pacientovi podán Glycerinový supp.

7. den: Pacient udává, že byl v noci na stolici. Pacient je velmi aktivní a snaží se zapojovat do běžných denních činností PHK. Chůzi o 1FH zvládá velmi dobře, v chůzi je opatrný. Pokračuje v nastaveném RHB plánu, kdy se pozornost zaměřuje na udržení celkové mobility, zlepšení jistoty při chůzi a koordinaci pohybů. Pacient byl poučen, že pokud by se cítil po absolvovaných procedurách unavený, je třeba to nahlásit ošetřujícímu personálu. Udává, že se cítí dobře. Po večeři byla provedena celková koupel a ostříhání nehtů na LHK.

8. den: Do RHB plánu byla pacientovi zařazena v rámci ILR metoda INFINITY, kterou lze využít jako autoterapii k celkové relaxaci pacienta. Vzhledem k tomu, že je pacient velmi aktivní a snaživý je u něj patrná tendence k přetěžování, spíše se musí „brzdit“. Neudává žádné akutní obtíže, stolice dnes byla.

9.-15.den: Pacient nadále pokračuje v RHB plánu. Pravidelně dochází na TMT a ILR pravostranných končetin, v rámci ILR se procvičuje také stabilizace, postura a nácvik správného stereotypu chůze o 1FH. Nadále absolvuje autoterapii, skupinové cvičení v bazénu, ergoterapii, kde dochází k procvičování jemné a hrubé motoriky PHK. Procedury toleruje dle svých možností a intenzita cvičení je přizpůsobena aktuálním pocitům pacienta. Celková soběstačnost se nadále posiluje. Pacient se snaží aktivně zapojovat do běžných denních činností PHK. Dopomoc potřebuje jen při celkové hygieně a při stravování s pokrájením jídla.

16.-25.den: U pacienta nadále přetrvává kategorie č.2 vzhledem k dopomoci ve stravování a hygieně. Během hospitalizace je velmi spokojen a k rehabilitaci má aktivní přístup. V rámci ILR provádí nácvik chůze bez 1FH na krátké vzdálenosti. 20.den je schopen ujít 20 metrů bez kompenzační pomůcky, vyjít pět schodů a vrátit se pomalu zpět. Postupně dochází k uvolňování hybnosti PHK, kterou procvičuje na ergoterapii. Pacient přebírá na této proceduře hrách, vyšívá a nebo překládá prsty na žebříčku. Ve volném čase mezi procedurami si plní zadané úkoly z ergoterapie, nebo kouká na televizi. Na procedury si dojde sám s kompenzační pomůckou.

26.-35.den: Výrazně se zlepšuje hybnost pravostranných končetin. U pacienta byla dokončena procedura vířivka HKK a DKK. RHB plán pacientovi vyhovuje. V rámci ILR dochází k nácviku chůze do schodů. Pacient je schopen vyjít jedno patro schodů a pomalu sejít zpět za přítomnosti fyzioterapeuta. Pravidelně ho navštěvuje rodina, s kterou chodí na procházky, nebo chodí společně posedět do kavárny. Stolica je pravidelná.

36.-45.den: Pacient za přítomnosti fyzioterapeuta vyjde jedno patro schodů a sejde pomalu zpět dolů. Na kratší vzdálenosti chodí sám bez kompenzační pomůcky. Ujde asi 100 metrů. Během pobytu neudává žádné akutní obtíže. Pokračuje v RHB plánu dle ordinace lékaře. Propuštění pacienta je plánováno na 50. den hospitalizace.

46.-50.den.: Pacient dokončuje léčebnou rehabilitaci. Všechny již zmiňované procedury toleroval bez obtíží a intenzita cvičení byla vždy přizpůsobena pacientovým aktuálním pocitům. Rehabilitace byla zaměřena na udržení celkové mobility těla, zlepšení jistoty při chůzi a koordinaci pohybů. Pacient je na konci hospitalizace celkově stabilizovanější. 50. den hospitalizace je propuštěn do domácího prostředí, je poučen o návštěvě svého praktického lékaře a následném pokračování v RHB režimu. Pacientovi bylo doporučeno zopakování řízené léčebné RHB dle jeho zdravotního stavu.

7.2 Sběr dat dle modelu Marjory Gordonové

Vnímání zdraví:

Pacient má dechové obtíže, především v létě, vzhledem k přidružené diagnóze asthma bronchiále. Na kontroly k lékaři chodí pravidelně. Je nekuřák a alkohol pije pouze příležitostně. Nynější hospitalizace je již třetí, naposledy byl pacient hospitalizovaný v zařízení v roce 2014. Rád se sem vrací. Pravidelně jezdil lyžovat na hory a v létě rád plaval. Pacient si je vědom toho, že diagnóza změnila jeho styl života a že už nebude moct dělat věci tak jako dříve. Bydlí sám ale blízko dcery, která mu chodí pomáhat.

