

# **Ošetrovatelská péče o nemocného s cévní mozkovou příhodou**

Bakalářská práce

Zuzana Jarošová

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: MUDr. Jolana Křivohlávková  
Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce:

Praha 2009

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci na téma "Ošetrovatelská péče o nemocného s cévní mozkovou příhodou" vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne: 31. 3. 2009

## **ABSTRAKT**

JAROŠOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelská péče o nemocného s cévní mozkovou příhodou.*

Praha, 2009. Bakalářská práce, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., bakalář v ošetrovatelství. Školitel: MUDr. Jolana Křivohlávková.

Hlavním tématem bakalářské práce byla ošetrovatelská péče o pacienta s cévní mozkovou příhodou. Teoretickou část práce tvoří definice onemocnění, diagnostika, terapie, prevence a prognóza onemocnění. Praktická část byla vytvořena komplexním zpracováním ošetrovatelského procesu u pacienta s cévní mozkovou příhodou.

Klíčová slova: Iktus. Pacient. Ošetrovatelský proces. Edukace.

## **ABSTRACT**

JAROŠOVÁ, Zuzana. *Nursing care in patients with stroke.*

Praha, 2009. Bachelor thesis, Health care University, o.p.s. Bachelor in Nursing. Tutor: MUDr Jolana Křivohlávková.

The main topic of this bachelor thesis is nursing care in patients with stroke. The theoretical part includes definition of the disease, diagnostics, therapy, prevention and the illness' prognosis. The practical part contains a complex work up of the nursing process in a particular patient with cerebral circulatory failure.

Key words: Stroke. Patient. Nursing process. Education.

## PŘEDMLUVA

Cévní mozkové příhody jsou obrovskou výzvou pro společnost, neboť počet lidí jimi postižených bude v blízké budoucnosti povážlivě stoupat. Riziko mozkového iktu se zvyšuje s věkem - a naše populace progresivně stárne. V současnosti již proběhly veřejné osvětové kampaně zaměřené na šíření informovanosti o zvýšeném riziku v důsledku nesprávné životosprávy, vysokého krevního tlaku, cukrovky, obezity a nepravidelnosti srdečního rytmu. Mozkový iktus klade mimořádně těžké břemeno na pacienty samotné, jejich rodiny a pečovatele i na celou společnost.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam ošetrovatelské činnosti všeobecných sester v péči o pacienta s cerebrovaskulárním onemocněním. Téma práce jsem zvolila nejen z důvodu dlouhodobého zájmu o problematiku cerebrovaskulárních onemocnění, ale také proto, že díky dlouholeté praxi na neurologické klinice mám i dostatek zkušeností, abych o něm mohla pojednat. Podklady pro práci jsem čerpala z odborných lékařských časopisů a literatury, z odborných knih určené středním zdravotnickým pracovníkům, dále pak ze seminářů, konferencí, internetových zdrojů a přednášek na vysoké škole zdravotnické.

Práce je určena studentům ošetrovatelství na středních a vyšších zdravotnických školách. Domnívám se, že podnětné rady v ní mohou najít také i sestry z praxe, které se věnují ošetrovatelské péči o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním.

Touto cestou chci vyjádřit poděkování vedoucí bakalářské práce MUDr. Jolaně Křivohlávkové za odborné vedení, podnětné rady i morální podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání práce. Dále chci poděkovat prof. MUDr. Pavlu Kalvachovi za přínosné konzultace v teoretické části práce, PhDr. Martině Hasalíkové za podnětné připomínky k stylizaci praktické části práce.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	7
-------------------	---

## I TEORETICKÁ ČÁST

<b>1 Charakteristika onemocnění</b> .....	8
1. 1 Definice onemocnění.....	8
1. 2 Organizační opatření .....	8
1. 3 Anatomie cévního zásobení mozku.....	9
1. 4 Etiologie.....	10
1. 5 Pravidla pro nemocného s akutní cévní mozkovou příhodou.....	11
<b>2 Diagnostika</b> .....	11
2. 1 Klinické vyšetření.....	12
2. 2 Vyšetřovací metody.....	13
<b>3 Terapie</b> .....	16
3. 1 Základní lékové skupiny.....	17
3. 2 Léčba ischemické cévní mozkové příhody.....	18
3. 3 Léčba hemoragické cévní mozkové příhody.....	19
3. 4 Léčba subarachnoidálního krvácení.....	19
<b>4 Rehabilitace</b> .....	19
<b>5 Primární prevence</b> .....	20
<b>6 Sekundární prevence</b> .....	21
<b>7 Dietní opatření</b> .....	21
<b>8 Psychoterapie</b> .....	22

## II PRAKTICKÁ ČÁST

<b>1 Ošetrovatelská péče a pacienta s cévní mozkovou příhodou.....</b>	<b>25</b>
1. 1 Příjem na oddělení.....	25
1. 2 Sledování pacienta s CMP.....	25
<b>2 Posouzení stavu pacienta.....</b>	<b>25</b>
2. 1 Identifikační údaje.....	26
2. 2 Výtah z lékařské dokumentace.....	26
2. 3 Lékařská anamnéza.....	27
<b>3 Základní fyzikální vyšetření sestrou.....</b>	<b>27</b>
3. 1 Závěr při příjmu.....	28
<b>4 Terapie.....</b>	<b>28</b>
4. 1 Chirurgická.....	28
4. 2 Farmakoterapie.....	28
4. 3 Dietní režim.....	29
4. 4 Pohybový režim.....	29
<b>5 Posouzení stavu potřeb klienta dle modelu „Funkčního typu zdraví“ M. Gordonové.....</b>	<b>29</b>
<b>6 Ošetrovatelská péče.....</b>	<b>33</b>
6. 1 Ošetrovatelský proces jako systémová metoda řešení problému.....	33
6. 2 Ošetrovatelská diagnóza .....	34
6. 3 Plánování ošetrovatelské péče.....	35
6. 4 Možné ošetrovatelské problémy.....	37
6. 5 Seznam ošetrovatelských diagnóz.....	38
6. 6 Aktuální ošetrovatelské diagnózy dle klasifikace NANDA international taxonomie II .....	38
<b>7 Edukace pacienta.....</b>	<b>44</b>
7. 1 Edukační záznam.....	44
7. 2 Cíl edukačního plánu.....	44
<b>8 Zhodnocení ošetrovatelské péče.....</b>	<b>47</b>
<b>9 Prognóza.....</b>	<b>48</b>
<b>10 ZÁVĚR .....</b>	<b>49</b>
<b>11 Seznam použité literatury.....</b>	<b>50</b>
<b>12 Seznam použitých zkratk .....</b>	<b>53</b>

## ÚVOD

15. květen 1999 byl vyhlášen evropskou organizací EUROPEAN INITIATIVE (EUSI), zaměřenou na výzkum, prevenci, léčbu a zmírnění následků cévních mozkových příhod (CMP) SVĚTOVÝM DNEM PROTI MOZKOVÉ MRTVICI (Word Stroke Day). V rámci této celosvětové iniciativy v ČR poprvé veřejně informovalo o svých aktivitách i Sdružení pro rehabilitaci osob po CMP. Přestože problematika iktů patří, úměrně jejich závažnosti, dlouhodobě k nejsledovanějším, skutečný posun se odehrává teprve v horizontu posledních několika let. Především jde o nové poznatky patofyziologie ischemického iktu a zvýšenou dostupnost nových diagnostických možností, které změnily náhled na léčbu (akutnímu iktu je přiznána stejná míra urgentnosti jako infarktu myokardu a traumatu – tj. nemocný by měl být přijat na oddělení akutní péče do 25 minut s provedením nezbytných vyšetření tak, aby nejpozději do 60 minut po přijetí mohla být zahájena adekvátní léčba). Výsledkem těchto aktivit se stala deklarace shrnující základní principy správné praxe a cíle do roku 2005 (Helsingborská konference). Podle signatářů deklarace musí být intenzivní péče o pacienty, kteří utrpí iktus, vedoucí ke snížení úmrtnosti a zlepšení výsledného funkčního stavu po příhodě, prováděna na specializovaných jednotkách. Na základě těchto požadavků vznikl v ČR cerebrovaskulární program.

Cílem mé bakalářské práce je komplexní zpracování ošetrovatelské péče u nemocného s diagnózou cévní mozkové příhody.

Pro její vypracování jsem si vybrala nemocného pana J. N., který přišel na ambulanci neurologické kliniky v doprovodu své manželky pro dva dny trvající brnění, neobratnost pravé horní končetiny a nejistotu pravé dolní končetiny a závratě. Nikdy předtím obdobné obtíže neměl.

V teoretické části práce se zabývám charakteristikou onemocnění, diagnostikou, léčebným postupem, primární a sekundární prevencí, prognózou, organizačními opatřeními a pravidly pro nemocné s akutní cévní mozkovou příhodou. Následně uvádím základní údaje o nemocném a důvody jeho přijetí k hospitalizaci. Pokračuji průběhem hospitalizace.

Praktickou část práce formuluji přehlednou metodou ošetrovatelského procesu. Zdrojem informací byla anamnéza získaná od nemocného a jeho příbuzných, současně jsem čerpala informace ze zdravotnické dokumentace a od ostatních členů zdravotnického týmu. Objektivní a subjektivní symptomy onemocnění daného pacienta jsem použila ke stanovení plánu ošetrovatelské péče a stanovení ošetrovatelských diagnóz.

V závěru práce se zabývám prognózou onemocnění, zdravotním stavem nemocného při propuštění do domácí péče, edukací nemocného a jeho rodiny, možnostmi následné péče v rámci rehabilitační terapie, lázeňské léčby a v samotném závěru sekundární prevencí u nemocného s proběhlou cévní mozkovou příhodou.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Charakteristika onemocnění

Cévní mozkové příhody (dále CMP, iktus) jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí. Při celosvětovém trendu poklesu mortality (pozorovaném posledních 7 let i v ČR) a stále narůstajících finančních nákladech na péči o CMP jde o celoevropský medicínský, sociální a ekonomický problém. V ČR je úmrtnost na CMP u populace do 65 let dvojnásobná ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy s maximem úmrtí mužů (v kategorii 49 – 65 let). Změnu tohoto alarmujícího stavu nelze realizovat bez zásadní změny organizace péče o CMP a přístupu k léčbě a následných souvisejících postupů. V příštích desetiletích se očekává vzestup incidence iktů, protože se předpokládá zvyšování procenta populace seniorů až na 30 % obyvatelstva. CMP musí být posuzována jako urgentní stav a z toho vyplývají adekvátní organizační, diagnostické a léčebné požadavky (dokument České kardiologické a České neurologické společnosti).

### 1. 1 Definice onemocnění

Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní neurologická dysfunkce vaskulárního původu se subjektivními a objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku.

Prof. MUDr. Z. Seidl uvádí, že: „CMP je urgentní stav, vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení terapie“ (Z. Seidl, Neurologie pro studenty bakalářského a magisterského studia zdravotních oborů, str. 77, 2005).

### 1.2 Organizační opatření:

- realizovat přijetí nemocného s akutním iktem do 1 hodiny v místě bydliště na příslušné nemocniční odborné pracoviště, nejpozději do 3 hodin z okolí spádové oblasti
- reorganizace systému přijímání akutních nemocných s CMP – každý nemocný musí být odeslán na oddělení pro cerebrovaskulární nemoci, hospitalizace dle indikace neurologa nemocného na JIP, zkrátit dobu hospitalizace na akutním lůžku na dobu efektivně nezbytnou s možností překladau na chronická, rehabilitační či sociální lůžka
- umožnit užívání racionální farmakoterapie podle posledních poznatků vědy a výzkumu
- zajistit komplexní systém rehabilitační péče, který bude podřízen potřebám nemocného a jeho rodiny
- poskytnout každému nemocnému po iCMP adekvátní farmakologickou, eventuelně i chirurgickou sekundární prevenci
- základní protokol péče o nemocného s CMP musí obsahovat:
  - informace o podpoře vitálních funkcí
  - identifikaci subtypů CMP
  - etiologickou diagnózu



- preventivní zajištění komplikací a eventuelního zhoršení
- časná a pozdější rehabilitace
- korekce rizikových faktorů
- sekundární prevence (farmakologická/chirurgická)

**personální předpoklady:**

- praktický lékař soustavně vzdělávaný v problematice CMP
- RZP s kvalifikovaným týmem
- cerebrovaskulární tým, neurolog, internista
- specializované zdravotní sestry
- specializovaný rehabilitační tým, logoped, psycholog, dostupnost neurochirurga, angiochirurga, neuroradiologa

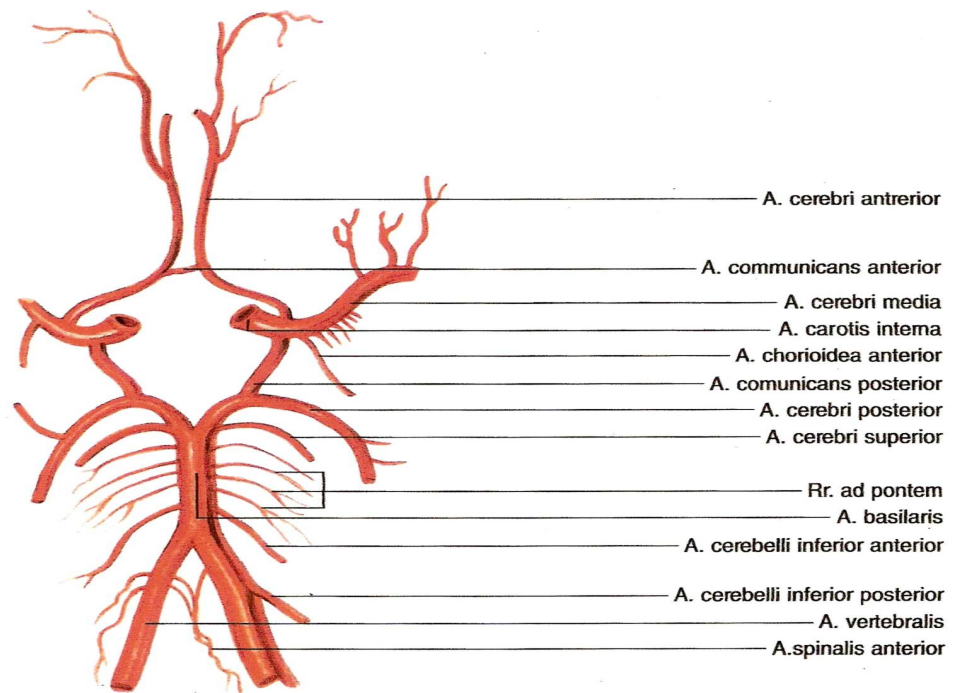
**možnosti následné péče o pacienta :**

- akutní geriatrická oddělení a rehabilitační ústavy
- LDN a sociální lůžka
- systém domácí ošetrovatelské péče
- gerontopsychiatrie a ústavy sociální péče

**1. 3 Anatomie cévního zásobení mozku**

Mozek je zásobován čtyřmi tepnami - v přední části dvěma karotickými (aa. carotides internae), v zadní části dvěma vertebrálními (aa. vertebráles). Vertebrální tepny se spolu v horní části spojují a tvoří jedinou tepnu basilární (a. basilaris). Na bazi mozku dochází k vytvoření tzv. Willisova okruhu, který je propojením tepny basilární s tepnami karotickými a vytvářejí uzavřený cévní okruh, což umožňuje do určité míry kolaterální (vedlejší) zásobení i při poruše některých z uvedených cév. Nad úroveň Willisova okruhu se z basilární tepny odštěpují dvě aa. cerebri posteriores a každá a. carotis interna se větví na arteria cerebri anterior a cerebri media (Z. Seidl, Neurologie pro studenty bakalářského a magisterského studia zdravotnických oborů, str. 78, 2005).

