

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.**

**Praha 5**

**PŘÍPADOVÁ STUDIE O NESOBĚSTAČNÉM  
PACIENTOVI V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

**Bakalářská práce**

**JITKA HUDEČKOVÁ**

**Praha 2011**

**PŘÍPADOVÁ STUDIE O NESOBĚSTAČNÉM PACIENTOVI  
V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

Bakalářská práce

JITKA HUDEČKOVÁ

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

Vedoucí práce: Mgr. Ludmila Geisslerová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011

## **Errata**

### **Případová studie o nesoběstačném pacientovi v domácím prostředí**

Jitka Hudečková

31. 3. 2011

Praha 2011

<b>Strana</b>	<b>Řádek</b>	<b>Chybně</b>	<b>Správně</b>
---------------	--------------	---------------	----------------

**Kopie originálu zadání bakalářské práce**

**PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne

.....

## ABSTRAKT

HUDEČKOVÁ, Jitka. *Případová studie o nesoběstačném pacientovi v domácím prostředí*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Ludmila Geisslerová. Praha. 2011.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o klienta po cévní mozkové příhodě v domácí péči. Cílem práce je navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče a jeho realizace metodou ošetrovatelského procesu za využití modelu M. Gordonové. Tato práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce charakterizuje způsob organizace domácí péče, onemocnění cévní mozkovou příhodou a zavedení Perkutánní Endoskopické Gastrostomie. Empirická část práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta po CMP formou ošetrovatelského procesu a edukace, která je u tohoto onemocnění velmi důležitá a neopomenutelná. Byl zvolen model M. Gordonové. Podle Kapesního průvodce zdravotní sestry byly zvoleny ošetrovatelské diagnózy, dle prioritních potřeb klienta.

Klíčová slova: Cévní mozková příhoda, edukace, ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, polohování, Perkutánní Endoskopická Gastrostomie a rehabilitace

## THE ABSTRACT

Hudečková, Jitka. *A case study of a self-sufficient patient at home background.*  
The college of nursing o. p. s. based at Duškova 7, prague 5. Level of qualification:  
bachelors study in health care fields. Supervisor: Mgr. Ludmila Geisslerová, Prague  
2011.

The main topic of my Bachelor thesis is nursing care for clients after stroke in home care. The goal is to propound an individual plan of nursing care and its implementation of technique by the nursing process using a model of M. Gordon. This thesis is divided into a theoretical and an empirical part. The theoretical part describes how to organization of home care, disease stroke, and introduction of Percutaneous endoscopic gastrostomy. The empirical part focuses on nursing care of patients after stroke trough education and the nurcing process, which is important in this disease, and it is insurmountable too. It was choosen a model by M. Gordon. According to the nurse's pocket guide were selected nursing diagnoses - according to the priority Leeds of a client.

Keywords: Stroke, education, nursing diagnosis, nursing care, nursing process, positioning, Perkutaneous endoscopic gastrostomy and rehabilitation.

# PŘEDMLUVA

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila ošetrovatelskou kazuistiku – případová studie o nesoběstačném pacientovi v domácím prostředí.

Domácí zdravotní služba zajišťuje ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí klienta v případě, kdy není nezbytně nutná hospitalizace v jiném zdravotnickém zařízení.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecné sestry v Praze, kde jsem se díky povinné vysokoškolské praxi dostala do Agentury domácí péče. Práce v tomto prostředí mne zaujala, a proto jsem si dojednala v tomto zařízení brigádu. Právě v tomto prostředí mne zaujala problematika péče o nesoběstačného klienta v domácím prostředí.

Cílem mé práce je navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče a jeho realizaci metodou ošetrovatelského procesu dle modelu M. Gordonové. Prioritou je na základě zhodnocení stavu klienta stanovit a rozpracovat ošetrovatelské diagnózy, dle potřeb klienta. Součástí ošetrovatelského procesu je edukace klienta a rodiny o důležitosti polohování a rehabilitace.