Výživa a metabolismus:

Pacient se přes den stravuje v pravidelných intervalech a večeří nejdéle v šest hodin. Je zvyklý jíst 5krát denně a dbá na pestrou stravu. Snaží se jíst zdravě, ale občas má rád i jídla nezdravá. Stravuje se pomocí LHK, ale snaží se zapojovat i PHK. Po prodělané diagnóze to bylo náročné, ale dnes potřebuje pacient jen lehkou pomoc v této oblasti. Vzhledem k tomu, že žije sám, občas chodí na obědy do města. Pacient dbá na pitný režim. Během dne vypije 2 litry tekutin. Dvakrát denně pije kávu, jinak má rád obyčejnou vodu.

Vylučování:

Pacient močí bez problému, asi 10x denně, bez příměsí, pálení ani řezání neudává. S vyprazdňováním stolice také nemá žádné problémy. Stolicí vylučuje pravidelně, obvykle jedenkrát denně. Zácpou netrpí.

Aktivita a cvičení:

Pacient se pohybuje tak, jak to jeho zdravotní stav dovoluje. Chodí o opoře jedné francouzské hole. Mezi jednotlivými hospitalizacemi dochází na pravidelné rehabilitace, které mají u pacienta pozitivní efekt. Dříve pacient pracoval jako topič, nyní je ve starobním důchodě. Rád si čte, pravidelně navštěvuje knihovnu, odpočívá a chodí s přáteli posedět do kavárny. V rámci sebeobsluhy je samostatný, do běžných denních činností zapojuje LHK.

Spánek a odpočinek:

Pacient nemá problémy se spánkem. Usíná dobře, běžně do 20 minut po ulehnutí. Je zvyklý si před spaním čist a nebo poslouchat rádio. V noci má rád chladnější vzduch. Nemá potřebu užívat léky na spaní.

Vnímání a poznávání:

Pacient nosí brýle na čtení. Na oční kontrole byl naposledy před rokem. Se sluchem nemá žádné potíže, slyší dobře i šepot. Žádné kompenzační pomůcky nepoužívá. Výpadky paměti neudává. Rád si luští křížovky a trénuje tím tak paměť. Nové věci se učí rychle, je bystrý.

Sebepojetí a sebeúcta:

Pacient je optimista, sám se sebou je spokojen. Někdy mu je líto, že se nemůže věnovat věcem a zálibám jako dříve, ale se svým zdravotním stavem je vyrovnaný. Depresemi ani úzkostí netrpí.

Plnění rolí a mezilidské vztahy:

Pacient žije sám v malém rodinném domě. Žena mu umřela před dvěma roky. Má dceru, která za ním pravidelně jezdí na návštěvy. Nemá finanční potíže.

Sexualita a reprodukční schopnost:

Pacient má jednu dceru.

Stres a zátěžové situace, jejich zvládání a tolerance:

Pacient se stresovým situacím vyhýbá. Prožil si těžké období, když mu zemřela manželka, která mu byla největší oporou, když prodělal iCMP. Nyní mu je oporou dcera. Dnes už bere smrt manželky jako součást života. Každý den na ni vzpomíná.

Víra a přesvědčení:

Pacient není věřící. Je přesvědčen o tom, že se jeho stav ještě zlepší, chce na svém zdravotním stavu pracovat.

Jiné:

O jiných problémech pacient nehovořil

Zvažované ošetřovatelské diagnózy:

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Deficit sebepéče při stravování (00102)

Riziko pádů (00155)

Riziko krvácení (00206)

Snaha zlepšit sebe péči (00182)

7.3 Plán ošetřovatelské péče:

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, omezená schopnost provádět hrubé motorické dovednosti, zpomalený pohyb

Související faktory

neuromuskulární poškození

Cíle

U pacienta selepší hybnost PHK a PDK do 3 týdnů hospitalizace.

Pacient bude více zapojovat PHK do denních činností do 3 týdnů hospitalizace.

Pacient bude schopen chůze bez kompenzační pomůcky na krátkou vzdálenost na konci hospitalizace.

Pacient bude schopen chůze do schodů a ze schodů na konci hospitalizace.

Intervence

Aktivizuj pacienta v oblasti denních činností po celou dobu hospitalizace.

Po domluvě s fyzioterapeutem prováděj nácvik chůze bez kompenzační pomůcky na krátkou vzdálenost, následně chůzi do schodů.

Dběj na bezpečnost včetně úpravy prostředí odstraněním překážek a prevenci pádů.