## TEPNY MOZKOVÉ – WILLISŮV OKRUH



Obr. č. 1 Willisův okruh (Sanofi Prague s. r. o.)

### 1. 4 Etiologie

Hlavní příčiny vzniku cévní mozkové příhody (dále CMP) jsou:

- trombóza
- embolizace
- hemoragie

Ateroskleróza je hlavní faktor, který přispívá ke vzniku CMP. Ve vaskulárním systému se krev za normálních okolností nesráží. Při ateroskleróze, kdy je stěna cévy nerovná v důsledku přítomnosti aterosklerotických plátů se snáze vytvářejí sraženiny krve. Trombus může ucpat část nebo celý průsvit cévy. Embolus obvykle přichází ze srdce nebo aorty - jedna z nejčastějších příčin bývá nitrosrdční trombóza při fibrilaci síní. Riziko vzniku trombózy se zvyšuje s přibývajícím věkem, ale hemoragie může vzniknout prakticky kdykoliv. Krvácení obvykle vzniká, jestliže je stěna cévy ztenčená a vzniká výduť (aneurysma). Ta může pod tlakem prasknout a dochází ke krvácení. Rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku CMP je několik - přibývajícím věkem (a tím postupující změny cévní stěny), hypertenze, obezita a diabetes mellitus (V. Feigin, P. Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 12, 2007).

## 1. 5 Pravidla pro nemocné s akutní mozkovou příhodou:

- specifický přístup k antihypertenzní léčbě
- okamžité zahájení farmakologické sekundární prevence
- obecně v co nejkratší době zahájení pasivní i aktivní rehabilitace dle stavu pacienta
- dodržování zásad a principů ošetrovatelské péče
- zajištění nutrice, bilance tekutin, volných dýchacích cest, zamezení močové retence a rizika vzniku infekce
- monitorace glykémie
- polohování (prevence dekubitů, kontraktur a algických kloubních afekcí)
- prevence hluboké žilní trombózy (elastické punčochy, časná mobilizace)
- monitorování teploty (včasný záchyt infekcí)
- monitorování krevního tlaku
- prevence, ovlivňování psychického dyskomfortu a deprese u nemocného.

## 2 Diagnostika

Diagnostika cévní mozkové příhody se skládá z klinického vyšetření subjektivních a objektivních příznaků, které přímo vypovídají o místě a rozsahu postižení mozkové tkáně. Pravá mozková hemisféra řídí levou polovinu těla a naopak levá mozková hemisféra řídí pravou (kontralaterální polovinu). Postiženo bývá čítí i motorika. V pravé mozkové hemisféře je uloženo Brocovo motorické centrum řeči, při jejím postižení dochází k poruchám řeči.

Karotická cirkulace (a.cerebri anterior, media):

- při postižení a.cerebri anterior jsou obvykle přítomny: slabost, porucha čítí kontralaterální strany, oslabení kontralaterální končetiny, případně poruchy kontinence moči, zmatenost
- při postižení a.cerebri media jsou obvykle přítomny: kontralaterální hemiplegie, hemianopie (ztráta části zorného pole), vychýlení očí na stranu léze, afázie (porucha řeči), při edému hemisféry zastřené vědomí až kóma.

Vertebrobasilární cirkulace:

- vzhledem ke složitější situaci v anatomii cévního zásobení je větší variabilita příznaků v závislosti na přesném místě postižení.

Ischemická CMP (dále iCMP) je akutně vzniklá porucha nervového systému, zpravidla ložiskového typu vznikající supratentoriálně ischemií v teritoriu mozkové tepny (a.cerebri media, anterior, posterior) nebo v hraničním pomezí teritorií mozkových tepen či v povodí penetrujících neanastomuzujících tepének (lakunární infarkt). Infratentoriálně vznikají iktiformně syndromy zadní jámy lební z poruchy cévního zásobení tepnami vertebrobasilárního povodí. Podle průběhu se sdělí na transitorní ischemickou ataku (TIA) s úpravou klinické symptomatiky do 24 hodin nebo upravující se do týdne či regredující se zbytkovým menším neurologickým deficitem (minor stroke), eventuelně progredující - komplexní iktus (major stroke). Nejčastější příčina je tromboembolická v 80-90%, z toho až v 30% se jedná o emboly z kardiálního zdroje. Zbývajících 10-20% je podmíněno hemodynamickými faktory.

Hemoragická CMP - intracerebrální hemoragie je podmíněna výronem krve do mozkové tkáně nejčastěji do oblasti bazálních ganglií (asi 60%), méně často subkortikálně (lobální hemoragie v 15%), do mozečku (10%) a mozkového kmene (povinní - v 10%). Nejčastější příčinou je hypertenze. Klinická symptomatika subarachnoidálního krvácení je dána výronem krve do subarchnoidálních prostor často při ruptuře cévní anomálie (zejména aneuryzmatu) s rozvojem meningeálního syndromu a možným druhotným postižením mozkové tkáně intracerebrálním hematodem a zejména odloženým ischemickým postižením mozku na podkladě vývoje vazospazmu (V. Feigin, P. Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 4, 2007).

## 2. 1 Klinické vyšetření

Klinický obraz cévní mozkové příhody nelze popsat jednotně. Každý nemocný je jedinečný, u každého hrají roli jiné příčiny, odlišná je i premorbidní situace. Klinické obrazy CMP jsou závislé na lokalizaci procesu, na velikosti postižené cévy, na stavu a možnostech kolaterálního zásobení a na rychlosti vzniku CMP. Velmi záleží na celkovém stavu nemocného, na jeho věku, prodělaných chorobách, na metabolickém stavu organismu a na bezprostřední příčině vzniku CMP. Mozkové infarkty jsou mnohem častější než hemoragie.

Součástí akutní péče je i včasná diagnostika všech komplikací, zejména kardiálních, které ohrožují nemocného nejvíce v prvních 24 až 48 hodinách po vzniku iktu. Proto nemocný s iktem musí být hospitalizován, nejlépe na jednotce intenzivní péče (JIP).

Pro další léčebný postup je nezbytné iniciální odlišení hemoragické a iCMP. Vstupním vyšetřením je základní neurologické vyšetření, doplněné v co nejkratším čase CT vyšetřením mozku, interním vyšetřením (včetně EKG), dále laboratorními metodami (KO, Htk, FW, koagulační faktory, glykémie, fibrinogen, osmolarita, vyšetření lipidového metabolismu, standardní vyšetření moče, dále je pak prováděn Quickův test, vyšetření minerálů, jaterních testů), sonografické vyšetření karotid.

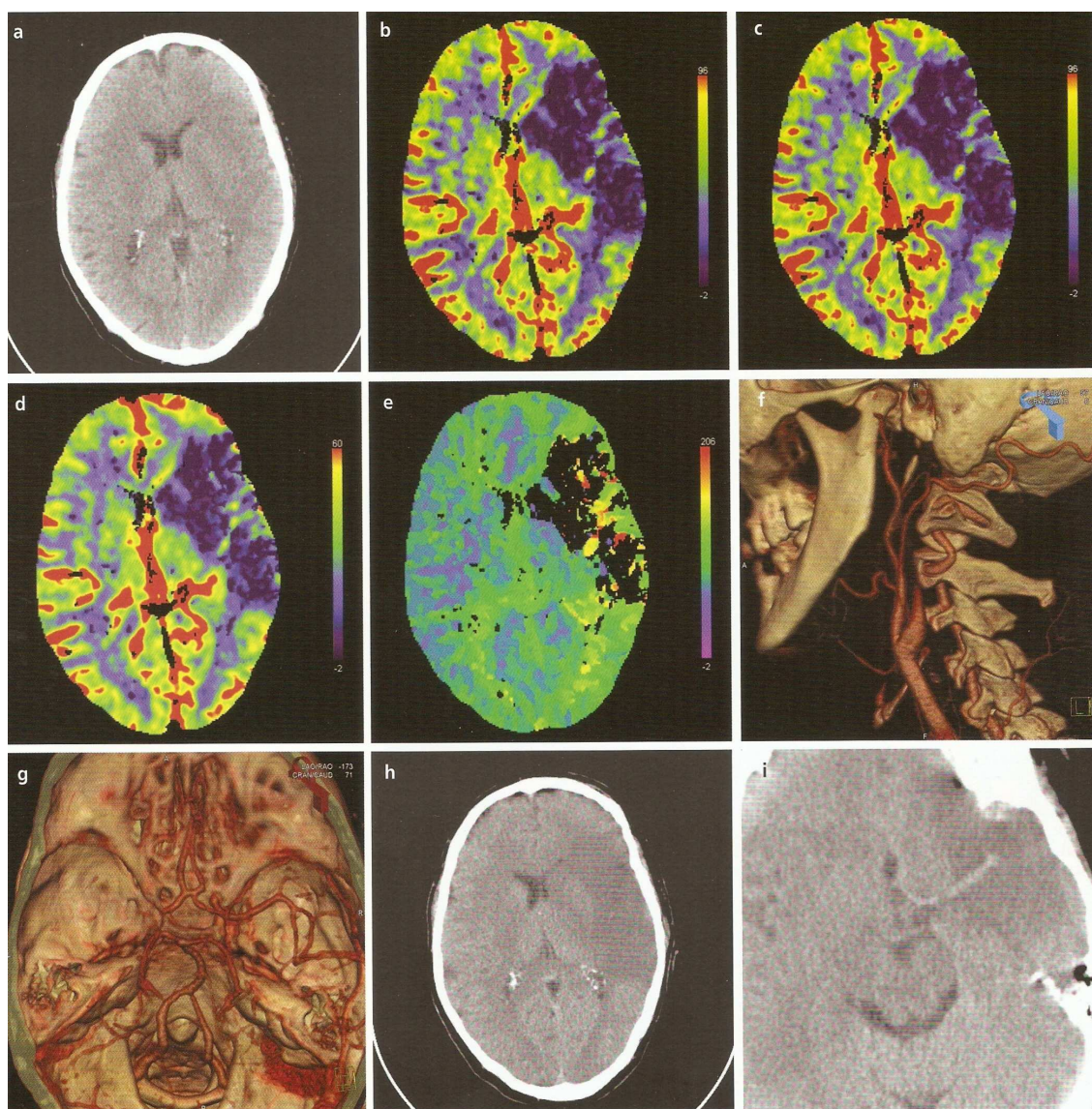
U subarachnoidálního krvácení je nutné provést statimové vyšetření CT mozku, dále bývá prováděna lumbální punkce se spektrofotometrií při negativním nálezu na CT, při pozitivním klinickém nálezu. Jako z dalších diagnostických metod bývá užívána panangiografie k průkazu zdroje krvácení, optimálně do 24 hodin od manifestace klinického obrazu a dále vždy nutná konzultace neurochirurga.

V případě hemoragické CMP je indikováno statimové provedení CT mozku. Pokud je nutné přistoupit k operativnímu řešení u subkortikálních hemoragií je indikována i angiografie k průkazu zdroje krvácení (cévní malformace).

**Rozvoj závažnosti klinických příznaků závisí na rychlosti krvácení, jeho lokalizaci a rozsahu. Platí pravidlo - čím blíže je hemoragie střední čáře, tím menší její objem stačí k vyvolání těžkého klinického stavu** (V. Feigin, P. Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 16, 2007).

## 2. 2 Vyšetřovací metody

**Computerized tomography (počítačová tomografie, CT)** je rentgenová neinvazivní metoda, založená na různé propustnosti tkáně pro rtg záření, odliší hemoragii od ischemie. Krvácení se projeví hyperdenzními ložisky, ischemie jsou v prvních dnech němé, asi po třetím až pátém dni se projeví sníženou denzitou. (obr. č. 2 Journal of neurology. 9/2008 www.jon.springer.de)

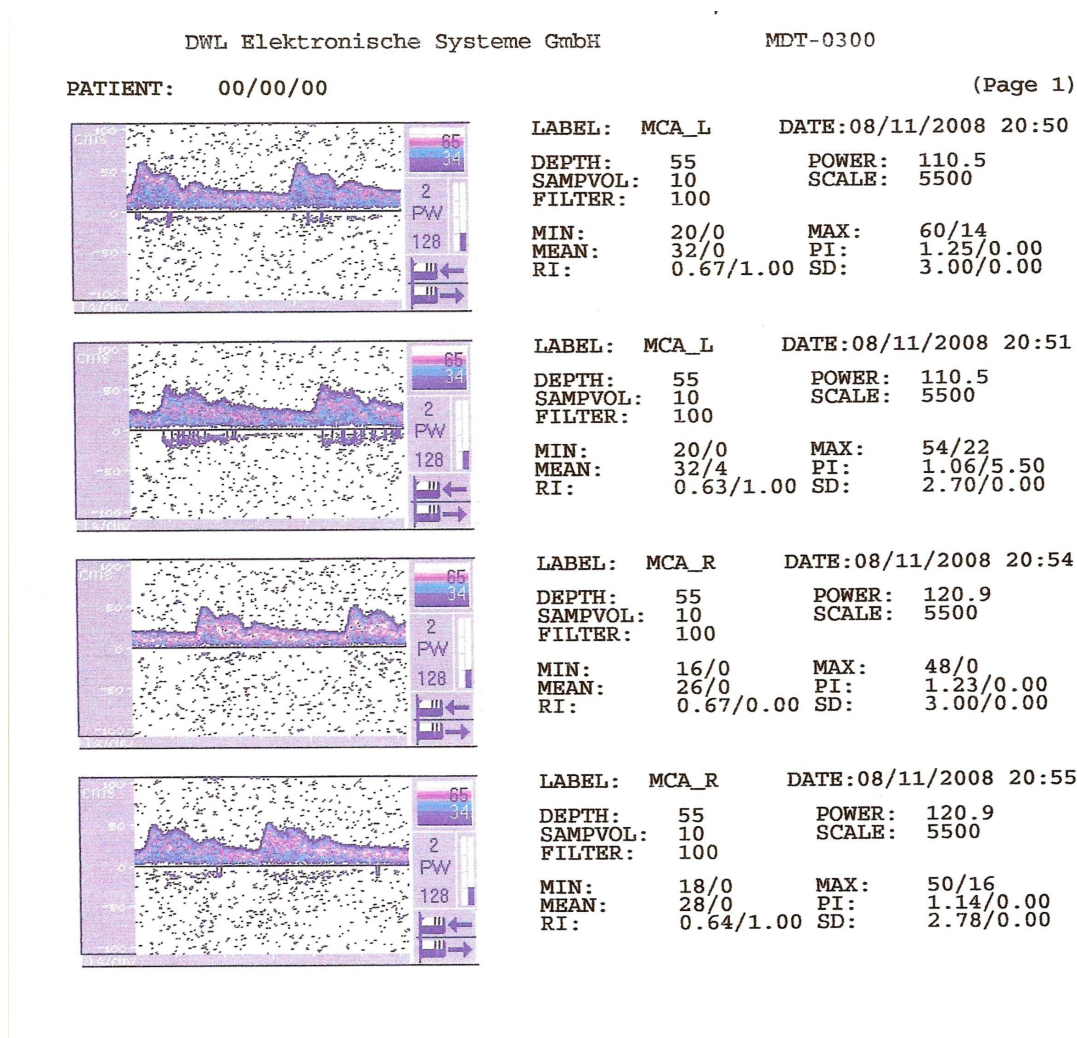


Obr. č. 2 **CT mozku** – hypodenzita kmene ACM vlevo (a) s počínajícími ischemickými změnami v celém povodí (b), výrazně snížení perfuse (c) i krevního objemu (d), VRT rekonstrukce ukazuje uzávěr ACI (f) a ACM vlevo (g).