Práce je určena studentům oboru ošetrovatelství a pro zaměstnance agentur domácí zdravotní péče, jako zdroj informací v průběhu ošetrovatelské péče.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Ludmile Geisslerové, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.



# OBSAH

ÚVOD.....	15
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>16</b>
<b>1 TERMINOLOGIE SPOJENÁ S DOMÁCÍ PÉČÍ A DOMÁCÍ POMOCÍ U NÁS A VE SVĚTĚ 16</b>	
1.1 JAKÁ JSOU POZITIVA DOMÁCÍ PÉČE? .....	17
1.2 JAK JE DOMÁCÍ PÉČE ZAHÁJENA? .....	18
1.3 JAK JE DOKUMENTOVÁN PRŮBĚH DOMÁCÍ PÉČE? .....	19
1.4 DŮLEŽITÉ INFORMACE O DOMÁCÍ PÉČI.....	20
<b>2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA .....</b>	<b>21</b>
2.1 DEFINICE.....	21
2.2 CHARAKTERISTIKA .....	22
2.3 LÉKAŘSKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY .....	22
2.4 RIZIKOVÉ FAKTORY CMP .....	23
2.5 JAKÁ LÉČBA JE MOŽNÁ? .....	24
2.5.1 Možnosti léčby ischemického iktu .....	24
2.5.2 Možnosti léčby mozkového krvácení .....	25
2.5.3 Možnosti léčby subarachnoidálního krvácení.....	25
2.5.4 Ostatní léčebné strategie.....	26
<b>3 PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSKOPIE-PEG.....</b>	<b>27</b>
3.1 SYSTÉM A ZAVEDENÍ PEG .....	28
3.2 PÉČE O PEG .....	28
3.3 KOMPLIKACE PEG .....	28
<b>4 POSOUZENÍ STAVU A POTŘEB KLIENTA DLE FUNKČNÍHO MODELU ZDRAVÍ.....</b>	<b>29</b>
<b>II EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>31</b>
<b>5 POSOUZENÍ STAVU KLIENTA .....</b>	<b>31</b>
5.1 ZÍSKÁNÍ INFORMACÍ.....	31
5.2 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	31
5.3 VÝTAH Z LÉKAŘSKÉ DOKUMENTACE .....	32
5.3.1 Lékařská anamnéza.....	32
5.3.2 Vyšetření .....	34
5.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU Z ADP .....	35
5.5 ZÁVĚR PŘI PŘÍJMU DO ADP .....	35
5.6 VÝVOJ ZDRAVOTNÍHO STAVU A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V PRŮBĚHU SPOLUPRÁCE S ADP.....	36
<b>6 POSOUZENÍ STAVU A POTŘEB KLIENTA DLE FUNKČNÍHO MODELU ZDRAVÍ (12. 7. 2010) .....</b>	<b>39</b>
6.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ - UDRŽOVÁNÍ ZDRAVÍ.....	39
6.2 VÝŽIVA – METABOLISMUS .....	39
6.3 VYLUČOVÁNÍ.....	40
6.4 AKTIVITA – CVIČENÍ .....	40