Realizace

Pacient absolvoval denně procedury, kde docházelo k procvičování jemné a hrubé motoriky pravé ruky a nácviku chůze o 1FH na delší vzdálenost. Na kratší vzdálenost docházelo k nácviku chůze bez kompenzační pomůcky. Během dne byl pacient aktivizován ošetrovatelským personálem v denních činnostech. Dle potřeby byly odstraněny překážky z prostředí.

Zhodnocení

Hybnost PHK se zlepšila do 14 dnů, pacient zapojuje tuto končetinu do denních činností. Hybnost PDK se zlepšila do 3 týdnů. Pacient ujde bez kompenzační pomůcky 100 metrů, vyjde a pomalu sejde jedno patro schodů. Stabilita chůze je jistější. Cíl splněn.

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebe péče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky

neschopnost umýt si levou část těla, neschopnost osušit si levou část těla, neschopnost dostat se do koupelny/sprchy

Související faktory

překážky v prostředí, neuromuskulární poškození

Cíle

U pacienta bude zajištěna celková koupel denně ve večerních hodinách po celou dobu hospitalizace.

Intervence

Zajisti doprovod pacienta do koupelny po celou dobu hospitalizace.

Zajisti dohled nad pacientem při celkové koupeli po celou dobu hospitalizace.

Pomož pacientovi s umytím a osušením horní levé poloviny těla.

Zajisti, aby měl pacient hygienické potřeby na dosah ruky.

Realizace

Každý den ve večerních hodinách doprovodil ošetrovatelský personál pacienta do koupelny, kde provedl pod dohledem celkovou koupel. Ošetrovatelský personál zajistil, aby měl na dosah ruky hygienické potřeby. Ošetrovatelský personál pacientovi umyl a následně osušil horní levou polovinu těla.

Zhodnocení

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

Deficit sebe péče při stravování (00102)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebe péče

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.

Určující znaky

neschopnost připravit jídlo ke konzumaci, neschopnost otvírat nádoby/obaly, plastové misky

Související faktory

neuromuskulární poškození

Cíle

Pacient bude mít připravené jídlo ke konzumaci po celou dobu hospitalizace.

Intervence

Připrav pacientovi jídlo, dle potřeby namaž rohlík, pokrájej maso, rozdělej obal po celou dobu hospitalizace.

Realizace

Pacientovi bylo vždy po jeho příchodu do jídelny nachystáno jídlo na stůl, bylo mu namazáno pečivo dle potřeby, rozdělán jogurt, otevřen obal.

Zhodnocení

Pacient měl po celou dobu hospitalizace jídlo připravené ke konzumaci.

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory

požívání francouzské hole, užívání antihypertenziv, potíže s chůzí, zhoršená rovnováha

Cíle

U pacienta nedojde k pádu po celou dobu hospitalizace.

Intervence

Zajisti doprovod pacienta v případě potřeby po celou dobu hospitalizace.

Prováděj nácvik správného stereotypu chůze po celou dobu hospitalizace.

Dbej na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádů po celou dobu hospitalizace.

Edukuj pacienta o vhodné obuvi.

Realizace

Pacient docházel každý den na procedury, kde se učil správnému nácviku chůze a stabilizoval posturu těla. Dle potřeby byl pacientovi zajištěn doprovod. Pacient byl při přijetí edukovaný o vhodné obuvi. V případě potřeby byly odstraněny překážky a bylo zajištěno bezpečné prostředí.

Zhodnocení

U pacienta byl prováděn denně nácvik chůze a během hospitalizace k pádu nedošlo. Cíl splněn.

Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko snížení množství krve, které může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory

vedlejší účinky spojené s léčbou

Cíle

Pacient zná možnosti výskytu krvácivých projevů po celou dobu hospitalizace.

Pacient bude denně kontrolován ošetřovatelským personálem, zda se neobjevily krvácivé projevy, po celou dobu hospitalizace.

Intervence

Zajisti, aby pacient znal rizika krvácivých projevů.

Pravidelně kontroluj pacienta, zda se neobjevily krvácivé projevy.

Realizace

Pacient byl při přijetí edukován o možnosti výskytu krvácivých projevů z důvodu užívání antiagregačních léků a rizika těchto léků zná. Ošetrovatelským personálem byl pravidelně kontrolován, zda se krvácivé projevy neobjevily.

Zhodnocení

Během hospitalizace se u pacienta neobjevily krvácivé projevy, pacient zná možnosti jejich výskytu. Kontroly ošetrovatelským personálem probíhaly denně. Cíl splněn.

Snaha zlepšit sebepéči (00182)

Doména 11: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Sebe péče

Definice: Vzorec provádění aktivit, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.

Určující znaky

vyjadřuje touhu zlepšit sebe péči

Cíle

U pacienta dojde do konce k posílení soběstačnosti.