**Nukleární magnetická rezonance – NMR** - založena na principu toho, že ionty s elektrickým nábojem, který vyvolá magnetický moment, je možné zachytit a měřit. Lze tak získat prostorový obraz v různých rovinách - axiální, frontální, sagitální. Prokáže ischemii dříve než CT (Z. Seidl, Neurologie pro studenty bakalářského a magisterského studia zdravotnických oborů, str. 48,49, 2005).



**Sonografické vyšetření (SONO)** – jedná se o neinvazivní metodu, která prokáže přítomnost stenóz nebo uzávěrů větších cév. Při použití intrakraniální Dopplerovy sonografie lze zjistit poměry ve větších mozkových tepnách. (obr. č. 3 z dokumentace hospitalizovaného pacienta)



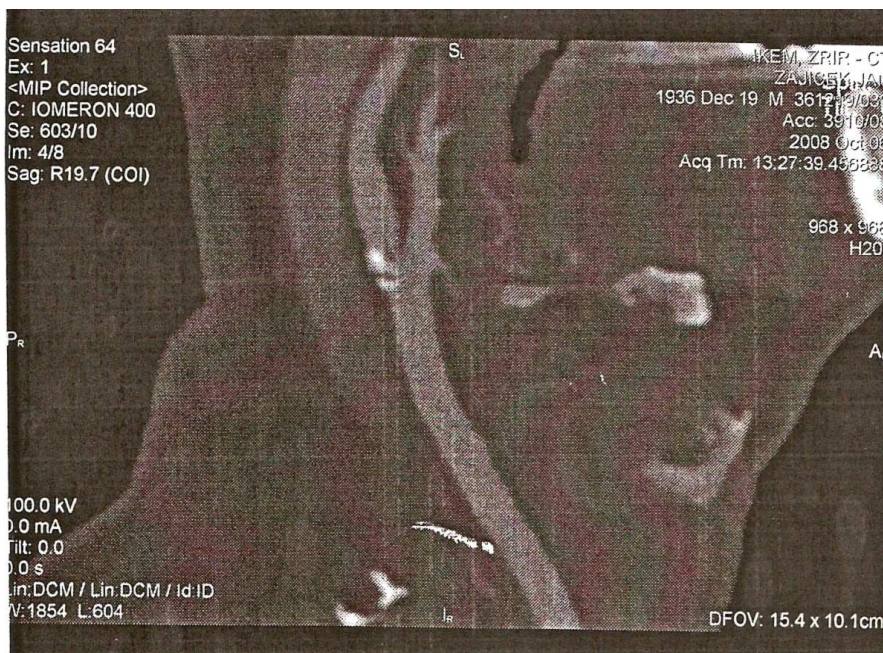
Obr. č. 3 DUPLEX USG KAROTID + VA + TCD u hospitalizovaného pacienta - zcela normální nález v cervikálním úseku mozkových tepen, průtoky na hlavních kmenech Willisova okruhu v dolním pásmu normy, povšehně lehce vyšší RI, CVR vlevo nulová, vpravo snížená.

**Single Photon Emission Computed Tomography – SPECT** – podstatou této metody je detekce uvolněných protonů jednoho druhu z aplikovaného gama zářiče tělu cizích nebo vzácných prvků (např. Technecium 99, jód 123). Intravenózně podaná kontrastní látka je při průtoku mozku zachycována speciální kamerou, která zobrazuje snímky podobné CT či NMR. SPECT ukáže stav místního mozkového prokrvení (Z. Seidl, Neurologie pro studenty bakalářského a magisterského studia zdravotnických oborů, str. 50, 2005).

**Pozitronová emisní tomografie - PET** – metoda založená na detekci záření vycházejícího z tkáně, zdrojem jsou intravenózně nebo inhalačně aplikované izotopy.

Záření je registrováno a vyhodnoceno počítačem. Zobrazuje detailně stav prokrvení mozku, nevýhodou je jeho nedostupnost z důvodu velké finanční nákladovosti vyšetření (Z. Seidl, Neurologie pro studenty bakalářského a magisterského studia zdravotnických oborů, str. 50, 2005).

**Angiografie – AG** - metoda zobrazující mozkové artérie po aplikaci kontrastní látky do cévního systému. Přímá AG - kontrastní látka se aplikuje do karotidy, zobrazuje se řečiště jedné karotidy. Panangiografie - nepřímá AG, zavádí se katétr přes a.femorális a aortu, kontrastní látka se aplikuje do některé nebo do všech přívodných mozkových cév. Největší rozlišovací schopnost má digitální subtrakční angiografie (DSAG), jejímž principem je snímání mozku před a po nástřiku kontrastní látky. AG prokáže cévní malformace, větší aneuryzmata, okluze či stenózy i závažnější arteriosklerotické změny. (obr. č. 4 Angiografie u hospitalizovaného pacienta)



Obr. č. 4 Angiografie - proximální stenosa ICA vpravo 70%

**Elektroencefalografie - EEG** – pomocná vyšetřovací elektrofyziologická metoda. Zaznamenává bioelektrické mozkové potenciály, které provázejí funkční aktivitu mozku. Zobrazí asymetrii amplitudy a změnu frekvence mozkové aktivity svědčící pro postižení levé či pravé hemisféry. Není průkaznou metodou pro diagnostiku CMP, ale zobrazí sekundární změny např. při hemoragické CMP - edém mozku (Z. Seidl, Neurologie pro studenty bakalářského a magisterského studia zdravotnických oborů, str. 50 2005).

**Oční vyšetření** - slouží k průkazu patologických změn na a.ophthalmica a informuje o stavu mozkových tepen - hypertenzní encefalopatie, sklerotické změny na sítnici, měštnání na očním pozadí, které může být projevem narůstající nitrolební hypertenze.

**Vyšetření mozkomíšního moku** – laboratorní vyšetření důležité nejen u zánětů mozku a míchy. Význam diferenciálně diagnostický má u řady jiných neurologických chorob, slouží k průkazu přítomnosti např. erytrocytů v moku při hemoragické CMP (Z. Seidl, Neurologie pro bakalářské a magisterské studium zdravotnických oborů str. 53, 54 2005).

### 3 Terapie

Pro farmakologickou léčbu je důležitý časový faktor - princip farmakologického okna. Léčba je individuální, závislá na časovém intervalu, modifikována podle subtypu iktu a spojená s léčbou dalších přidružených nemocí, které se mohou podílet na vzniku i průběhu iCMP. Účinná farmakoterapie v prvních hodinách po vzniku iCMP má postihovat patofyziologické změny v ischemické oblasti a zmírňovat rozsah perfuzního poškození.

Léky ovlivňující mikrocirkulaci v oblasti ischemického polostínu podáváme nejpozději do 6 hodin od začátku klinických příznaků iktu (Heparin).

Léky využívající neuroprotektivní účinky další skupiny léků s možností podávání do 12 hodin od vzniku iktu (nootropika).

Pro vybrané nemocné možnost fibrinolytické léčby, zahájením léčby do 3 hodin, indikována i u nemocných s prokázanou trombózou a. basilaris i do 8-10 hodin od manifestace příhody (možnost užití intraarteriální streptokinázy). V jasně specifikovaných případech je možná i akutní trombarterektomie.

### **! TROMBOLÝZA JE KONTRAINDIKOVÁNA U HEMORAGICKÝCH CMP !**

Zásadní v akutní fázi je úprava hyperglykémie jakékoli etiologie (inzulínem s využitím i jeho neurotrofních vlastností), hyperpyrexie (včetně fyzikálních opatření) a dalších preventivních opatření minimalizující vznik průvodních komplikací CMP (aspirace, bronchopneumonie, plicní embolie, žilní trombóza aj.).

#### 3. 1 Základní lékové skupiny

**Léčba antitrombotická** zahrnuje tři skupiny léků

- léky antiagregační - jsou zaměřeny proti agregaci trombocytů, význam více profylaktický k zamezení progresu či recidivy (kyselina acetylsalicylová – Anopyrin - dává se v malých dávkách, kolem 400mg denně, je-li kontraindikována, užívá se ticlopidin - Ticlid – 250mg 2x denně)

- léky antikoagulační - blokují srážení krve, které následuje po prvních fázích hemostázy zahájené destičkami. Indikují se u méně závažných ischemií s fibrilací síní. Užití je kontraindikováno u hemoragií. Nejčastěji se podává heparin. Plná heparinizace je bolus 10 000 jednotek každou hodinu intravenózně (dále i.v.) a probíhá za stálé



kontroly aPTT. Podáváním menších dávek Heparinu (5 000- 10 000 jednotek denně) slouží k prevenci žilních trombóz. V současnosti je k dispozici ve výhodné formě nízkomolekulárního heparinu s účinnou látkou nadropin (Fraxiparine) v injekci pro jedno použití

- fibrinolytika - použití pro rozrušení tepenných a žilních trombóz v prvních hodinách po jejich vzniku. Streptokináza a urokináza se pro riziko hemoragií v léčbě ischemické CMP příliš neosvědčila, výhodnějším přípravkem by mohl být tkáňový aktivátor plazminogenu působící selektivně na fibrin (V. Feigin, P. Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 67 2007).

### **Léčba hemoreologická**

- hemoreologika zlepšují reologické vlastnosti krve - snižují hematokrit, zlepšují flexibilitu a deformabilitu erytrocytů, snižují viskozitu krve. Používá se nízkomolekulární dextran (Rheodextran) v infuzích v dávce 500ml. Dalším z preparátů jsou vazodilatační přípravky Pentoxyphyllin (Agapurin, Trental). Je výhodnější podávat perorálně (dále p.o.) v dávkách 1 200 mg denně, v případě preventivního podávání těchto přípravků stačí nižší dávky. Jestliže pacient špatně polyká, volíme injekční formu (V. Feigin, P. Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 67 2007).

### **Léčba vazoaktivní**

- vazoaktivní léky zlepšují vazodilataci celkovou i regionální cirkulaci. Nejčastěji se používá etophylin (Oxyphyllin), má efekt bronchodilatační a pozitivně chronotropní a inotropní a ovlivňuje metabolismus mozkové buňky. Používají se v injekční formě 6 - 8 ampulí i.v. denně. Dále sem řadíme vinpocetin (Cavinton), který má pozitivní vliv na mozkovou cirkulaci, zejména na kolaterální oběh. Podává se buď v infúzi 2x 20 mg nebo perorálně v dávce 15- 30 mg denně (V. Feigin, P. Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 68 2007).

### **Léčba neuroprotektivní**

- léčba chrání částečné poškození mozkové buňky. Blokátory kalciových kanálů upravují porušenou permeabilitu buněčných membrán a chrání vnitřní prostředí buněk. Nejčastěji se používá nimodipin (Nimotop, Nimotop S), především u subarachnoidálního krvácení. Neuroprotektivum kreatin fosfát (Neoton) je látka dodávající energii strádajícím neuronům, je vhodná při léčbě akutních ischemií, zpočátku se podává bolus 2g intravenózně, později se může dávkování, v závislosti na hodnotách krevního tlaku, zvýšit (V. Feigin, P. Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 68 2007).

### **Léčba nootropiky**

- látky zlepšující metabolismus mozkových buněk – piracetam (Nootropil, Geratam). Nootropika se rovněž používají při známkách chronické cerebrovaskulární insuficience s poruchami paměti, závratěmi apod. Kontraindikací jsou těžší nefropatie (V. Feigin, P. Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 68 2007).

## **Léčba antiedematózní**

- těžší akutní CMP téměř vždy provází edém mozku. Podává se manitol (Manitol 20%), 100ml dvakrát denně v infúzi nebo kortikoidy (Dexona, Solu-medrol) zpočátku ve vysokých dávkách, které se postupně snižují (V. Feigin, P. Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 68 2007).

### **3. 2 Léčba ischemické cévní mozkové příhody (dále iCMP)**

K terapii mozkové ischemie jsou používány takové léčebné látky, které snižují srážlivost krve a snaží se odstranit nebo omezit velikost trombu, který příhodu vyvolal. Důležitá je monitorace a včasná úprava celkového stavu pacienta (vnitřní prostředí, krevní tlak, úprava glykemie). V současnosti je nejúčinnější léčbou iCMP trombolýza, pomocí které je možno trombus rozpustit. Lze ji však použít do 3 hodin od vzniku příznaků a má přísná kritéria použití vzhledem k možnostem závažných vedlejších účinků. Před podáním trombolýzy je nutné statimové CT vyšetření pro rozlišení CMP, zda se jedná o iCMP nebo hemoragickou CMP (M. Kalina, Cévní onemocnění mozku, str. 46 2001).