6.5	SPÁNEK – ODPOČINEK .....	40
6.6	CITLIVOST (VNÍMÁNÍ) - POZNÁNÍ.....	40
6.7	SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA .....	41
6.8	ROLE – VZTAHY .....	41
6.9	REPRODUKCE – SEXUALITA.....	41
6.10	STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE - ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE .....	41
6.11	VÍRA - ŽIVOTNÍ HODNOTY .....	42
6.12	JINÉ.....	42
<b>7</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....</b>	<b>43</b>
7.1	SEZNAM OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ OD 12. 7. – 18. 7. 2010.....	43
7.2	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	44
<b>8</b>	<b>EDUKACE KLIENTA .....</b>	<b>53</b>
8.1	EDUKAČNÍ LIST – TÉMA: JAK JE POLOHOVÁNÍ A REHABILITACE DŮLEŽITÁ .....	54
8.2	EDUKAČNÍ PLÁN.....	55
8.3	CÍL EDUKAČNÍHO PLÁNU.....	55
8.4	VÝZNAM .....	55
8.5	TECHNIKA .....	55
8.6	POSTUP PŘI ZAŠKOLOVÁNÍ KLIENTA.....	56
8.7	KONTROLNÍ OTÁZKY PRO KLIENTA A RODINU .....	56
8.8	HODNOCENÍ .....	56
<b>9</b>	<b>ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>57</b>
9.1	PROGNÓZA .....	57
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>59</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>I</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>AA</b> .....	alergická anamnéza
<b>ADP ČR</b> .....	Asociace domácí péče České republiky
<b>AVM</b> .....	arterio-venózní malformace
<b>BMI</b> .....	index tělesné hmotnosti (body mass index)
<b>CMP</b> .....	cévní mozková příhoda
<b>COP</b> .....	cévní onemocnění mozku
<b>CT</b> .....	výpočetní tomografie
<b>ČAS</b> .....	Česká asociace sester
<b>D</b> .....	dech
<b>DI</b> .....	dokončený iktus
<b>DK</b> .....	dolní končetina
<b>DM</b> .....	diabetes mellitus
<b>EKG</b> .....	elektrokardiogram
<b>EPT</b> .....	endoskopická papilotomie
<b>ERCP</b> .....	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
<b>FA</b> .....	farmakologická anamnéza
<b>Hb</b> .....	hemoglobin
<b>HČTT</b> .....	horní část trávicího traktu
<b>CHCE</b> .....	cholecystektomie
<b>ICHS</b> .....	ischemická choroba srdeční
<b>INR</b> .....	International Normalization Ratio – slouží vyjádření hodnoty Quickova testu, léčba antikoagulační
<b>KO</b> .....	krevní obraz
<b>KS</b> .....	kardiostimulátor

<b>NANDA</b> .....	North Association for Nursery Diagnostii International
<b>NMR</b> .....	nukleární magnetická rezonance
<b>NO</b> .....	nynější onemocnění
<b>OA</b> .....	osobní anamnéza
<b>P</b> .....	pulz
<b>PA</b> .....	pracovní anamnéza
<b>PEG</b> .....	perkutánní endoskopická gastrostomie
<b>per os</b> .....	ústy
<b>PET</b> .....	pozitivní emisní tomografie, krátké průtokové selhání (transient ischaemic attack)
<b>PI</b> .....	progredující iktus
<b>PMK</b> .....	permanentní močový katétr
<b>RA</b> .....	rodinná anamnéza
<b>RIND</b> .....	reverzibilní ischemický neurologický deficit
<b>RTG</b> .....	rentgenové vyšetření
<b>SA</b> .....	sociální anamnéza
<b>SAK</b> .....	subarachnoidální krvácení
<b>SPECT</b> .....	tomografická scintigrafie
<b>Stp</b> .....	Status praesens; přítomný stav (nemoci)
<b>TIA</b> .....	transientní ischemická ataka
<b>TK</b> .....	tlak krevní
<b>WHO</b> .....	světová zdravotnická organizace

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Altepláza** – účinná látka; Antikoagulancia, antitrombotika