Pacient bude schopen zapojit postiženou končetinu do sebeobsluhy v denních činnostech na konci hospitalizace.

Intervence

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

Aktivizuj pacienta v oblasti denních činností po celou dobu hospitalizace.

Vybízej pacienta, aby se snažil zapojovat postiženou končetinu do sebeobsluhy v denních činnostech po celou dobu hospitalizace.

Realizace

Pacient absolvoval denně po dobu hospitalizace procedury, kde docházelo k uvolňování hybnosti postižené končetiny a nácviku sebeobsluhy v denních činnostech. Pacient zapojoval postiženou končetinu do každodenních všedních činností.

Zhodnocení

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

8 DISKUZE

V bakalářské práci jsme zpracovaly tři plány péče dle modifikace ošetrovatelského modelu „Funkčního typu zdraví“ Marjory Gordonové. V plánování péče jsme využily taxonomii NANDA II International. Informace potřebné k vytvoření plánu péče jsme získaly za použití metod rozhovoru s pacientem, pozorováním pacienta, sběrem anamnestických dat ze sesterské dokumentace, vyšetřením pomocí testů a zpracováním údajů z lékařské dokumentace. Na základě získaných dat byly za pomoci modelu Marjory Gordonové zmapovány problematické oblasti, na jejichž základě byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy - aktuální, potencionální a podporující.

Mezi nejčastější ošetrovatelské diagnózy patřily: zhoršená tělesná pohyblivost, deficit sebedpěče při koupání, deficit sebedpěče při stravování, deficit sebedpěče při oblékání, riziko pádů, riziko krvácení, snaha zlepšit sebedpěči, zhoršená verbální komunikace a akutní zmatenost. U všech naplánovaných diagnóz byl cíl splněn. U diagnózy zhoršená verbální komunikace nebyl cíl splněn.

V den přijetí pacienta s cévní mozkovou příhodou do Rehabilitačního ústavu je provedena edukace dle edukačního záznamu oddělení a seznámení pacienta s prostředím. Následně se provede vstupní vyšetření lékařem a rozepsání rehabilitačního plánu. U pacientů s cévní mozkovou příhodou jsou nejčastěji rozepsány procedury: TMT a ILR postižených končetin, skupinová LR, ergoterapie, logopedie, vířivka postižených končetin a autoterapie. V průběhu hospitalizace pacienti absolvují jednotlivé procedury v uvedeném čase a jsou poučeni lékařem o možnosti výskytu únavy po absolvovaných procedurách s možnou úpravou rehabilitačního plánu. Je důležité, aby u pacientů nedocházelo k přetěžování jejich zdravotního stavu, což by mohlo mít negativní vliv na jejich léčebný režim. Správným nastavením rehabilitačního plánu a absolvováním daných procedur dochází u pacienta k posilování jeho soběstačnosti a zlepšování hybnosti postižených končetin.

Pacienti po prodělané cévní mozkové příhodě přicházejí do Rehabilitačního ústavu buď k první hospitalizaci nebo k opakovanému léčebnému pobytu na základě sepsání a podání návrhu na léčebně rehabilitační péči k přijetí od praktického lékaře nebo od lékaře odborného. Po schválení návrhu revizním lékařem a primářkou je pacientům sdělen termín nástupu. Především pro pacienty, kteří jsou do Rehabilitačního ústavu přijímáni poprvé, ale i pro pacienty, kteří nastupují již k opakovanému léčebnému pobytu, jsem se rozhodla vytvořit

mapu péče plánovaného přijetí a průběhu hospitalizace, která by měla posloužit k lepší informovanosti pacienta již před jeho přijetím do zařízení, ale i po dobu jeho hospitalizace.

9 ZÁVĚR

Problematika onemocnění „cévní mozková příhoda“ se týká samotného pacienta, jeho rodiny a v neposlední řadě celé společnosti. Výskyt tohoto onemocnění se posouvá stále více do nižších věkových kategorií. Vlivem současné situace ve zdravotnictví a častějšímu výskytu onemocnění jsou klienti po CMP na akutním lůžku neurologických oddělení hospitalizováni po velmi omezenou dobu, která je nedostačující pro celkové zotavení se v nemoci, a tak jsou stále častěji překládáni na oddělení následné péče k rehabilitaci a doléčení. Pacienti jsou do těchto zařízení přijímáni i k opakovanému léčení. Péče o tyto klienty je velmi náročná a měla by být poskytována multidisciplinárním týmem.

Samotná práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V rámci teoretické části byla stručně popsána anatomie mozku, míchy a fyziologie cévního zásobení. Dále byla popsána cévní mozková příhoda, její typy, klinické příznaky, rizikové faktory, diagnostika a terapie. Druhá polovina teoretické části byla zaměřena na ošetrovatelskou péči a úlohu sestry v prevenci cévní mozkové příhody.