Záleží na rozsahu a lokalizaci postižení. Dojde-li k časovému prodloužení, uplynutí terapeutického okna pro podání trombolýzy, je pacient léčen antikoagulancii (Heparin, Warfarin), nootropiky (Piracetam), vazodilatancii (Cavinton) dle stavu pacienta a sekundárních komplikací provázejících iCMP. Musí být léčena sekundární onemocnění (hypertenze, diabetes mellitus, onemocnění ledvin, GIT aj.).

### **3. 3 Léčba hemoragické cévní mozkové příhody**

Farmakologická: protiedémová, ovlivňující oblast ischemického polostínu v okolí hemoragie (léčba je principiálně shodná s léčbou iCMP - s výjimkou trombolýzy).

Neurochirurgická léčba je indikována u mozečkových hemoragií, méně často u subkortikálních hemoragií při progresy neurologického postižení (ložiskové symptomaticky a stavu vědomí). Neefektivní je obecně u hemoragií v oblasti bazálních ganglií a v oblasti mozkového kmene. Chirurgická léčba je tak indikována jen u 10-12% mozkových hemoragií (M. Kalina, Cévní onemocnění mozku, str. 47 2001).

### **3. 4 Léčba subarachnoidálního krvácení**

Optimální je akutní diagnostika zdroje krvácení (panangoigrafie) a konzultace neurochirurga s neodkladnou operací do 24 - 48 hodin od vzniku SAK. Při pozdější diagnostice – odložená operace zjištěného zdroje krvácení (aneurysma, AV malformace aj.) podle klinického stavu a rozhodnutí neurochirurga (M. Kalina, Cévní onemocnění mozku, str. 47, 48 2001).

## **4 Rehabilitace**

MUDr. Kalina uvádí: „Podstatnou částí léčby, která má zásadní vliv na výsledný stav, je časná rehabilitace zaměřená na uchování rozsahu pasivního pohybu i na

paretických končetinách, na prevenci kontraktur a na časný nácvik samoobsluhy“ (MUDr. M. Kalina, Cévní onemocnění mozku, str. 128 2001).

Důležitá funkce, která je postižena u všech pacientů po CMP je ztráta normálního svalového tonu na postižené straně. Jestliže chybí normální svalový tonus, chybí také normálně kontrolovaný pohyb. Posturální svalový tonus může být zvýšený, snížený nebo oboje. Jestliže je zvýšený, jedná se o spasticitu nebo hypertonus. Jestliže je snížený, hovoří se o slabosti nebo hypotonii. Poškození mozku může způsobovat nejen fyzické postižení, ale také percepční problémy a ztrátu sensorické diskriminace. Výsledkem toho je, že pacient má problém poznat, kde se právě nacházejí jeho končetiny a v jaké poloze např. jsou-li skrčené nebo natažené. Po mozkovém infarktu ihned následuje fáze mozkového šoku (několik dní až týdnů) je svalový tonus snížený (hypotonus). Pohyb na postižené straně je obtížný, někdy až nemožný, a to svalů tváře, jazyka, trupu a končetin. Následuje fáze údravy (mezi druhým a šestým týdnem), ta má tři fáze – chabé stadium – přetrvávání hypotonu, fáze údravy – normální tonus, spastická fáze – hypertonus. Velikost svalového tonu bude základní podmínkou pro kvalitu pohybu a liší se od pacienta k pacientovi.

Faktory ovlivňující údravu postižených funkcí závisí na rozsahu poškození, ale velkým dílem závisí také na kvalitě rehabilitační péče. Dalšími faktory jsou věk pacienta, další choroby pacienta - kardiální, respirační, psychické a rodinné. (Carraro Lorenzo, Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě, str. 82 2002).

S rehabilitací je nutné začít v prvních hodinách po vzniku cévní mozkové příhody nebo okamžitě, jakmile to stav pacienta dovolí. Významné jsou i formy pasivní rehabilitace, dechová cvičení a polohování pod odborným vedením fyzioterapeuta. Je důležité předcházet imobilizačnímu syndromu (flekční držení, osteoporóza, ortostatická hypotenze, hypostatická pneumonie, stagnace moči, stolice, vznik dekubitů a další).

Komplexní rehabilitaci má (v blízké budoucnosti) realizovat specializovaný rehabilitační tým, který je schopen ovlivňovat všechny narušené funkce mozkové činnosti a působit i psychologicky (fyzioterapeut, logoped, psycholog, ergoterapeut, školený tým zdravotních sester na cerebrovaskulární jednotce). S ohledem na pravděpodobnost zlepšení postižených funkcí a celkového stavu, na přidružené choroby, věk pacienta, rodinnou situaci a další individuální faktory se učiní rozhodnutí o nutnosti, intenzitě a vhodnosti další rehabilitace. Neurolog, v některých případech internista nebo geriatr, je zodpovědný za zhodnocení klinického stavu, klinickou diagnózu a celkový obsah péče a rehabilitace. Na zhodnocení a léčení problému s pohybem a smysly se podílí fyzioterapeut. Provádí vlastní tělesná cvičení, hodnotí rozsah pohybů v kloubech a udržuje součinnost hrudníku s dýcháním. V některých případech se v zájmu zlepšení polykání, chůze a funkcí paže kombinuje fyzikální léčba s výcvikem zpětné vazby (biofeedback) a s elektrostimulací. Potřebuje-li pacient pomůcky, fyzioterapeut je pro něj může zařídit.

Pracovní terapeut má na starosti zhodnocení pacientových schopností vykonávat každodenní aktivity (sprchování, oblékání, toaletu, schopnost se sám najíst aj.) během hospitalizace i po propuštění z nemocnice. Dále má za úkol poučit pacienta a jeho rodinu či pečovatele o nejlepším a nejbezpečnějším způsobu, jak vykonávat tyto činnosti, doporučit speciální asistenční pomůcky nebo vybavení. U pacientů se závažnou parézou spolupracuje pracovní terapeut úzce s fyzioterapeutem, sesterským

personálem, logopedem a s pacientovou rodinou, aby pomohl nemocnému znovu nabýt základních sebeobslužných dovedností, jako je příjem potravy, mytí a oblékání. Může se také podílet na hodnocení kognitivních funkcí pacienta.

Logoped by se měl podílet na hodnocení pacientovi schopnosti polykat bezpečně jídlo a tekutiny a komunikovat s ostatními (návlek řeči, poruchy počítání, poruchy schopnosti čtení aj.).

Délka rehabilitace má být podřízena zájmu a potřebám nemocného, v případě potřeby až 6 měsíců s možností eventuálního opakování této léčebné kúry v průběhu roku (pulsativní RHB ke zvyšování motivace v prvním roce po proběhlé CMP). Rehabilitační terapie vedle medicínského efektu má i efekt ekonomický, protože vede ke zkrácení doby pobytu v nemocnicích, zvýšení počtu samoobslužných pacientů a tím snížení požadavků na institucionální péči.

## **5 Primární prevence**

Jejím účelem je předcházet vzniku nebo ovlivnění již prokázaných rizikových faktorů pro vznik iCMP a intracerebrální hemoragie (dále iCH) a dělí se na:

- neovlivnitelné (rasa, etnikum, věk, pohlaví, genetika)
- ovlivnitelné životospřávnou a správnou léčbou rizikových nemocí - hypertenze (pro iCMP i iCH), nemoci srdce (zejména fibrilace síní a stav po infarktu myokardu) - při iCMP, diabetes mellitus (pro iCMP), nadměrná konzumace alkoholu (iCH), porucha lipidového metabolismu (hypercholesterolemie) a obezita - pro iCMP, nikotinismus (zejména při současné hormonální antikoncepci) – pro iCMP i iCH, polyglobulický syndrom aj.

Primární prevence je tak doménou praktických lékařů a kardiologů. Neurolog vyšetřuje a dispenzarizuje jen nemocné s ovlivnitelnými rizikovými faktory, kteří jsou k němu odesíláni pro suspektní projevy možné cerebrovaskulární insuficience (nemající charakter TIA). Pacienty po TIA a iktu již musí neurolog dispenzarizovat v poradnách pro cévní onemocnění mozku, které jsou zřizovány při neurologických klinikách.

## **6 Sekundární prevence**

Důležitým doporučením je považovat za rozhodující vyšetření mimo akutní stav, kdy laboratorní testy jsou ovlivněny aktuálně přítomnou trombózou a její terapií. MUDr. Kalina uvádí: „při průkazu dědičné trombofilie je vhodné přešetřit rodinu, protože z toho mohou vyplynout závažná primárně preventivní opatření“ (MUDr. M. Kalina, Cévní onemocnění mozku, str. 151, 2001).

Úkolem sekundární prevence je zabránit recidivě cévní mozkové příhody. Pravděpodobnost recidivy iktu je významně větší než vznik první příhody. Z toho plynou opatření a doporučení, která se v řadě případů neliší od prevence primární (změna životního stylu - dostatečná fyzická aktivita, vyvarovat se stresu, lehká strava, omezit přísun alkoholu, nekouřit, relaxace aj.) Je nezbytná u všech nemocných po iCMP typu TIA, RIND a iktu s malým neuronálním deficitem (MND, stroke minor), ale i u nemocných s dokončeným iktu s obnovou samoobslužnosti.

Medikamentózní prevence je zahájena bezprostředně po vzniku iCMP:

- preparáty kyseliny acetylsalicylové (ASA)
- Ticlopidin a nově clopidogrel
- antikoagulancia (Warfarin, Heparin) u iCMP embolické etiologie z kardiálního zdroje s velkou pravděpodobností embolizace s odloženým zahájením této prevence jen u rozsáhlého infarktu. Doporučená hodnota INR 2,0 - 3,0 se zvýšenou rizikovostí u pacientů této prevence u pacientů starších 70 let
- v indikovaných případech (stenóza magistrálních tepen nad 70%) je medikamentózní léčba doplněna chirurgickou sekundární prevencí - endarterektomií nebo angioplastikou.

## 7 Dietní opatření

Pro úpravu hypertenze u nemocného po iktu je nutné snížení příjmu soli ve stravě. Důležitá je vyvážená skladba jídelníčku. Nahradit příjem živočišných tuků tuky rostlinnými. Přísun lehce stravitelných potravin s vyváženým obsahem vlákniny, čerstvé zeleniny a ovoce. Bílé pečivo nahradit pečivem celozrnným. Nahradit příjem tučných mléčných výrobků výrobky polotučnými nebo nízkotučnými a omezení přísunu vaječných přípravků. Z masných výrobků jsou vhodná libová masa, nejlépe maso kuřecí a králíčí. Jídelníček by měl obsahovat alespoň jedenkrát týdně rybí maso. U příloh dávat přednost vařeným bramborám, rýži a těstovinám. Důležitý je dostatečný příjem vhodných tekutin minimálně 1,5 – 2 litry denně. U diabetiků je nezbytné dodržování omezení příjmu sacharidů.

## 8 Psychoterapie

Tento proces představuje komunikaci a vzájemnou interakci pacienta a terapeuta nebo osoby, která poskytuje péči a pacient přijímá tento nabídnutý vztah. Pokud pacientovi někdo skutečně naslouchá a bez výhrad jej akceptuje, je pacient schopen sobě více naslouchat, poznává a odhaluje své skryté stránky, začíná je u sebe akceptovat, stává se více autentickým a otevřeným. Carl Rogers rozdělil proces terapie do sedmi stádií. Pacient vstupuje do terapie v některém bodě tohoto kontinua a mění se:

### 1. stádium

Člověku jsou vlastní rigidní názory o sobě a o světě. Je vzdálen bezprostřednímu prožívání, netouží po změně nebo osobním růstu, komunikuje jen o vnějších věcech, nerozezná problémy, pocity ani osobní potřeby. Není motivován pro terapii, je pasivní, neochotný hovořit o sobě.

### 2. stádium

Člověk je schopen vyjadřovat se o neosobních tématech a problémech, pocity jsou popisovány bez vztahu k sobě. Osobní názory jsou rigidní a často prezentovány jako fakta.

### 3. stádium

Pacient se začíná více uvolňovat, hovoří o svých pocitech, které se týkají minulosti. Názory a představy nechápe pouze jako neměnitelná, definitivní fakta.

### 4. stádium

V tomto stádiu pacient popisuje své přítomné pocity, prožívání je více spontánní, začíná cítit vlastní zodpovědnost za své problémy. Blízké vztahy stále vidí jako ohrožující, často je zmatený ze skutečnosti, které vnímá nejasně.

### 5. stádium

Pocity, které dříve popíral nebo se jim vyhýbal, jsou téměř plně prožívány, někdy se strachem nebo úzkostí. Svě prožívání si začíná uvědomovat i tělesně. Touží být sám sebou, vyrovnává se rozdíl mezi prožíváním a sebepojetím, začíná důvěřovat svým vnitřním psychickým dějům, svému prožívání.

### 6. stádium

V tomto stádiu dochází k nejvýraznějším projevům změny osobnosti pacienta. Plně prožívá přítomnost se všemi pocity, které si dříve odmítal uvědomit. V bezprostředním prožívání se mění názory i zásady, kterými se doposud řídil, což může být doprovázeno silnými emocemi i fyziologickými projevy (pláč, vzdechy, apod.) Poznává dosud nepoznané součásti sebe sama, změnil se, jeho vnitřní svět se stává procesem, který je proměnlivý a pohyblivý. Otevřeně komunikuje sám se sebou i s ostatními lidmi.

### 7. stádium

Toto poslední stádium terapeutického procesu je spíše cílem nebo obrazem plně fungující osobnosti. Jedinec prožívá bezprostředně, bohatě a detailně. Ví, kdo vlastně je, co vlastně chce a jaké má postoje. Přijímá sebe, důvěřuje svému tělesnému prožívání, uvědomuje si ho, dokáže ho přesně vyjádřit a řídit se jím.

## **Oblasti osobnosti člověka, kterých se změny dotýkají**

City a osobní významy – vztahy pacienta ke svým vlastním citům se mění podle toho, nakolik si je uvědomuje a přijímá za své a jak je dovede vyjádřit. V horším případě je pacient od svých pocitů oddělený, nepřipouští si je. Postupně začíná pocity rozpoznávat a hovoří o nich jako o minulosti. Později dokáže s obavami popsat své aktuální city a nakonec je schopen je vyjádřit vždy, když se objeví.

Způsoby prožívání – na počátku je pacient odtržený od svých vnitřních prožitků, později si je začíná uvědomovat, nakonec je schopen využívat své měnící se vnitřní prožitky jako kritérium svého chování a jednání, řídí se jimi.

Osobní konstrukce – to, jak si pacient vytváří své prožitky. Na jednom konci dává svým prožitkům rigidní významy, nedůvěřuje svým vnitřním reakcím, začíná pochybovat o svém způsobu vytváření prožitků, začíná více důvěřovat svému vnitřnímu

prožívání a nachází v něm osobní významy. Na druhém koci dokáže hodnotit své emoce tak, jak je prožívá, nedává jim násilně vnucené významy.