**Anamnéza** – rozpomenutí, *med.* předchorobí, údaje o zdravotním stavu pacienta

**Aneuryzma** – oslabené místo cévní stěny, které se vyklenulo

**Antibiotika** – (*zkr.* **ATB**) léky ničící bakterie nebo zastavující jejich růst

**Antidepresiva** - léky užívané k léčbě deprese

**Antikoagulancia** - léky tlumící krevní srážlivost

**Antiuratika** - léky proti dně

**Apnoe** – zástava dechu

**Ataka** – prudký záchvat nemoci

**Ateroskleróza** – onemocnění tepen, při němž se v jejich stěnách ukládají tukové látky  
a druhotně vápník

**Cyanóza** – namodralé zbarvení kůže a sliznic; je důsledkem nedostatku kyslíku v krvi

**Diabetes mellitus** – cukrovka, úplavice cukrová; nemoc způsobená nedostatkem  
inzulinu, nebo jeho malou účinností

**Diuretika** – léky zvyšující tvorbu a vylučování moči

**dna** (uratická artritida) – kloubní onemocnění způsobené poruchou metabolismu  
a vylučováním kyseliny močové

**Duplexní karotická ultrasonografie** – ultrazvukové vyšetření krční tepny zobrazující  
šířku lumina i stěny cévní

**Dysfazie** – porucha rozumění nebo tvorby řeči

**Enterální výživa** – podávání výživy cévkou přímo do žaludku – buď nosem a jícnem,  
nebo přímo voperovaným katétrem přes břišní stěnu

**Fibrilace síní** – míhání srdečních předsíní

**Fokální** – ložiskový, lokální

**Hemiparéza** – částečné ochrnutí jedné poloviny těla

**Hemokoagulace** – krevní srážení

**Hemoragie** – krvácení

**Home care** – podpůrné služby v domácnosti, od intenzivní zdravotnické kontroly až po asistenci k běžným denním potřebám a vedení domácnosti

**Hypertenze** – vysoký krevní tlak

**Cholecystektomie** – chirurgické odstranění žlučníku

**Iktus** - (*lat. ictus*) nejčastěji se užívá jako jiný termín pro cévní mozkovou příhodu

**Integrita** – neporušenost, celistvost

**Interdisciplinární** – mezioborový

**Jejunostomie** – stomie zavedena do jejunum (lačník, druhá část tenkého střeva)

**Katétr** – cévka, umělohmotná trubička k odvodu moči z měchýře

**Kompenzace** – schopnost postiženého nahradit ztracenou funkci adaptovaným postupem na oslabených končetinách, nebo nacvičením funkce na nepostižených končetinách

**Komprehenzivní** – vnímavý, chápavý, aperceptivní

**Malacie** – chorobné změknutí tkáně

**Malformace** – znetvoření, vrozená úchylka tvaru vzniklá za nitroděložního vývoje zárodku

**Migréna** – záchvatovitá bolest hlavy

**Mikce** – močení

**Nazogastrická sonda** – trubička zavedená nosem do žaludku k výživě či odčerpání obsahu žaludku

**Nozokomiální nákaza** – nemocniční nákaza vzniklá za pobytu v nemocnici

**Rehabilitace** – výcvik a zpětný návrat ztracených funkcí k optimálnímu dosažení opětné samostatnosti

**Spasticita** – zvýšené napětí ve svalech

**Striktura uretry** – jizva vznikající následkem poranění nebo zánětlivé destrukce tkáně, nebývá elastická a zkracuje se obvod a redukuje průsvit uretry

**Sympatolytika** – léky tlumící činnost sympatického nervového systému

**Trombolytikum** – látka rozpouštějící krevní sraženinu

**Trombolýza** – proces rozpouštění krevní sraženiny

**Vaskulární** - cévní

# ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala klienta, který prodělal cévní mozkovou příhodu a následně zůstal upoután na lůžko, zcela závislý na cizí pomoci.

Tato práce se skládá z teoretické a empirické části. V teoretické části je popsána charakteristika domácí péče, onemocnění cévní mozkovou příhodou a perkutánní endoskopické gastrostomie. Empirická část práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienta po CMP formou ošetrovatelského procesu a edukace, která je u tohoto onemocnění velmi důležitá a neopomenutelná. Byl zvolen model M. Gordonové. Podle Kapesního průvodce zdravotní sestry byly vytvořeny ošetrovatelské diagnózy, dle prioritních potřeb klienta.