V rámci praktické části bylo zpracováno 10 kazuistik pacientů s cévní mozkovou příhodou. Do bakalářské práce byly uvedeny 3 kazuistiky pacientů, u kterých byl sestaven ošetrovatelský proces. Sběr kazuistik probíhal v Rehabilitačním ústavu, a to v období července 2014 do ledna 2015.

Cílem této bakalářské práce bylo charakterizovat ošetrovatelský proces na modelu ošetrovatelské péče Marjory Gordonové a na základě anamnestických informací, čerpaných ze sesterské dokumentace, rozhovoru s pacientem, pozorováním, vyšetřením pomocí testů a zpracováním údajů z lékařské dokumentace sestavit ošetrovatelský plán, zmapovat potřeby klienta, zhodnotit výsledky a dosažené cíle v ošetrovatelském procesu a poukázat na specifickou ošetrovatelskou péči.

Tvorbou bakalářské práce jsem se zdokonalila v realizaci ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta v praxi, dále mě tato práce obohatila o nové informace spojené s onemocněním „cévní mozková příhoda“, ale především o nové poznatky v oblasti informační mapy péče. Mapy péče nejsou v povědomí zdravotnických pracovníků příliš známé a jejich využívání v praxi není časté. Myslím si, že je to škoda, jelikož edukační materiál v podobě mapy péče, může pomoci jak personálu, tak samotnému pacientovi nejen po dobu hospitalizace, ale již před jeho přijetím do zdravotnického zařízení. Mapu péče by bylo vhodné pacientům poskytnout již při jejich obesílání a sdělení termínu nástupu, neboť

jím může posloužit k lepší informovanosti, co samotné přijetí a hospitalizace obnáší. Pro lepší informovanost pacientů o průběhu hospitalizace by mělo význam i umístění mapy péče na pokojích.

Doufám, že vypracováním této bakalářské práce se mapa péče dostane do povědomí zdravotnického personálu a bude brzy běžnou pomůckou v Rehabilitačním ústavu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AMBLER, Zdeněk et al. *Klinická neurologie: část obecná*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004, 975 s. ISBN 80-725-4556-6.
2. BEDNAŘÍK, Josef. *Klinická neurologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 707 s. ISBN 978-807-3873-899.
3. CSÉFALVAY, Zsolt. et al. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-316-1.
4. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
5. FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2007, 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
6. HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha, 2008. ISBN 978-80-7345-148-6.
7. JANSOVÁ, Jana. *Význam spolupráce LDN oddělení s rehabilitační sestrou a dalšími odborníky v léčbě pacientů po mozkových příhodách*. Sestra. 2009, roč. 19, 7-8, s. 80-81. ISSN 1210-0404.
8. JEDLIČKA, Pavel et al. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 424 s. ISBN 80-726-2312-5.
9. JELÍNKOVÁ, Jana et al. *Ergoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-807-3675-837.
10. KALINA, Miroslav . *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
11. KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006, 623 s. ISBN 80-859-1226-0.
12. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80- 247-0179-0
14. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1 . vyd. Praha, 2003, 187 s . ISBN 80-246-0429-9 .
15. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče* 1. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

16. NANDA International, *Ošetrovateľské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, 550 s. ISBN 978-802-4743-288.
17. NAŇKA, Ondřej, et al. *Přehled anatomie*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2009, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.
18. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, et al. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 367 s. ISBN 80-246-0502-3.
19. PIECKOVÁ, Lenka. *Rehabilitační ošetrovateľství v práci sestry*. Sestra. 2012, roč. 22, č. 6, s. 34-35. ISSN 1210-0404.
20. ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Somatologie: učebnice*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2009, 259 s. ISBN 978-80-7357-454-3.
21. SEIDL, Zdeněk et al. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.
22. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovateľství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 188 s. ISBN 978-802-4717-753.
23. SPENCE, D. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 255 s. ISBN 978-80-7387-058-4.
24. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6.
25. TRACHTOVÁ, Eva a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesy*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