Vyjádřování o sobě – vyjádření ochoty hovořit sám o sobě, postupně si uvědomuje sebe sama, své pocity a vlastní prožitky, začíná být otevřený, věnuje pozornost svému „já“, o kterém dokáže hovořit.

Kongruence – proměna od neshody ke shodě v prožívání a sebepojetí (vnitřní já). Pokud si je pacient vědom svého vnitřního prožívání a jedná ve shodě s tímto prožíváním, tak je kongruentní (shodné). Pokud hraje nějakou „rolí“, skrývá své vnitřní já, je inkongruentní (neshodné).

Vztah k problémům – na jedné straně si pacient uvědomuje své problémy nebo je považuje za něco mimo sebe. Později začíná hovořit o předešlých problémech. Na druhé straně má bezprostřední přístup ke svým problémům tak, jak je aktuálně prožívá, chápe, že jsou jeho a hledá řešení v sobě.

Vytváření vztahů – když se pacient obává mezilidských vztahů, nachází se na dolním konci kontinua. Ve středu škály je tehdy, když testuje své vztahy k druhým, racionalizuje, je nedůvěřivý. V horní části kontinua je schopen vyjádřit své pocity a vstoupit do těsného vztahu s druhým člověkem.

### **Očekávané výsledky – cíle rogersovské psychoterapie**

1. Klient je více autentický, více otevřený ke zkušenostem a prožitkům, pravdivěji se orientuje.
2. Je realističtější, objektivnější, úspěšněji řeší své situace, lépe zvládá mezilidské vztahy.
3. Zmenšuje se nesoulad mezi reálným a ideálním „já“, dochází k redukci fyziologické a psychické tenze a úzkosti.
4. Klient si více věří, spoléhá sám na sebe a je schopen sám o sobě rozhodovat.
5. Jeho hodnoty a hodnocení jsou určovány vnitřním organismickým procesem a uvědomuje si význam vlastního prožívání.
6. Chování je adaptovanější, tvořivější, zralejší, má ho pod kontrolou, zlepšují se vztahy k ostatním lidem (Dagmar Mastiliaková, Úvod do ošetřovatelství II. Díl, str. 57 – 61, 2004).

Pro pacienta po prodělané atace CMP je důležité s pomocí erudovaného zdravotnického týmu uvědomit si a vyrovnat se s momentální situací. Na oddělení pravidelně dochází klinický psycholog, logoped, fyzioterapeut s jejichž odbornou spoluprací se kvalifikovaná sestra snaží empatickým přístupem k pacientovi o zmírnění či odstranění úzkostného napětí, strachu z budoucnosti a deprese ze stávajícího

onemocnění. Pro nemocného je důležité znát své onemocnění, vysvětlení z jaké příčiny k němu došlo, je nezbytné navázat s pacientem kontakt, získat si jeho důvěru a nezklamat jí. Zvlášť u úzkostných nemocných je důležité trpělivé jednání ze strany ošetřujícího zdravotnického i nezdravotnického personálu.



## **II PRAKTICKÁ ČÁST**

### **1 Ošetrovatelská péče o pacienta s cévní mozkovou příhodou**

#### **1.1 Příjem na oddělení**

Po sepsání lékařské anamnézy a stanovení diagnózy byl nemocný přijat k hospitalizaci a umístěn na standardní oddělení neurologické kliniky. Pacient byl uložen na dvouůžkový pokoj. Sestra seznámila pacienta s režimem oddělení, umístěním toalet, koupelny a společenské místnosti, kam mobilní pacienti mohli chodit na snídani, oběd a večeři. Provedla indikované ordinace. Poté pacienta seznámila s nemocničním řádem, jeho právy a povinnostmi. Po seznámení se s možnými riziky a komplikacemi nemocný podepsal formulář informovaného souhlasu. Příslušné informace mu podal ošetřující lékař. V odpoledních hodinách sestra s pacientem vyhotovila ošetrovatelskou anamnézu a provedla fyzikální vyšetření. Posléze vypracovala denní plán ošetrovatelské péče a plán možných ošetrovatelských diagnóz.

#### **1.2 Sledování pacienta s CMP**

Od prvního dne byla pacientovi naordinována infuzní vazoaktivní léčba. K její aplikaci byl nemocnému zaveden periferní žilní katétr. Před snídaní, obědem a večeří byl pacientovi subkutánně aplikován inzulin, ostatní léky byly podávány perorálně. Každé ráno byla nemocnému měřena glykémie pomocí glukometru. Třikrát denně probíhalo měření tělesné teploty, krevního tlaku a pulzu. Všechny naměřené hodnoty byly zaznamenávány do chorobopisu, hodnoty TT do teplotní tabulky. Byl pravidelně sledován příjem a výdej tekutin a vše bylo zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace. Společně s fyzioterapeutem začal pacient od druhého dne svého pobytu v nemocnici provádět kondiční cvičení.

Během hospitalizace se zdravotní stav nemocného zlepšil, ustoupily závratě, nejistota při chůzi, odeznělo brnění a neobratnost pravé horní končetiny. Při propuštění do domácího prostředí se pan J. N. subjektivně cítil lépe, byl orientován osobou, místem i časem. Objektivně přetrvával lehký deficit na PHK, ne zcela správná špetka a síla v PHK. Vzhledem k těmto okolnostem a vzhledem k faktu, že je pacient z hlediska vaskulárního rizikový (diabetik, hypertonik, mírná nadváha, exkuřák), byl on a jeho příbuzní informováni o nutnosti pravidelných kontrol v cerebrovaskulární poradně neurologické kliniky a o možnosti opakovaných hospitalizací při zhoršení jeho zdravotního stavu.

### **2 Posouzení stavu pacienta**

Adekvátní systematické ošetrovatelské zhodnocení stavu zdraví pacienta je považováno, za jednu z nejkvalifikovanějších dovedností, kterou sestra provádí po zvládnutí teoretických poznatků.

Typy získaných informací a údajů

**Objektivní** – nazývány **příznaky** (vnější projevy), jsou zjišťovány pozorováním nebo srovnáváním s normou (standardem), mohou být viděny, slyšeny, hmatány, cítěny (např. zápach, bledost, třes, hodnota krevního tlaku, pulsu, apod.)

**Subjektivní** – nazývány **symptomy** (vnitřní projevy), jsou udávány a popisovány pacientem (např. svědění, nepohodlí, bolest, obavy, pocit napětí), představováno pacientovo vnímání zdravotního stavu.

Rovněž informace poskytnuté rodinnými příslušníky nebo jinými zdravotnickými pracovníky se považují za subjektivní.

Všechny získané informace a údaje jsou zaznamenávány věcně, bez interpretace.

### **Metody získávání informací**

**Pozorování** – uvědomělá, cílevědomá dovednost sestry

### **Rozhovor a naslouchání**

- direktivní forma rozhovoru zaměřená na získání specifických informací v omezeném čase
- nedirektivní forma rozhovoru používána k navázání kontaktu s pacientem

### **Fyzikální vyšetření**

- shromažďování objektivních údajů, sestrou prováděno měření fyziologických funkcí, antropometrické měření (věk, výška, hmotnost, stav výživy), objektivní popis chování
- držení těla, chůze, oční kontakt, komunikace, řeč, apod.

## **2.1 Identifikační údaje**

**Pan:** J.N.

**Věk:** 54 let

**Stav:** ženatý

**Bydliště:** Praha 10

**Povolání:** státní úředník

**Datum hospitalizace:** 12. 3. 2008 – 10. 4. 2008

**Místo hospitalizace:** neurologické oddělení fakultní nemocnice

**Důvod hospitalizace:** suspektní cévní mozková příhoda

## **2. 2 Výtah z lékařské dokumentace**

Pan J. N. přišel v doprovodu manželky na ambulanci neurologické kliniky pro dva dny trvající brnění, neobratnost pravé horní končetiny, nejistotu pravé dolní končetiny a závratě. Obdobné obtíže nikdy předtím neměl. Přivolaný lékař provedl podrobnou anamnézu a klinické vyšetření pacienta. Se závěrem suspektní mozková cévní příhoda

byl pacient přijat na standardní oddělení k hospitalizaci. Pacientovi bylo indikováno ještě týž den CT vyšetření mozku, na druhý den bylo objednáno sonografické vyšetření karotid, interní vyšetření včetně EKG a funkční vyšetření mozku (EEG).

Lékař indikoval odběry krve (glykémie, krevní obraz + diferenciál, FW, krvácivost, srážlivost, Quickův test, glykovaný hemoglobin, jaterní testy, iontogram, D – dimery) a vyšetření moče chemicky + sediment, kreatinin, ureu.

### 2. 3 Lékařská anamnéza

Pan J. N. byl 12. 3. 2008 přijat pro dva dny trvající brnění a neobratnost pravé horní končetiny (dále PHK) i nejistotu pravé dolní končetiny (dále PDK) a závratě.

**RA:** otec zemřel v 65 letech na iktus, měl diabetes mellitus, infarkt myokardu, matka žije, trpí parkinsonským syndromem, užívá léky na hypertenzi, neví jaké.

Děti dvě, syn 24 let zdravý, dcera 26 let zdráva.

**OA:** 12 let hypertenze, od roku 1992 diabetes mellitus II typu, poslední dva roky na terapii inzulínem, pacient nedoslýchá na levé ucho.

**FA:** Prestarium 4mg denně, Actrapid 10j. – 12j. – 8j. subkutánně, Geratam 1tbl.denně

**AA:** neguje

**Abúzus:** alkohol příležitostně, 12 let exkuřák

**Pracovně sociální anamnéza:** pracuje ve státní správě, žije s manželkou v rodinném domku, ekonomicky dosud zajištěn.

### 3 Základní fyzikální vyšetření sestrou

Váha při přijetí 88kg – lehká nadváha

Míra při přijetí 182cm

Krevní tlak 150/105 vleže - hypertenze

Puls 96/min. - tachykardie

Dech 18/ min. - normální

Teplota 36,9 °C

Hlava - nebolestivá, šíje volná

Krk - krkavice bez zvýšené náplně, tonzily bledé

Obličej - normálně prokrven, bez cyanózy rtů

Zrak - bez patologických změn, zornice izokorické, nosí dioptrické brýle

Sluch - slyší hůře na levé ucho, bez naslouchátka

Čítí na PHK a PDK porušené, brnění, síla přiměřená

Chrup - sanován

Jazyk - růžový, bez povlaku, plazí ve střední čáře

Nos - bez sekrece

Hrudník - normální, dýchání sklípkové, pravidelné

Břicho - měkké, nebolestivé, peristaltika živá

Pohybový systém - neobratnost PHK, nejistota při chůzi, tonus normální

Výživa - lehká nadváha, diabetik, na dietě č. 9

Vlasy - prošedivělé, vypadávají  
Nehty - bez patologických změn  
Kůže - bledá, hydratovaná, turgor normální

### **Objektivní nález:**

pacient je levák, při vědomí, orientován osobou, časem a místem. Celkově zpomalené psychomotorické tempo. Hlava bez bolesti, krk rotace všemi směry bez omezení, stěžuje si na brnění a neobratnost pravé horní končetiny i pravé dolní končetiny a nestabilitu při chůzi. Udává mírnou závrať rotačního charakteru, podobné potíže nikdy neměl. Pacient nedoslýchá na levé ucho.

### **Celkem:**

lehký stupeň senzorio-percepčního postižení PHK i PDK a nejistota při chůzi. Pacient udává závrať rotačního charakteru, psychomotorické tempo zpomalené.

### **3. 1 Závěr při příjmu:**

suspektní ischemická cévní mozková příhoda z ACM l.sin.

### **4. Terapie**

4. 1 Chirurgická – léčen konzervativně
4. 2 Farmakoterapie – infuzní, perorální, inzulínová terapie
4. 3 Dietní režim
4. 4 Pohybový režim

### **4. 2 Farmakoterapie:**

pacient dostával infuzní terapii - vazoaktivní léčba aplikovaná 1x denně po dobu deseti dnů, fyziologický roztok 250ml (roztok chloridu sodného, nosný roztok pro léčiva) s 5ml Agapurinu, 4ml Oxyphyllinu – ordinováno pro zlepšení prokrvení centrálního nervového systému, ke zlepšení cirkulace v ischemickém ložisku. Možné nežádoucí účinky - nauzea, zvracení, neklid, palpitace, krvácení do gastrointestinálního traktu. Může nastat i kožní reakce - svědění, kopřivka, zarudnutí kůže.

Perorální terapie - pacient užíval Plendil ER 5mg 1tbl. denně ráno - vazodilatans, ordinováno při arteriální hypertenzi, možné nežádoucí účinky - bolesti hlavy, návaly, vzácně závrať, dále Geratam 800mg 1 –1- 0 denně, nootropikum, pro zlepšení prokrvení mozku, možné nežádoucí účinky - podrážděnost, neklid, při vyšších dávkách poruchy spánku, únava, ospalost, vzácně zažívací potíže. V případě poruchy spánku užíval Rohypnol 1mg před ulehnutím na lůžko.

Inzulínová terapie - pacient užívá dlouhodobě Actrapid 10j.- 12j.- 8j subkutánně, ráno, v poledne a večer před jídlem. Denně probíhá kontrola hodnot glykémie - ráno na lačno.

### **4. 3 Dietní režim**

Zásady diabetické diety nebylo nutné pacientovi příliš zdůrazňovat, neboť je už doma dodržel. Pacient měl dietu č. 9. Bylo ovšem důležité podat informace, proč a jak snížit hladinu cholesterolu a soli. Po konzultaci s dietní sestrou byl upraven jídelníček pana J.N. tak, že byly omezeny tuky, soli a naopak byl zvýšen příděl ovoce, zeleniny, vlákniny a dostatečný přísun vhodných tekutin.

### **4. 4 Pohybový režim**

Nemocný byl poučen o přínosu dlouhodobé rehabilitace, která redukuje riziko vzniku onemocnění cév, snižuje krevní tlak, zvyšuje hladinu HDL a snižuje hladinu LDL cholesterolu, je prevencí obezity, snižuje hladinu glykémie a zlepšuje psychický stav. Rehabilitace začínala postupně formou nejprve kondičního cvičení na lůžku, dechového cvičení, posazování na lůžku, postupnou vertikalizací, pomalou chůzí, pomalou chůzí do schodů až po delší procházky v doprovodu fyzioterapeuta. Pacient prováděl kondiční cvičení i v odpoledních hodinách pod dohledem sestry mající službu. V průběhu návštěv byla do rehabilitace pana J. N. zapojena i jeho rodina s edukací o významu a vhodnosti provádět cvičení i v domácím prostředí. Cvičení probíhalo průběžně během celé hospitalizace s ohledem na zdravotní a psychický stav klienta a s přihlédnutím k jeho přáním a potřebám. Podařilo se dosáhnout výrazného zlepšení v oblasti sebeobsluhy v základních lidských činnostech.