Cévní mozková příhoda je onemocnění, na které ročně umírá mnoho lidí. Řadí se na třetí místo jako nejčastější příčina úmrtí hned po nemocích srdce a zhoubných nádorech. Riziko cévní mozkové příhody se zvyšuje s věkem. Populace by měla dbát na úpravu životního stylu, která předchází vzniku rizikových faktorů těchto závažných onemocnění. Při postižení mozkovým iktem je velmi důležité včasné ošetření, aby se optimalizovaly šance na přežití bez trvalých následků. Velmi důležitá je navazující rehabilitace, která by se neměla opomenout.

Agentury domácí péče zprostředkovávají ošetrovatelskou, zdravotnickou, pečovatelskou a sociální pomoc u klientů v jejich vlastním domácím prostředí. Právě v tomto prostředí se často setkáváme s klienty postiženými cévní mozkovou příhodou.

Cílem této práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelského procesu, včetně edukace nemocného.



# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Terminologie spojená s domácí péčí a domácí pomocí u nás a ve světě

Nejčastější dělení v současné době najdeme mezi domácí zdravotní péčí - mezinárodně užívaný výraz – z anglického – **HOME CARE** a domácí pomocí mezinárodně užívaný výraz – z anglického – **HOME HELP**. Pojem domácí péče má svá mezinárodní specifika, která jsou dána historií, tradicí a mentalitou národa. Pod pojmem domácí péče se v některých zemích schovává fakticky domácí pomoc, či obráceně. **Pojem Komplexní (komprehenzivní) domácí péče (COMPREHENSIVE HOME CARE)** je otevřeným systémem individuální péče – v kterém jsou integrovány jak zdravotní, sociální i laické formy péče poskytované klientovi na základě ordinace ošetřujícího lékaře a rozsahu indikace sociální diagnózy klienta (Misconiová, 1998).

Je poskytována prostřednictvím profesionálů různých disciplín sdružených v **MULTIDISCIPLINÁRNÍCH TÝMECH** agentur domácí péče (zdravotnickými pracovníky, pracovníky sociální péče a pomoci, i laickou veřejností). Mezi pracovníky agentur domácí péče dochází k **INTERDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCI**, která je organizována prostřednictvím **HORIZONTÁLNÍHO MANAGEMENTU** (management založený na přímé individuální odpovědnosti všech členů týmu) (Misconiová, 1998).

**Pojem domácí pomoc (HOME HELP)** je uzavřeným systémem orientovaným pouze na sociální péči a pomoc. Domácí pomoc je poskytována pracovníky sociální péče a pomoci, popřípadě dobrovolníky (Misconiová, 1998).

Potřeby klienta u něhož je indikována komplexní domácí péče jsou součástí individuálního souboru potřeb, který můžeme saturovat efektivně pouze souborem souvisejících, vzájemně provázaných a kontrolovatelných aktivit, které jsou integrované definovány, plánovány, prováděny i hodnoceny (Misconiová, 1998).

## 1.1 Jaká jsou pozitiva domácí péče?

Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu klienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuální vnímání kvality života. Proto je každý klient posuzován z bio – psycho – sociálního hlediska a při poskytování domácí péče je vždy aplikován holistický (celostní) přístup.

Vědeckými studii je prokázáno, že psychická pohoda člověka, která je v domácí péči bezprostředně ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí, přítomností bytostí blízkých, má přímý vliv na stav imunitního (obranného) systému člověka a hraje významnou úlohu v procesu uzdravování, nebo zmírnění negativního vlivu doprovodných psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění.

Role klienta a jeho blízkých v procesu poskytování domácí péče je nezastupitelná. V rámci domácí péče jsou klient a jeho blízcí řádnými členy týmu se společným cílem, kterým je zlepšení kvality života klienta i jeho blízkých. I toto je pozitivum systému domácí péče. Dalším pozitivem domácí péče je naprostá eliminace nozokomiálních nákaz. Nozokomiální nákazy vznikají v příčinné souvislosti s pobytem klientů ve zdravotnickém zařízení. Finanční náklady, které jsou spojeny s léčbou nozokomiálních nákaz jsou natolik vysoké, že cílem všech moderních systémů zdravotní péče je minimalizovat pobyt klientů ve zdravotnických zařízeních (MISCONIOVÁ, 2006).