26. HECZKOVÁ, Johana. *Ergorehabilitace* [online]. [cit. 10.4.2015]. Dostupný na WWW: <http://ergorehabilitace-cz.webnode.cz/2107x1579>
27. ŠEMBEROVÁ. *Rehabilitační ústav* [online]. [cit. 12.4.2015]. Dostupný na WWW: <http://www.rehabilitacniustav.cz/uvod.htm>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIJ	- akutní iktová jednotka
b.	- bod
C1	- krční obratel první
CMP	- cévní mozková příhoda
CT	- centrální tomografie
DM	- Diabetes mellitus
EEG	- elektroencefalografie
EKG	- elektrokardiografie
FH	- francouzská hole
g	- gram
GCS	- hodnotící škála poruchy vědomí
iCMP	- ischemická cévní mozková příhoda
ILR	- individuální léčebná rehabilitace
kg	- kilogram
L2	- bederní obratel druhý
LDN	- léčebna dlouhodobě nemocných
LR	- léčebná rehabilitace
ml	- mililitr
MR	- magnetická rezonance
PAD	- perorální antidiabetika
PDK	- pravá dolní končetina
PET	- pozitronová emisní tomografie
PHK	- pravá horní končetina
PMK	- permanentní močový katétr
RHB	- rehabilitace

SPECT	- jednofotonová emisní výpočetní tomografie
Supp.	- čípek
TIA	- tranzitorní ischemická ataka
TK	- tlak krevní
TMT	- technika měkkých tkání
UZ	- ultrazvuk

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha A - Ošetrovatelská dokumentace

Příloha B - Barthelův test základních všedních činností

Příloha C - Klasifikace funkčních úrovní sebeděče podle Marjory Gordonové

Příloha D - Mapa péče

PŘÍLOHA A: OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

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:
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/a Oční kontakt: ☐ udržuje ☐ neudržuje
v prostoru ☐ plně orientovaný/a ☐ částečně ☐ dezorientovaný/a
v osobě ☐ plně orientovaný/a ☐ částečně ☐ dezorientovaný/a
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/a ☐ 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 zornice: ☐ 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 stravě 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 ☐ afity ☐ grafitové skvrny ☐ jiné.....
Dásně: ☐ fyziologické ☐ zduřené ☐ 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 ☐ snížená jednostranně P/L ☐ snížená oboustranně ☐ zvýšená jednostranně P/L ☐ zvýšená oboustranně
Štitná žláza: ☐ hmatná ☐ nehmatná ☐ bolestivost ☐ povrch hladký ☐ povrch hrbolý ☐ 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 ☐ soudkový ☐ 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 ☐ vpáčené ☐ 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 ☐ záchratový ☐ 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:.....

Břicho:

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
Výústění uretry: ☐ fyziologické ☐ epispadie ☐ hypospadie
Výtok z uretry: ☐ bez výtoku ☐ hnisavá ☐ krvavá ☐ 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:.....

Invasivní 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.....

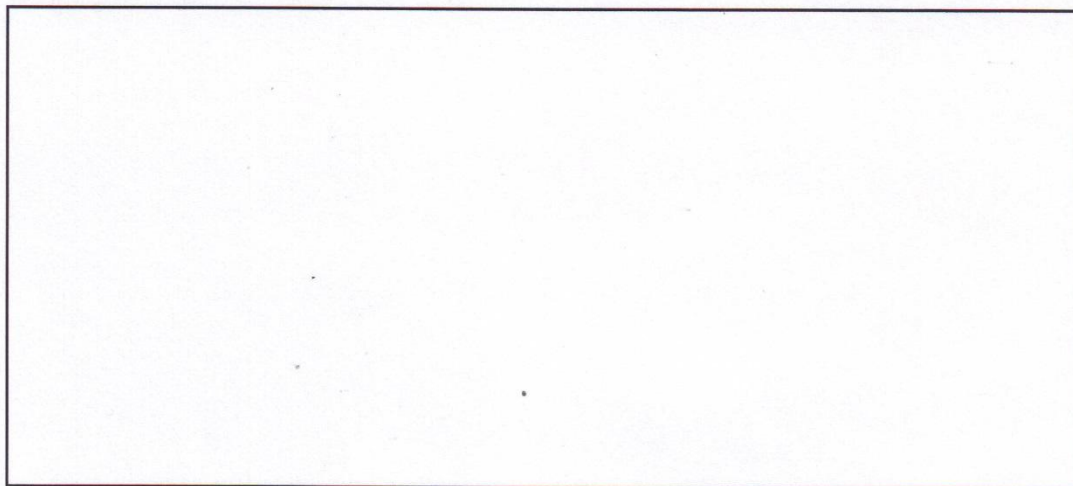
Močový katétr: ☐ne ☐ano ☐číslo + typ katétru..... ☐datum zavedení..... ☐datum výměny.....

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

Poznámka: x modrý (fyziologie, norma) – x červený (patologie, abnormalita)

Zkratky: NGS – nasogastriická sonda; NJS – nasojejunální sonda;
PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie; PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie

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

Poznámka: x modrý (fyziologie, norma)

x červený (patologie, abnormalita)

PŘÍLOHA B : BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ
(ADL - ACTIVITIES DAILY OF DAILY LIVING)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí	15 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
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6.