## **5 Posouzení stavu potřeb klienta dle modelu „Funkčního typu zdraví“ Marjory Gordonové**

### **5. 1 Podpora zdraví**

Při kompenzovaném DM II. typu pacient žil aktivní život. Nebyl omezován v běžných denních aktivitách, včetně pracovních povinností. Pravidelně chodil na preventivní prohlídky a dodržel lékařem indikovanou léčbu při již dříve diagnostikované hypertenzi a diabetu. Nyní po prodělané CMP s lehkým stupněm senzomotorického postižení PHK, s mírnými závratěmi a nejistotou při chůzi. Objektivně zpomalené psychomotorické tempo. Ošetrovatelský problém nalezen – svůj zdravotní stav vnímá jako narušený.

### **5. 2 Výživa**

Pacient má diabetickou dietu, kterou dodržuje již řadu let. Momentálně nemá chuť k jídlu (důvody spíše psychické). Ošetrovatelský problém nalezen - odmítavý postoj k jídlu, nebezpečné pro dekompenzaci diabetu. Nemocný má vlastní chrup, sanovaný. Jinak výživa přiměřená, turgor kůže dobrý. BMI 27 (prostá nadváha). Tekutiny - obvykle nemocný pije 1- 1,5l za 24 hodin, alkohol výjimečně.

### **5. 3 Vylučování a výměna**

Než pacient onemocněl, míval stolicí pravidelně jednou denně, močení bez problému. Nyní má zácpu, stolicí má jednou za tři dny (tuhá, malé množství), má pocit nadmutí. Močení bez problémů. Ošetrovatelský problém nalezen – zácpa.

## 5. 4 Aktivita, odpočinek

Nemocný měl v normálním životě přiměřenou pracovní zátěž, neměl problémy se spaním. Odpočíval aktivně formou různých koníčků, včetně sportovního vyžití. Nyní je porucha spánku a nemožnost aktivního pohybu plynoucí ze stávajícího onemocnění a z důvodu svého onemocnění se musel téměř všech svých oblíbených aktivit vzdát. Ošetřovatelský problém nalezen - nemožnost aktivního pohybu, částečná porucha hybnosti pravé horní končetiny z důvodu stávajícího onemocnění, porucha spánku z důvodu změny prostředí a z obav z budoucnosti, porucha v oblasti sebezpečí (test dle Barthelové – u pana J. N. 70 bodů - lehká závislost) z důvodu stávajícího onemocnění.

### Test základních všedních činností dle Barthelové

Činnost	Provedené činnosti	Hodnocení (body)
Příjem jídla a pití	- samostatné	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
Oblékání	- samostatné	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
Koupání	- samostatné	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
Osobní hygiena	- samostatně nebo s pomocí	5
	- neprovede	0
	Vyprazdňování moče	- plně kontinentní
- občas inkontinentní		5
- inkontinentní		0
Vyprazdňování stolice	- plně kontinentní	10
	- občas inkontinentní	5
	- inkontinentní	0
Použití WC	- samostatně bez pomoci	10
	- s pomocí	5
	- neprovede	0
Přesun lůžko – židle	- samostatně bez pomoci	15
	- s malou pomocí	10
	- vydrží sedět	5
Chůze po rovině	- neprovede	0
	- samostatně nad 50m	15
	- s pomocí 50m	10
Chůze po schodech	- na vozíku 50m	5
	- neprovede	0
	- samostatně bez pomoci	10
Součet	- s pomocí	5
	- neprovede	0
		<b>70</b>

Hodnocení stupně závislosti:

10 bodů- vysoce závislý

45-60 bodů- závislost středního stupně

**65-95 bodů- lehká závislost**

100 bodů - nezávislost

### **5. 5 Vnímání - poznávání**

Pacient nedoslýchá na levé ucho, nedoslýchavost není výrazná, nosí brýle na čtení. Vnímá brnění a zhoršenou obratnost pravé horní končetiny, udává nejistotu při stožení i chůzi pro závratě, myšlení i mluvení je neporušené, paměť neporušená, je plně orientován osobou, místem i časem. Ošetřovatelský problém nalezen – částečná porucha hybnosti pravé horní končetiny z důvodu stávajícího onemocnění.

### **5. 6 Vnímání sebe sama**

Pan J. N. byl se svým životem celkem spokojený, má dobře fungující rodinu, dobré zaměstnání doposud zabezpečil rodinu. Jeho děti jsou již dospělé, vystudovaly s úspěchem vysokou školu a již žijí vlastní život. Uznává určité životní hodnoty, ale jeho nemoc jej zaskočila a musí se s ní vyrovnat. Ošetřovatelský problém nalezen - seberealizace porušená, pocit, že již nebude moci žít tak, jak žil, strach z budoucnosti.

### **5. 7 Vztahy**

Pan J. N. zastává roli hlavy rodiny, se svou manželkou a dětmi má dobrý vztah, vřelý vztah měl i k svým rodičům. Otec již zemřel, jeho matka je živa a pravidelně se stýkají. Rodiče jeho manželky jsou živi a také spolu dobře vycházejí. V zaměstnání nemá problémy, se všemi vychází dobře. Nyní vzhledem k nynějšímu onemocnění nemá možnost plné seberealizace v oblasti komunikace se svým blízkým okolím, ale svoji situaci chápe a své narušení nevnímá jako vážné omezení a plně spolupracuje při léčbě svého onemocnění. Ošetřovatelský problém nenalezen.

### **5. 8 Sexualita**

Pan J. N. je heterosexuál, má dvě zdravé dospělé děti, více se nechce vyjadřovat. Ošetřovatelský problém nenalezen.

### **5. 9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu**

Pan J. N. dle svých slov je klidšas, zátěžové situace řeší s klidem „angličana“, co je obtížné, s tím se podělí doma nebo s kamarády a vždy se prý kompromis najde. Nyní, pro prodělané atace iCMP má pacient obavy z budoucnosti, strach zda bude moci žít plnohodnotný život, jako před stávajícím onemocněním. Ošetřovatelský problém nalezen – strach z budoucnosti z důvodu obav, zda bude schopen plnit své povinnosti k rodině, věnovat se svým pracovním i mimopracovním aktivitám.

## **5. 10 Životní principy**

Pan J. N. je ateista, životní hodnoty již vyjádřil, pohoda, klid, mír, úcta, pochopení, nemá rád lhostejnost a hrubost vůči druhým, ani ke zvířatům. Ošetrovatelský problém nenalezen.

## **5. 11 Bezpečnost – ochrana**

U pacienta je riziko pádu z důvodu stávajícího onemocnění a s tím možnost vzniku poruchy integrity kůže s následným rizikem vzniku infekce, zhoršenému hojení při sekundární diagnóze pacienta - DM II typu. Pacient poučen o nutnosti používat bezpečnou obuv, používá pomůcky k bezpečné chůzi (hůl). Ošetrovatelský problém nalezen – riziko pádu z důvodu stávajícího onemocnění s následným rizikem vzniku poruchy integrity kůže, vznikem infekce a zhoršenému hojení při sekundární dg. DM II typu.

## **5. 12 Komfort**

Pacient v oblasti tělesné a psychické pohody – dyskomfort z důvodu stávajícího onemocnění, přesto chápe stávající situaci a dobře spolupracuje při léčbě svého onemocnění. Sociální komfort zajištěn v rámci hospitalizačního zařízení. Bolest neudává. Ošetrovatelský problém nenalezen.

## **5. 13 Růst/vývoj**

Pacient je přiměřeného vzrůstu a muskulatury. Držení těla vzpřímené. Ošetrovatelský problém nenalezen.



## **6 Ošetrovatelská péče**

### **6. 1 Ošetrovatelský proces jako systémová metoda řešení problému**

Samotný pojem „proces“ představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Souvisí s akceptováním vědeckého přístupu a východisek v ošetrovatelství. Poprvé pojem „ošetrovatelský proces“ použila Hallová v roce 1955. Z teoretického hlediska jde o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem. Je používán kvalifikovanou sestrou při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče. Z praktického hlediska je ošetrovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je (pokud možno pozitivní) změna zdravotního stavu pacienta. Ošetrovatelský proces je mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe.

Využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi se nejprve legitimovalo v USA v roce 1973, kdy Americká Asociace Sester (ANA) jej uveřejnila jako „Standard ošetrovatelské praxe“, který má pět fází:

1. Zhodnocení
2. Diagnostiku
3. Plánování
4. Realizaci
5. Vyhodnocení

Cílem ošetrovatelského procesu je kvalitní ošetrovatelská péče – uspokojení individuálních potřeb pacienta.

Sestra nejdříve, pokud je to možné, ve spolupráci s pacientem zhodnotí jeho celkový zdravotní stav (sestaví anamnézu), určí aktuální a potencionální problémy (ošetrovatelské diagnózy), sestaví písemný individuální plán ošetrovatelské péče, kde seřadí ošetrovatelské diagnózy dle priorit, pak péči realizuje. Vše zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace. Pokud pacient není schopen samostatně rozhodovat a spolupracovat, sestra může požádat o spolupráci jeho příbuzné.

Výhody ošetrovatelského procesu:

- pro pacienta

1. Kvalitní plánovaná péče, která uspokojuje jeho potřeby
2. Návaznost a kontinuita péče
3. Účast pacienta na péči

- pro sestru

1. Systematické ošetrovatelské vzdělání
2. Spokojenost v zaměstnání
3. Odborný růst
4. Vyhnutí se rozporu se zákonem
5. Realizace „standardů ošetrovatelské praxe“
6. Splnění standardů akreditovaného pracoviště

## **6. 2 Ošetrovatelská diagnóza**

Ošetrovatelská diagnóza (dále OD) je standardním pojmenováním problému pacienta, jeho celostní reakcí na aktuální a potencionální problémy, mající svoji příčinu vzniku a charakteristické projevy.

Skládá se:

1. Ze standardního názvu a definice
2. Z příčin a souvisejících faktorů, které vedou ke vzniku OD nebo k ní mají nějaký vztah. Určením konkrétní příčiny vzniku OD u pacienta, je individualizována
3. Z charakteristických projevů, které se mohou být projevovány v různé míře např. kritické (100%), hlavní (50-80%), malé (10-40%) apod.

### **Fáze ošetrovatelské diagnostiky**

1. Analýza informací – identifikace problémů nebo rizik rozvoje problému
2. Identifikace problémů – tělesné problémy, psychosociální problémy
3. Formulace ošetrovatelských diagnóz – stanovené ošetrovatelské diagnózy odpovídají získaným informacím

**Ošetrovatelská diagnostika je analyticko-syntetický myšlenkový proces.** Výsledkem diagnostického procesu je určení ošetrovatelských diagnóz a jejich zaznamenání do plánu ošetrovatelské péče.

## **Výhody ošetrovatelských diagnóz (OD)**

1. Usnadňují komunikaci mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu
2. Identifikují zdravotní stav pacienta
3. Posilují ošetrovatelský proces a poskytují směr pro plánování nezávislých ošetrovatelských intervencí
4. Pomáhají identifikovat zaměření ošetrovatelských činností a tím usnadňují měření a hodnocení kvality péče
5. Ulehčují péči v případě přemístění pacienta do jiného zařízení
6. Usměrnují plánování ošetrovatelských výkonů po propuštění ze zdravotnického zařízení
7. Pomáhají uskutečňovat komplexní péči o zdraví pacienta
8. Slouží jako podklad pro financování ošetrovatelské péče.

### **6.3 Plánování ošetrovatelské péče**

Je představováno řadou aktivit zdravotnického personálu, charakterizováno písemnou formou plánu péče.

#### **Části plánování ošetrovatelské péče**

**Stanovení priorit** – zdravotní stav a rizika, která ohrožují život pacienta mají vždy nejvyšší prioritu

**Stanovení očekávaných výsledků** – cíle, výsledná kritéria, cíle pacienta, cíle sestry, očekávané cíle měřitelné kroky směrem ke zlepšování zdravotního stavu pacienta, k propuštění a k uzdravení (např. z akutní péče, léčebny, rehabilitace, domácí péče apod.

**Plánování ošetrovatelských strategií** - plán individuální ošetrovatelské péče (např. plán na 24 hodin)

- denní plán péče (podrobný plán péče, kdy je plánována péče denní činnosti např. buzení, ranní hygiena, snídaně, rehabilitace apod., tato péče výrazně zlepšuje kvalitu života)

- standardní plán péče (jeho základ z hlediska kvality je tvořen rutinní péčí bez specifických individuálních potřeb pacienta), k tomuto plánu je nutné připojit další specifické individuální ošetrovatelské diagnózy

**Výběr ošetrovatelských intervencí** – plánovány proto, aby bylo dosaženo očekávané změny zdravotního stavu pacienta a představují činnost sester, která musí být provedena.

**Sestavení písemné formy plánu ošetrovatelské péče:**

- ošetrovatelské diagnózy
- očekávané výsledky (cíle)
- ošetrovatelské intervence (přesně a jasně stanoveny)
- realizace formou skupinové péče nebo systém primární sestry.
- vyhodnocení

**Důležité pokyny pro realizaci ošetrovatelských intervencí:**

- ošetrovatelské činnosti jsou založeny na vědeckých poznatcích a výzkumu ošetrovatelství
- sestra musí rozumět podstatě ošetrovatelských činností, které vyplývají z ordinace lékaře
- ošetrovatelské zásahy musí být bezpečné
- ošetrovatelské zásahy vyžadují u pacienta psychickou podporu a uklidnění
- ošetrovatelské činnosti mají být vždy holistické (celostní)
- ošetrovatelské zásahy musí respektovat důstojnost pacienta a zvyšovat jeho sebevědomí
- aktivní spolupráce a účast pacienta (pokud je to možné) je nevyhnutelná.

**Vyhodnocení - vyhodnocovací proces:**

zjištění, zda u svěřeného pacienta bylo dosaženo očekávaných výsledků, do jaké míry, zda má plán péče a jednotlivé ošetrovatelské intervence revidovat nebo změnit, průběžné hodnocení je cílevědomá činnost, jejímž prostřednictvím sestry odpovídají za svou činnost a nepokračují v neúčinných intervencích.