## 1.2 Jak je domácí péče zahájena?

Po indikaci domácí péče ošetřujícím lékařem je klient navštíven vybraným pracovníkem domácí péče, který provede vstupní pohovor, vyšetření klienta a zhodnocení stavu vlastního sociálního prostředí klienta. Seznámí klienta s rozsahem výkonů a frekvencí domácí péče, dohodne se s klientem na harmonogramu odborné i laické péče, která bude v působnosti agentury, klienta a jeho blízkých.

Je-li nutno provést v zájmu kvality poskytované domácí péče určité úpravy ve vlastním sociálním prostředí klienta, například umístění lůžka, vybavení kompenzačními pomůckami, přístroji atp., je po dohodě s klientem přizpůsobeno prostředí nejen pro poskytování domácí péče, ale i pro pohodlí klienta.

Pokud je indikována domácí péče v průběhu hospitalizace klienta nebo po jednodenním zákroku, je vhodné, aby ke kontaktu s klientem došlo ještě v průběhu pobytu klienta v zařízení tak, aby se pracovník domácí péče dohodl o dalším vhodném postupu s ošetřujícím lékařem i personálem. Domácí péče je v tomto případě zahájena v den následující po propuštění klienta, nebo bezprostředně po provedení jednodenního zákroku (MISCONIOVÁ, 2006).

### **1.3 Jak je dokumentován průběh domácí péče?**

Agentura domácí péče je povinna prostřednictvím svých odborných pracovníků průběžně zaznamenávat údaje o zahájení, průběhu a ukončení domácí péče. Součástí dokumentace jsou údaje o celkovém stavu klienta a jeho změnách, provedených i plánovaných výkonech a dalších náležitostech, které jsou důležité pro eventuelní kontrolu kvality, rozsahu i věcné správnosti odborných postupů (MISCONIOVÁ, 2006).

Dokumentace musí být přehledná, uložena a archivována na bezpečném místě v agentuře domácí péče, pro zabezpečení úniku osobních informací.

Mnohdy kvalita, přehlednost a srozumitelnost dokumentace a její dostupnost pro všechny členy týmu domácí péče, včetně poskytovatelů následné péče, rozhoduje o dalších léčebných i ošetrovatelských intervencích, které v případě akutních změn na celkovém stavu klienta mohou být rozhodující pro jeho další kvalitu života (MISCONIOVÁ, 2006).

## 1.4 Důležité informace o domácí péči

Agentury domácí péče jsou zřizovány státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními ambulantního i lůžkového typu, privátními sestrami i lékaři, charitativními i humanitárními organizacemi a mnoha dalšími subjekty.

Subjekt poskytující domácí péči musí být registrován u pověřeného úřadu státní správy. Tento úřad v rámci své působnosti dohlíží nejen nad dostupností, ale i kvalitou domácí péče (MISCONIOVÁ, 2006).

Cílem domácí péče je zajištění maximálního rozsahu, dostupnosti, efektivity a kvality poskytované zdravotní péče klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí. Mimo zajištění zdravotní péče zahrnuje i ergoterapii, logopedii a fyzioterapii.

V České republice existují dvě organizace, ČAS a ADP ČR. ČAS (Česká asociace sester, o. s.) je odborná profesní organizace, s působností po celé ČR, sídlící v Praze, v čele s prezidentkou Mgr. Danou Juráskovou. Organizace obsahuje celkem 69 sekcí. Jednou z nich je sekce domácí péče, ta byla založena v roce 1991. ČAS je členem ICN (The International Council of Nurses) se sídlem v Ženevě. Druhou organizací je ADP ČR (Asociace domácí péče ČR) v čele s prezidentkou Bc. Ludmilou Kondelíkovou. Obě organizace v pravidelných cyklech pořádají vzdělávací akce, jejichž cílem je přispět ke vzájemnému předávání informací a výměně zkušeností. Účast na těchto akcích se zaznamenává do Indexu odbornosti.