**Příloha C : KLASIFIKACE FUNKČNÍCH ÚROVNÍ SEBEPÉČE PODLE
MARJORY GORDONOVÉ**

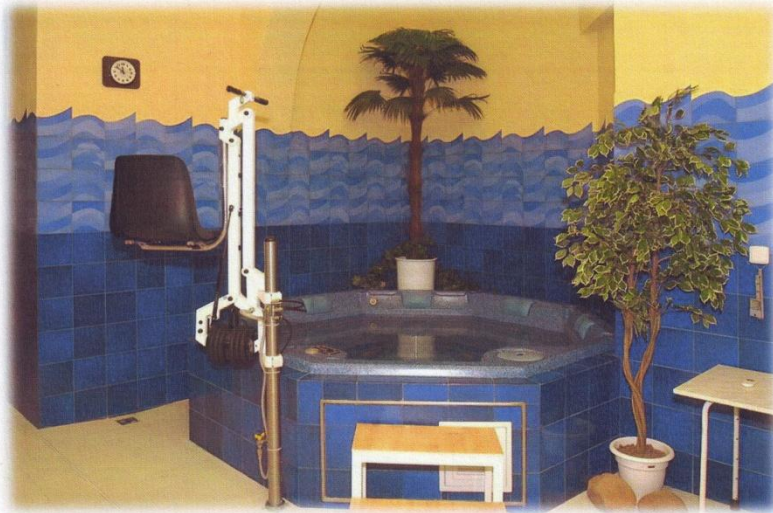
0	Nezávislí, soběstačný nemocný.
1	Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75 % činností.
2	Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50 % činností.
3	Potřebuje velkou pomoc (od další osoby, přístroje). Sám zvládne méně než 25 % činností.
4	Zcela závislý na pomoci druhých.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

TRACHTOVÁ, Eva a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2

Příloha D: MAPA PÉČE

<u>INFORMAČNÍ MAPA PÉČE</u> Stručný přehled informací pro pacienta po cévní mozkové příhodě plánovaného k přijetí na léčebnou rehabilitaci			
	Před přijetím	V den přijetí	Po přijetí
KONZULTACE	- sepsání a podání „Návrhu na léčebně rehabilitační péči“ k přijetí od praktického lékaře nebo od odborného lékaře - potvrzení návrhu od revizního lékaře krajského pracoviště dle místní příslušnosti - dle potřeby vystavení pracovní neschopnosti - po schválení návrhu revizním lékařem, schválení primářkou Rehabilitačního ústavu a sdělení termínu nástupu k hospitalizaci	- nahlášení na příjmové ambulanci - vyšetření sestrou a ošetřujícím lékařem - jakoukoliv změnu zdravotního stavu hlase ošetřující sestře nebo lékaři	- jakýkoliv problém a nebo změnu zdravotního stavu hlase ošetřující sestře nebo lékaři
POHYBOVÝ REŽIM	- bez omezení, dle vašeho zdravotního stavu - pokud používáte francouzské hole, berle, hůlky, nebo jiné kompenzační pomůcky je vhodné si je vzít s sebou	- bez omezení, dle vašeho zdravotního stavu - dle potřeby používání signalizačního zařízení - používání vhodné obuvi k pohybu	- bez omezení, dle vašeho zdravotního stavu - dle potřeby používání signalizačního zařízení - používání vhodné obuvi k pohybu
MEDIKACE	- zajištění léků od svého praktického nebo odborného lékaře min. na 4 týdny	- sepsání medikace ošetřujícím lékařem - kontrola expirace a množství léků - ponechání léků v lékárně na sesterně	- užívání medikace dle ordinace lékaře - medikace bude podávána sestrou
REHABILITAČNÍ PLÁN	- bude vám rozepsán RHB plán ošetřujícím lékařem v rehabilitačním zařízení	- sepsání RHB plánu s jednotlivými procedurami	- absolvování procedur v uvedeném čase dle rozpisu - v případě, že vám RHB plán nevyhovuje, konzultace s lékařem
OSTATNÍ	- připravení dokladů - domácí oblečení, oděv na cvičení - obuv domácí i na rehabilitaci s pevnou patou - plavky, koupací čepici, župan - noční prádlo - toaletní potřeby, ručník	- uzamčení cenných věcí, notebooků, většího obnosu peněz do trezoru v účtárně - uzamčení osobních věcí do uzamykatelného nočního stolku - vybalení osobních věcí	- jakýkoliv problém hlase ošetřovatelskému personálu

Vypracovala: Valentová Kateřina - FZS VSK, vedoucí práce: Mgr. Ochtinská Hana



Obrázek 3: Vodol léčba

ŠEMBEROVÁ. *Rehabilitační ústav* [online]. [cit. 12.4.2015]. Dostupný na WWW:
<http://www.rehabilitacniustav.cz/uvod.htm> 1024x680