- stanovení výsledných kritérií, podle nichž lze měřit dosažený cíl (stav pacienta)
- získání informací, týkajících se očekávaných výsledků

- srovnání získaných informací (objektivní stav pacienta) se stanovenými očekávanými výsledky (v plánu péče)
- srovnání plánovaných ošetrovatelských činností s výsledky u pacienta (jeho stavem)
- revize plánu péče
- modifikace plánu péče

#### **Vyhodnocení očekávaných výsledků (cílů):**

- cíle bylo dosaženo
- cíle bylo dosaženo částečně
- cíle nebylo dosaženo

#### **Hodnocení kvality péče:**

- součástí je akreditace (proces, jehož cílem je získání oficiálního souhlasu k poskytování zdravotnických služeb, vzdělávání zdravotnických profesí apod. Mezi nástroje zajišťování kvality péče patří standardní plány péče.

#### **6. 4 Možné ošetrovatelské problémy:**

- 00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku
- 00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně
- 00085 Zhoršená pohyblivost
- 00155 Riziko pádů
- 00035 Riziko poškození
- 00047 Riziko porušení kožní integrity
- 00148 Strach
- 00095 Porušený spánek
- 00011 Riziko zácpy

## 6. 5 Seznam ošetřovatelských diagnóz

**00085 Zhoršená pohyblivost** pravé horní končetiny z důvodu senzorio – percepčního poškození projevující se limitovanou schopností vykonávat dovednosti jemné motoriky.

**00011 Zácpa** v souvislosti se sníženou pohyblivostí, projevující se nadýmáním, sníženou frekvencí stolice a tlaku na konečník.

**00148 Strach** z budoucnosti v důsledku závažnosti onemocnění, projevující se nejistotou, nedostatečnou komunikací, zhoršenou kvalitou spánku.

**00109 Deficit při oblékání a úpravě zevnějšku** z důvodu senzorio – percepčního poškození pravé horní končetiny, projevující se neobratností při oblékání a úpravě zevnějšku.

**00047 Riziko porušení kožní integrity** v souvislosti se změnou cití pravé horní končetiny.

## 6. 6 Aktuální ošetřovatelské diagnózy dle klasifikace Nanda inter., taxonomie II

**00085 Zhoršená pohyblivost** pravé horní končetiny z důvodu senzorio – percepčního poškození projevující se limitovanou schopností vykonávat dovednosti jemné motoriky.

Cíl - pacient si osvojí způsoby, umožňující opětovné provádění běžných denních aktivit do propuštění.

Výsledná kritéria:

- pacient zná příčiny zhoršené pohyblivosti do 30 minut
- pacient zná účinek léků, které mu podáváme do 1 hodiny
- pacient zná rehabilitační techniky k obnově sebeobsluhy do 24 hodin
- pacient aktivně spolupracuje při rehabilitační terapii do 24 hodin
- pacient rehabilituje podle sestaveného programu do 48 hodin

Priorita: střední

Ošetřovatelské intervence:

- zjistěte příčiny přispívající k poruše hybnosti do 30 minut (primární sestra, fyzioterapeut)
- posuďte stupeň zhoršené pohyblivosti, pozorujte, jak se pacient pohybuje do 1 hodiny (primární sestra)
- všimněte si, na co si pacient stěžuje do 1 hodiny (službu konající sestra)
- povšimněte si emoční odpovědi na částečnou imobilitu do 2 hodin (primární sestra)
- myslíte na komplikace v důsledku zhoršené pohyblivosti do 2 hodin (primární sestra)
- pravidelně sledujte stav pokožky a pečujte o ni, zejména na rizikových partiích, průběžně (službu konající sestra)
- dodržujte rozvrh aktivit a odpočinku během dne, poskytni pacientovi dostatek času průběžně (primární sestra)
- pobízejte pacienta k aktivní spolupráci v oblasti rehabilitace průběžně (primární sestra, fyzioterapeut)
- dbejte na bezpečnost prostředí a prevenci pádů průběžně (primární sestra)
- pobízejte pacienta k dostatečnému příjmu tekutin pravidelně (službu konající sestra)

Realizace: intervence probíhaly v rámci hospitalizace dle plánu ošetřovatelských denních aktivit, průběžně jsem sledovala stav pacienta a vybízela ho ve spolupráci s fyzioterapeutem k pravidelným pohybovým aktivitám i odpočinku. Všechny léčebné úkony jsem zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace.

Hodnocení: cíl splněn částečně, pacient je soběstačný v oblasti hygieny, oblékání, je schopen se sám najíst, polknout podané léky sestrou, je schopen provádět rehabilitační cvičení pod odborným dohledem fyzioterapeuta. Je žádoucí i nadále pokračovat v intervencích do propuštění a nadále i v domácím prostředí. Pacient i jeho rodina byli seznámeni s rehabilitačními technikami a poučení o nutnosti tyto vykonávat i po propuštění do domácí péče.

Hodnocení pacientem: pochopil vhodnost rehabilitačních cvičení, sám pacient vidí efekt pravidelného cvičení a je sám schopen sebeobsluhy. Má dobrou náladu z toho, že již není závislý na pomoci druhých.

**00011 Zácpa** v souvislosti se sníženou pohyblivostí, projevující se nadýmáním, sníženou frekvencí stolice 1 x za 3 dny a tlaku na konečník.

Cíl: má fyziologické vyprazdňování

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient zná příčiny zácpy, nadýmání a tlaku na konečník z důvodu snížené Pohyblivosti do 1 hodiny
- pacient zná a vyjmenuje vhodné složení stravy pro předcházení rizika vzniku zácpy do 1 hodiny
- pacient má dostatečný příjem vhodných tekutin dle potřeby
- pacient zná účinky léků, možné vedlejší účinky s přihlédnutím k riziku vzniku zácpy Do 1 hodiny
- pacient zná význam příjmu vyvážené stravy s dostatkem vlákniny, dostatečným příjmem vhodných tekutin a kondičního cvičení do 2 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

- zjistěte vyvolávající faktory do 1 hodiny (primární sestra)
- proberte obvyklý stravovací režim do 1 hodiny (primární sestra, nutriční terapeut)
- určete příjem tekutin do 1 hodiny (primární sestra)
- zhodnoťte užívané léky, možné interakce a vedlejší účinky do 1 hodiny (primární sestra)
- posuďte dostupnost toalet do 1 hodiny (primární sestra)
- ptejte se na bolest při defekaci, zjistěte, zda pacient užívá projímadla do 2 hodin (primární sestra)
- upřesněte osobní anamnézu, zjistěte obvyklý způsob vyprazdňování do 2 hodin (primární sestra)
- pravidelně zaznamenávejte charakter stolice, určete stupeň obtížnosti při defekaci (primární sestra)
- pravidelně posuzujte přítomnost střevní peristaltiky (primární sestra)
- zjistěte současné složení výživy, množství přijímaných tekutin, vysvětlete význam



konzumace vláknin, dužnin, doporučte pití teplých stimulujících nápojů, vysvětlete jejich účinek do 2 hodin (primární sestra, nutriční terapeut)

- dbejte, aby se pacient více pohyboval v rámci možností k stávajícímu onemocnění průběžně (primární sestra, fyzioterapeut)

- zajistěte dostatek soukromí a čas při defekaci průběžně (službu mající sestra).

Realizace:

u pacienta byla zjištěna příčina vyvolávajících faktorů, probrán obvyklý stravovací režim, vysvětlen význam konzumace vláknin a byl určen optimální příjem vhodných tekutin. Zjištěny možné interakce užívaných léků. Zajištěna dostupnost toalet. Dotazem zjištěna přítomnost bolesti při defekaci, sledována a posouzena přítomnost střevní peristaltiky. Pacientovi byl umožněn dostatek soukromí a času při defekaci.

Hodnocení: cíl byl splněn, pacient se pravidelně vyprazdňuje 1 x za 24 hodin, má normálně formovanou stolici, nepocituje napětí břicha, nemá pocity bolesti ani námahy při defekaci. Neužívá laxativa.

Hodnocení pacientem: má pravidelnou stolici bez pocitů bolesti ani nadýmání bez užívání laxativ.

**00148 Strach** z budoucnosti v důsledku závažnosti onemocnění, projevující se nejistou, nedostatečnou komunikací, zhoršenou kvalitou spánku.

Cíl - pacient je bez projevů strachu a aktivně spolupracuje, nebude mít strach z budoucností.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient zná příčiny svého onemocnění do 1 hodiny
- pacient umí používat relaxační techniky pro odstranění strachu do 48 hodin
- pacient se aktivně zapojil do ošetrovatelského procesu do 48 hodin
- pacient má zájem o uzdravení, živě komunikuje.

Ošetrovatelské intervence:

- zjistěte, jak pacient vnímá ohrožení v dané situaci do 1 hodiny (primární sestra)
- všímejte si chování pacienta, sledujte rozsah vnímání, nálady, změny v chování průběžně (primární sestra, ostatní ošetrovatelský personál)

- zapojte pacienta do ošetrovatelského procesu postupně (ošetřovatelský personál)
- najděte vhodnou pracovní terapii pro odpoutání pozornosti do 24 hodin (ergoterapeut)
- posuďte kvalitu spánku do 24 hodin (primární sestra)
- buďte k dispozici, naslouchejte, buďte trpělivá, uznějte jeho strach a obavy, snažte se vytvořit klidné, příjemné prostředí, akceptujte nemocného takového, jaký je, zachovejte klidnou a důvěryhodnou atmosféru průběžně (primární sestra)
- v případě potřeby a dle indikace podávejte léky k potlačení stavu strachu (službu konající sestra)
- pomozte pacientovi s nácvikem dovedností směřujících k odstranění negativního myšlení (primární sestra).

#### Realizace:

- ošetřujícím personálem zaznamenáváno vnímání ohrožení ze strany pacienta. Je průběžně sledováno chování pacienta, rozsah vnímání, prožívání a komunikace. Ve spolupráci s ergoterapeutem byla nalezena a uskutečňována vhodná pracovní terapie k odpoutání pozornosti pacienta. Byla posouzena kvalita spánku. Ošetřující personál má empatický přístup k pacientovi, respektuje jeho obavy, zachovává klidnou atmosféru. Sestra pomáhá s nácvikem relaxačních technik k uvolnění napětí a k odstranění negativního myšlení v průběhu ošetrovatelského procesu.

Hodnocení: cíl byl splněn, pacient dokázal pomocí relaxačních technik a dalších terapeutických činností dosáhnout uspokojivého duševního rozpoložení, nemusí užívat léky na zklidnění. Zapojuje se aktivně do léčebného procesu a má zájem o blízkou budoucnost, těší se na odchod do domácího prostředí.

Hodnocení pacientem: pacient se cítí dobře, aktivně spolupracuje a těší se domů.

**00047 Riziko porušení kožní integrity (potencionální OD) v souvislosti se změnou cití pravé horní končetiny.**

Cíl: pacient má zachovalou integritu kůže

Priorita: nízká

Intervence:

- vysvětlíte pacientovi riziko vzniku porušení kožní integrity do 1 hodiny (primární sestra)
- vysvětlíte pacientovi nutnost péče o pokožku a tím předcházení vzniku rizika porušení integrity kůže do 1 hodiny (primární sestra)
- odstraňte faktory, které by přispěly ke vzniku rizika poškození kožní integrity do

1 hodiny (primární sestra)

- provádějte cvičení dle indikace s ohledem na potřeby pacienta průběžně (fyzioterapeut, primární sestra, službu konající sestra)

- spolupracujte s fyzioterapeutem v rámci rehabilitačního programu (primární sestra)

- povzbuzujte pacienta k vyjádření pocitů průběžně (primární sestra, ostatní ošetrovatelský personál).

Realizace:

pacient byl poučen o nutnosti pravidelné péče o pokožku, ve spolupráci s fyzioterapeutem probíhala cvičení k obnově hybnosti pravé horní končetiny, pacient byl průběžně povzbuzován k vyjádření svých pocitů. Veškeré úkony byly pečlivě zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení - cíl byl splněn, podařilo se zachovat neporušenou integritu kůže PHK. Je žádoucí pokračovat v preventivních opatřeních k zamezení rizika vzniku poruchy integrity kůže.

Hodnocení pacientem: kůže nejeví známky poškození, pacient dál rehabilituje.

## 7 Edukace pacienta

Edukace pacienta i jeho rodiny se prolínala veškerými ošetrovatelskými intervencemi. Týkala se především průběhem léčebného režimu, dodržování režimových opatření v oblasti stravovacích návyků, dietních opatření, dodržování pitného režimu, pokračování intervencí v oblasti rehabilitace, pracovní terapie, duševní hygieny, spánkového režimu, rozložení aktivity a odpočinku během dne, v oblasti opětovného nabytí sebepečce a schopnosti samoobslužnosti v běžných denních aktivitách.

### 7. 1 Edukační záznam

Edukační diagnóza: **Neznalost nemocného** – v souvislosti se základním nemocněním, projevující se mylným pochopením informací o onemocnění CMP ve vztahu k nemocnému i jeho rodině, jejímž důsledkem bylo nesprávné plnění pokynů při domácím ošetřování.

### 7. 2 Cíl edukačního plánu:

- nemocný začne realizovat změny životního stylu a účastní se léčby
- nemocný správně chápe léčbu CMP
- nemocný potvrdí správné pochopení léčby
- nemocný jmenuje komplikace, které mohou při jeho onemocnění nastat.

### Význam edukace

Pacientovi a celé jeho rodině byly poskytnuty v dostatečné míře informace, jak lépe pochopit diagnózu, léčbu, prognózu, ale především, jak se vyrovnat s touto chorobou. Jakým způsobem vykonávat ošetrovatelskou péči o pacienta v domácím prostředí, jak co nejefektivněji dosáhnout znovunabytí soběstačnosti a návratu k plnohodnotnému životnímu stylu v rámci možností pacienta vzhledem k jeho onemocnění. Pacient i jeho blízcí (pečovatelé) byli seznámeni s možnostmi využití různých sociálních služeb pro tyto určené, možnostmi rekondičních pobytů v rámci sekundární rehabilitační léčby, vhodnosti zapojení jiných sportovních aktivit vhodných pro znovunabytí fyzických sil, zdokonalení hrubé a jemné motoriky, nezbytné pro vykonávání běžných denních aktivit.

### Technika

Edukace byla vedena technikou rozhovoru (verbální komunikace), byl použit materiál tiskopisů, brožůrek s informacemi o nemoci a radami, jak přizpůsobit další život změněným podmínkám, jak se vyrovnat s možnými následky onemocnění.

**Intervence při edukaci:**

- posuďte ochotu nemocného učit se
- zjistěte stupeň znalostí nemocného
- určete schopnost nemocného učit se
- poskytněte dostatek informací celé rodině
- povzbuzujte nemocného, nepoužívejte kritiku
- najděte motivační faktory
- určete plán, co je nejnaléhavější a tím začněte
- snažte se o formulaci cílů pro nemocného tak, aby umožňovaly splnění potřeb nemocného
- zhodnoťte, jak nemocný akceptuje dodané informace
- poskytněte nemocnému dostatečné písemné materiály
- vyjadřujte se jasně, stručně, srozumitelně.