Akreditace sester se řídí dle vyhlášky MZČR č. 321/2008 Sb. ze dne 17. Prosince 2009, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

## 2 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda je neurologické onemocnění, které je způsobeno poruchou mozkové cirkulace. Řadí se na třetí místo, jako nejčastější příčina smrti. Každým rokem přibývá počet nemocných touto chorobou.

Termín cévní onemocnění mozku (zkratka COM) označuje skupinu chorob, které se projevují postižením normální funkce mozku a jsou způsobeny poruchou v jeho krevním zásobení (TYRLÍKOVÁ, 1999).

Cévní mozkové příhody (CMP) dělíme na ischemické, jejichž podstatou je ischemická dysfunkce nebo ischemická nekróza mozkového parenchymu, a hemoragické, které se podle lokalizace krvácení dále dělí na parenchymová krvácení a subarachnoidální krvácení (WABERŽINEK et al, 2006).

### 2.1 Definice

**Akutně vzniklé klinické fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin (event. do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny.**

**TIA** – transientní ischemický neurologický deficit – je **epizoda ložiskových příznaků** v důsledku **nedostatečného zásobení mozku krví, mizí do 24 hodin bez reziduí**. **RIND** – reverzibilní ischemický neurologický deficit – je obdobou TIA, jen **úprava bez následků je do jednoho týdne**.

**TIA a RIND jsou významnými varovnými příznaky hrozícího iktu.**

**PI (progredující iktus)** – jedná se o postupně narůstající klinickou symptomatologii vlivem zhoršující se ložiskové mozkové hypoxie.

**DI (dokončený iktus)** – klinický obraz se po 24 hodin nemění (SEIDL et al, 2004).

## 2.2 Charakteristika

Postižení mozku na vaskulárním podkladě je z **80 % akutní ischemické (malacie)** a z **20 % hemoragické (mozková hemoragie, subarachnoidální krvácení – SAK a arteriovenózní malformace – AVM)**. Postižení je častěji **tepenné**, vzácněji **žilní**. **Iktus je často doprovázen ložiskovými příznaky**. Přístup k cévní příhodě mozkové (CMP) se v posledních letech zcela změnil. **CMP je urgentní stav**, vyžadující **rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie**. **CT je vstupní urgentní vyšetření** pro další nemocniční péči. **Prokáže krvácení**. Pro **malacii** u čerstvé CMP svědčí **negativní CT** a přítomnost **ložiskových příznaků**. **Anamnéza s přesnými časovými údaji, klinický nález a výsledek CT mozku stanoví další léčebný postup** (i event. **trombolýzu**)(SEIDL et al, 2004).

## 2.3 Lékařské vyšetřovací metody

Základem pro vyšetření a stanovení diagnózy je podrobná anamnéza, která napomáhá ke zjištění příčin vzniku onemocnění. Je velmi důležitá a nejen u CMP. Všechna potřebná vyšetření by měla být provedena v co nejkratším čase, aby byla včas zahájena léčba. Zde jsou uvedena vyšetření:

- počítačová tomografie (CT)
- nukleární magnetická rezonance (NMR)
- vyšetření po podání radioaktivního farmaka (PET)
- vyšetření vedoucí k zobrazení mozkových perfúzí (SPECT)
- neurologické vyšetření
- duplexní sonografie (princip ultrazvuku)
- opakované měření tlaku krve (vyloučit či potvrdit **hypertenzi**)
- EKG
- RTG plic a srdce
- biochemické vyšetření (cholesterol a **lipidy**)
- hematologické vyšetření – krevní obraz a základní **hemokoagulační testy**

## 2.4 Rizikové faktory CMP

Většina CMP vzniká jako následek kombinace medicínských příčin (např. vysoký krevní tlak) a příčin návykových (např. kouření). Takové příčiny nazýváme rizikovými faktory.