*Věříme, že léčebný pobyt Vám přispěje ke zlepšení zdravotního stavu
a že budete v rehabilitačním ústavu spokojeni.*

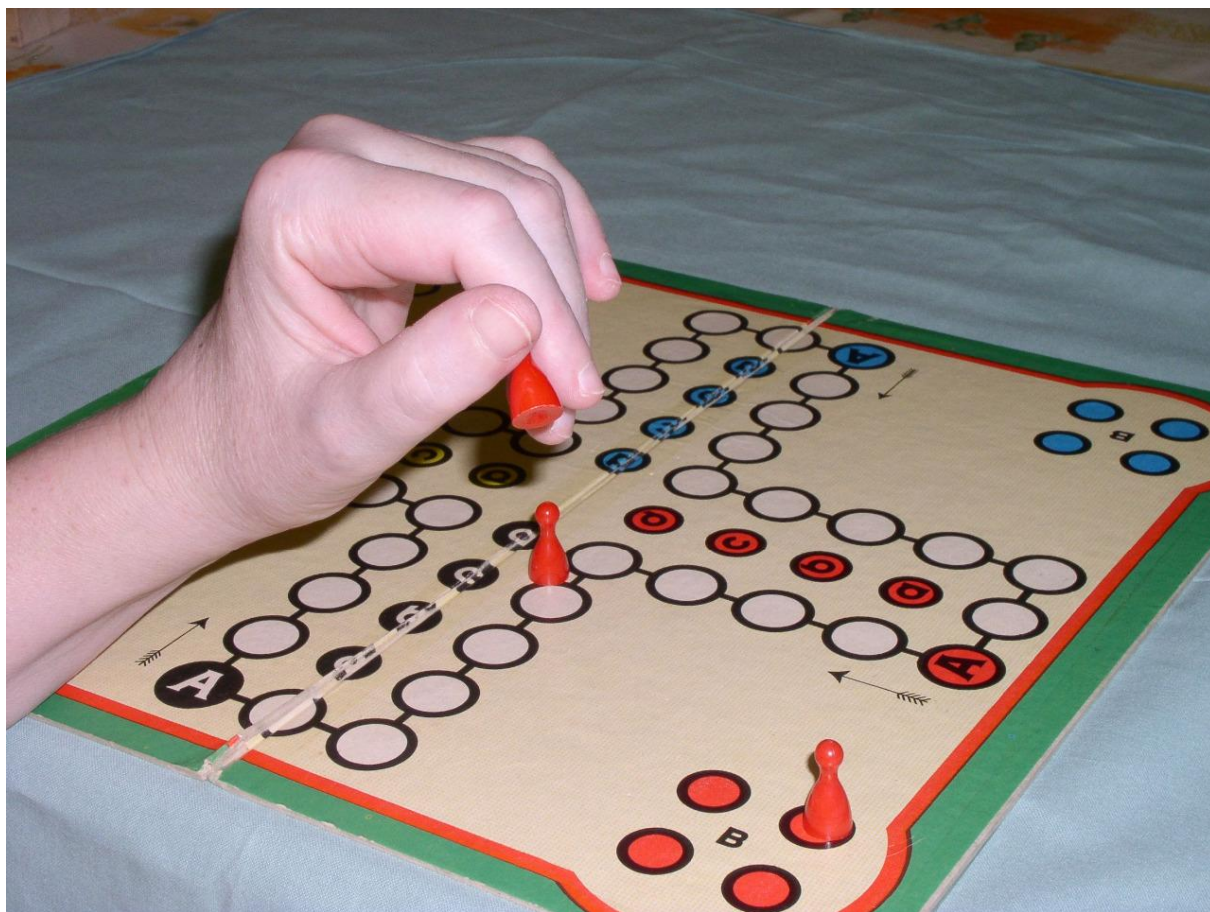
SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Počet přijatých pacientů.....	26
Obrázek 2: Průměrný věk pacientů.....	27
Obrázek 3: Nácvik hrubé motoriky - úchop lžíce.....	91
Obrázek 4: Nácvik jemné motoriky - úchop figurky.....	92



Obrázek 3 : Nácvik hrubé motoriky - úchop lžíce

HECZKOVÁ, Johana. *Ergorehabilitace* [online]. [cit. 10.4.2015]. Dostupný na WWW: <http://ergorehabilitace-cz.webnode.cz/> 2107x1579



Obrázek 4: Nácvik jemné motoriky - úchop figurky

HECZKOVÁ, Johana. *Ergorehabilitace* [online]. [cit. 10.4.2015]. Dostupný na WWW: <http://ergorehabilitace-cz.webnode.cz/> 1280x958