**Výsledná kritéria:**

- nemocný má dostatečné množství informací
- nemocný je schopen jmenovat zdroje informací
- rodina nemocného je informována o možných komplikacích.

**Kontrolní otázky pro sestru:**

- má nemocný dostatečné množství informací
- zná nemocný dostupné zdroje informací o svém onemocnění
- pochopil správně nemocný všechny informace o nemoci a její léčbě
- zná nemocný i jeho rodina komplikace, které mohou nastat?

**Postup při edukaci:**

- zabezpečit klidné prostředí a soukromí pro nemocného
- připravit demonstrační materiál
- seznámit pacienta s významem informací o jeho onemocnění
- pokusit se nemocného získat ke spolupráci
- být trpělivá a zodpovědět všechny otázky nemocného.

**Kontrolní otázky pro nemocného:**

- máte dostatek informací o Vašem onemocnění?
- znáte dostupné zdroje informací?
- jste dostatečně informován o vzniku možných komplikací?

## 8 Zhodnocení ošetrovatelské péče

V souvislosti s onemocněním ischemickou cévní mozkovou příhodou byla u pacienta porušená pohyblivost, léze jemné motoriky a čítí pravé horní končetiny, nejistota pravé dolní končetiny při chůzi, pacient udával pocit závratí. Nemocný měl deficit sebepečce v oblasti hygieny a schopnosti oblékání se (neschopnost zapnout si knoflík) a v oblasti vyprazdňování (zácpa). Snížil se příjem tekutin a stravy vzhledem k nechutenství a apatii. Nemocný nebyl schopen zcela jasně vyjádřit své potřeby a prožívání. Obával se budoucnosti a změny ve vztazích s rodinou, trpěl úzkostnými pocity pramenícími z případné ztráty zaměstnání a finanční tísně. Druhý den hospitalizace byla přítomna, z důvodu změny prostředí, porucha spánku, zácpa a změna chování. Díky cíleným léčebným a ošetrovatelským zásahům, ve spolupráci s ostatními členy zdravotnického týmu a rodiny se podařilo získat aktivní účast nemocného ve všech vykonávaných činnostech. Vytyčené cíle, stanovené v rámci ošetrovatelských diagnóz, byly optimálně splněné. Postupně ustoupila porucha pohyblivosti a schopnost sebepečce byla obnovena. Poruchy vzniklé na základě změny prostředí, strach a úzkost, porucha spánku a zácpa byly během hospitalizace odstraněny. Byl navozen normální spánkový režim, strach a obavy z budoucnosti byly odstraněny psychologickou terapií a trpělivým přístupem ošetrujícího zdravotnického i nezdravotnického personálu. Normální defekaci se podařilo obnovit do 48 hodin. Informace o postupech a průběhu léčby byly nemocnému opakovaně podávány během celého jeho pobytu v nemocnici. Vzhledem k velkému počtu diagnostických vyšetření a k časové náročnosti rehabilitační, farmakologické i psychologické terapie byl nemocný propuštěn do domácího ošetrování po téměř měsíční hospitalizaci. Byl schopen samostatného pohybu a vykonávání běžných denních aktivit. Stále přetrvával diskrétní nález na PHK. Chůze byla bezpečná, závratě ustoupily. Pacient byl poučen o nutnosti dodržovat doporučené lékařské ordinace v oblasti farmakoterapie, dietních opatření a rehabilitace. Subjektivně se cítil mnohem lépe, byl optimistický a těšil se domů. Po propuštění byl sledován v cerebrovaskulární poradně, kde i nadále pokračovala edukace nemocného zaměřená na prevenci eventuální recidivy onemocnění.

## 9 Prognóza

U pacienta s tímto onemocněním záleží na rozsahu postižení, na včasnosti a postupu léčby a v neposlední řadě na riziku recidivy. U lehčích forem cévního postižení zpravidla dochází k úspěšnému vyléčení a návratu k běžnému stylu života, bez funkčního deficitu pacienta. U těžších forem postižení je prognóza nejistá s možností recidivy a funkčními následky přechodnými či trvalými, s motorickým či senzorickým deficitem nebo kombinací obou postižení. Takto postižení se stávají pacienti chronickými, závislími na pomoci zdravotnického i nezdravotnického personálu a rodiny. Dochází ke změnám, mění se potřeby a zájmy pacienta, mění se dosavadní styl života (ztráta zaměstnání, změna sociálního postavení, ekonomického zabezpečení, vysoká pravděpodobnost invalidizace, narušení vztahů v osobní a rodinné sféře apod.). Je důležitý emfatický přístup veškerého ošetřujícího personálu a opakovaná edukace pacienta i jeho celé rodiny a blízkého okolí s komplexní informovaností o možnostech následné péče. U těžkých postižení znalost možnosti umístění do rehabilitačních ústavů k doléčení poruch hybnosti. Kde není možné zajistit péči v rodině, je možné umístění nemocného v léčebnách dlouhodobé péče se zajištěním všech základních potřeb a zdravotní péče po nezbytně dlouhou dobu, nejdéle však třech měsíců.

Uzdravování po iktu pokračuje i po propuštění z nemocnice. Intenzita domácí péče a rehabilitace vyžaduje přizpůsobení pacientovu stavu a jeho potřebám. Zvláštní pozornost je třeba věnovat zajištění bezpečnosti pacienta. Dostatečná péče o pacienta po iktu a vytrvalost při provádění rehabilitačních procedur jsou klíčem ke zlepšení v průběhu celého dalšího života. Zotavování po mozkové příhodě je dlouhodobý proces, který může trvat i několik let. Přibližně jedna třetina pacientů s iktem získá zpět zcela nebo téměř úplně ztracené schopnosti a navrátí se během prvního roku ke svým předchozím aktivitám a životnímu stylu. Kolem 50 % pacientů mladších 65 let, kteří přečkali svou cévní příhodu, je schopno se vrátit do práce. Téměř 70% těch, kteří přežili jeden rok po iktu, je nezávislých v aktivitách denního života a asi dvě třetiny z těch, kteří přečkali 20 let, se plně uzdraví. Avšak jeden rok po prodělané mozkové příhodě má asi jedna třetina přeživších pacientů stále určitou míru deficitu, od mírného až středního u 10 % až k silnému u 20 %. Doba uzdravování závisí na typu mozkového iktu. Lidé se závažnými doprovodnými zdravotními problémy se obvykle zotavují déle. U dětí a mladých dospělých je prognóza lepší. Čím dříve se objeví známky zlepšování zdravotního stavu postiženého, tím větší je šance na kompletní uzdravení (V. Feigin, P.Kalvach, Cévní mozková příhoda, str. 128 2007).

U pacienta pana J. N. vzhledem k vysokému riziku recidivy současného onemocnění je prognóza nejistá. Riziko souvisí s přítomností vedlejších diagnóz, tedy s arteriální hypertenzí, diabetem mellitem a s faktem, že je pacient bývalý silný kuřák. Možnost opakování choroby je velká i za předpokladu, že nemocný, jak sám tvrdí bude dodržovat všechna doporučená preventivní opatření. Z ošetřovatelského hlediska je nemocný schopen sebezpeče ve všech běžných denních aktivitách. Je žádoucí změna životního stylu - dodržování dietního opatření, dostatečný příjem vhodných tekutin, přiměřená tělesná aktivita, odpočinek, pokud možno eliminovat stresové situace, pravidelný spánkový režim. Pravidelné kontroly v cévní poradně, pravidelné užívání předepsané farmakoterapie, včetně inzulínové, jsou důležitou součástí sekundární preventivní léčby. Při dodržování všech pravidel je možný návrat k běžným aktivitám i k zaměstnání s ohledem na zdravotní rizika spojené s nynějším onemocněním pacienta asi po roční rekonvalescenci.



## 10 Závěr

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu své dlouholeté ošetrovatelské praxe na neurologické klinice. Za dobu mé praxe jsem měla možnost poznat a ošetřovat stovky pacientů s touto diagnózou. Se zájmem, jak profesním, tak i osobním jsem sledovala vývoj onemocnění, postupy diagnostických vyšetření, podílela jsem se na realizaci indikované léčby, sledovala pokroky, ale bohužel i někdy zhoršení průběhu onemocnění. Ve spolupráci s ostatními zdravotnickými i nezdravotnickými pracovníky byla realizována vysoce odborná lékařská i nelékařská péče o nemocné s postižením cerebrovaskulárního systému.

Ve své bakalářské práci jsem se snažila o komplexní zpracování ošetrovatelské péče u nemocného pana J. N., který byl hospitalizován na standardním oddělení neurologické kliniky pro ataku ischemické cévní mozkové příhody. Při vypracování dané problematiky jsem vycházela z informací, které mi poskytl nemocný, jeho rodina, dále jsem používala zdravotnickou dokumentaci a informace od ostatních členů ošetřujícího týmu. V úvodní části práce jsem nemocného představila, v teoretické části jsem se věnovala dané diagnóze. Uvedla jsem základní údaje o nemocném a následně se zabývala lékařskou anamnézou a diagnózou, průběhem hospitalizace, přehledem provedených diagnostických vyšetření a terapií. V ošetrovatelské části jsem popsala fáze ošetrovatelského procesu. Provedla jsem ošetrovatelskou anamnézu, stanovila pořadí ošetrovatelských diagnóz dle závažnosti stavu pacienta a plánování péče proběhlo po konzultaci s nemocným s přihlédnutím k základním potřebám nemocného. Poté jsem popsala realizaci plánovaných ošetrovatelských zásahů a nakonec zhodnotila jejich účinnost. Nedílnou kapitolou je i pojednání o psychoterapii, která je neopominutelnou součástí léčby u pacientů s tímto onemocněním. Nakonec jsem se zabývala závěrečným zhodnocením péče, edukací nemocného a prognóze pacientova stavu při propuštění do domácí péče.

Tato práce by mohla být i dobrou radou a návodem začínajícím sestřičkám, které se rozhodly pro práci na tomto úseku medicíny. Jsou zde shrnuty poznatky o chorobě samé, postupy ošetrovatelských procesů a je zde stručnou formou vystižena i problematika pacientů s tímto onemocněním. Profese zdravotní sestry je velice náročná a mnohdy psychicky i fyzicky vyčerpávající, ale dobrým pocitem a zadostiučiněním nám může být pacientův návrat do normálního života.

„Jak dlouho žiji, to nezávisí na mně. Ale jestli skutečně žiji, to na mně závisí.“

*Seneca*

## 11 Seznam použité literatury

1. AMBLER, Zdeněk. Trendy soudobé neurologie a neurochirurgie, svazek 3, vydalo Praha: Galen, 2002 ISBN 80 -7262 - 125 - 4.
2. SEIDL, Zdeněk. Magnetická rezonance hlavy, mozku a páteře, 1. vydání Praha: Grada 2007 ISBN 978 - 80 - 247 - 1106 - 5.
3. FEIGIN, Valery., Pavel, Kalvach. Cévní mozková příhoda, 1. vydání Praha Galén 2007. ISBN 978 - 80 - 7262 - 428 - 7.
4. KALINA, Miroslav. Cévní onemocnění mozku, vydalo nakladatelství Triton 2001. ISBN 80 - 7254 - 198 - 6.
5. MÁDLOVÁ, Ivana. A kolektiv. Příručka pro ošetřování pacienta s cévní mozkovou příhodou, 1. vydání Praha: Čas.
6. Marilin E. Doengers, Mary Frances Moorhouse: Kapesní průvodce zdravotní sestry, druhé přepracované a rozšířené vydání, Grada Publishing 2001 ISBN 80 - 247 - 0242 - 8.
7. CHOROBOPIS a ošetřovatelská dokumentace pacienta J. N., FNKV 2008.
8. TRACHTOVÁ, E. a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, IDV PZ Brno druhé nezměněné vydání- dotisk 2006 ISBN 80 -7013 - 324 -4.
9. CARRARO, Lorenzo. Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě, vydal REHALb. o. p. s., Praha 2002, publikace WHO
10. B. Adams, C. E. Herold. Sestra a akutní stavy od A do Z, 1. české vydání Praha: Grada 1999 ISBN 80 - 7169 - 893 - 8.
11. SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro studenty bakalářského a magisterského studia zdravotnických oborů, Vysoká škola zdravotnická 2005, nakladatelství SINFIN CZ.
12. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, Nejedlá Alena. Interní ošetřovatelství I, II., vydala Praha: Grada 2006 ISBN 80 - 247 - 1148 - 6.

13. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Úvod do ošetrovatelství I. díl, systémový přístup, Nakladatelství Karolinum, vydala Praha 2005 ISBN 80 - 246 - 0429 - 9.
14. MAREČKOVÁ, Jana. Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách, 1. vydání Praha: Grada 2006. ISBN 80 - 247 - 1399 - 3.
15. JOURNAL OF NEUROLOGY. 9/2008, 8/2008, 5/2008  
[www.jon.springer.de](http://www.jon.springer.de)

## 12 Seznam použitých zkratek

A.....	artérie
AB.....	artéria basilaris
ACI.....	artéria karotis interna
AG .....	angiografie
AIM .....	akutní infarkt myokardu
ASA.....	acetylosalicylic acid
AVM.....	arteriovenózní malformace
CMP.....	cévní mozková příhoda
CNS.....	centrální nervová soustava
CT.....	computerized tomography, počítačová tomografie
dg.....	diagnóza
dif.....	diferenciální
EEG.....	elektroencefalografie
FF.....	fyziologické funkce
HB.....	hemoglobin
HDL.....	high density lipoprotein
Htk.....	hematokrit
iCH.....	intracerebrální hemoragie
iCMP.....	ischemická cévní mozková příhoda
IM.....	infarkt myokardu
inj.....	injekční forma
i.v.....	intravenózně
JIP.....	jednotka intenzivní péče
HDL .....	high density lipoproteins

LDL ..... low density lipoproteins  
MND.....malý neuronální deficit  
MR.....magnetická rezonance  
NMR..... nukleární magnetická rezonance  
PET ..... pozitronová emisní tomografie  
p.o. .... perorálně  
RIND.....reverzibilní ischemický neurologický deficit  
RTG..... rentgen  
SAK.....subarachnoidální krvácení  
SPECT.....jednofotonová emisní tomografie  
tbl. .... tableta  
TCD.....transraniální dopplerovská sonografie  
TIA ..... transitorní ischemická ataka  
TK ..... krevní tlak  
TT ..... tělesná teplota