Některé rizikové faktory mohou být regulovány nebo i zcela eliminovány, a to buď léčebnými prostředky – např. užíváním určitých léků, nebo prostředky nemedicínskými, jako je např. změna životního stylu. To jsou tzv. ovlivnitelné rizikové faktory. Udává se, že až 85 % CMP lze předcházet kontrolou těchto ovlivnitelných rizikových faktorů.

Nicméně existují faktory, které změnit nemůžeme. Mezi tyto neovlivnitelné rizikové faktory patří stárnutí, dědičné dispozice a rasový původ.

Mezi medicínské rizikové faktory patří:

- hypertenze (vysoký krevní tlak),
- vysoká hladina tuků, např. cholesterolu v krvi,
- ateroskleróza (tvrdnutí tepen),
- různé srdeční poruchy, jako např. fibrilace – míhání síní (nepravidelná srdeční akce), diabetes a neprasklé mozkové aneuryzma (tepenná výduť),
- výskyt CMP v rodině a další genetické faktory,
- migrény.

Mnohé z těchto rizikových faktorů se vzájemně ovlivňují, jeden může zesilovat účinek druhého a obráceně. Např. lidé s vyšším krevním tlakem častěji trpí srdečními chorobami a aterosklerózou; cukrovka podporuje aterosklerózu a vysoký krevní tlak. Riziko vzniku iktu narůstá s počtem kombinovaných rizikových faktorů. Nicméně většiny rizikových faktorů se můžeme vyvarovat nebo je alespoň účinně kontrolovat.

Návykové rizikové faktory jsou ty, které vyplývají ze životního stylu a chování jedince. Nejvýznamnější jsou kouření (aktivní a pasivní), nezdravá strava, zvýšená konzumace alkoholu a sedavý způsob života. Také noční chrápání a spánková apnoe (přechodná zástava dechu ve spánku), užívání antikoncepčních pilulek, užívání drog



s povzbuzujícím účinkem (heroin, amfetamin, kokain, marihuana) a nadváha zvyšují nebezpečí vzniku CMP (FEIGIN, 2004).

## **2.5 Jaká léčba je možná?**

Existuje několik léčebných strategií pro lidi, kteří prodělali akutní iktus nebo TIA. Některé jsou specifické podle typu iktu (např. léky na ředění krve při ischemické CMP nebo »zaklipování« aneuryzmatu při subarachnoidálním krvácení), některé jsou však společné pro všechny druhy iktu (např. kontrola krevního tlaku a rehabilitace). Členové multidisciplinárního týmu odborníků pracují společně, aby určili zahajovací a následnou strategii léčby, která je pro každého pacienta nejvhodnější. Ta se poté projedná s pacientem a jeho rodinou. Jakmile opustí pacient nemocnici, léčbu sleduje lékař (FEIGIN, 2004).

### **2.5.1 Možnosti léčby ischemického iktu**

Specifická léčba, která obnovuje krevní průtok v postižené oblasti mozku po ischemickém iktu, znamená revoluci v medicíně CMP. Tato léčba zahrnuje rozpuštění sraženiny speciálními trombolytickými léky (léky rozpouštějící sraženinu), které jsou podávány nitrožilní injekcí nebo nitrotepennou injekcí do stehenní tepny.

V současné době jedinou trombolytickou léčbou s prokázaným efektem je nitrožilní altepláza. Nicméně tato léčba je spojena s rizikem možného smrtelného krvácení, a proto musí být před jejím zahájením splněno několik kritérií. Nejdůležitější kritérium je, že léčba musí začít do tří hodin od vzniku příznaků iktu. Léčba podaná po této době je spojena s větším rizikem krvácení a přínosy nevyváží rizika. Nejvíce riziková jsou lidé, kteří trpí poruchou srážlivosti krve či fibrilací síní nebo měli během posledního měsíce před iktem krvácející vřed. Navíc tato léčba není pro pacienty s ischemickým iktem v některých zemích běžně dostupná. Lékař rozhodne na individuálním podkladě, zda je stanovená léčba vhodná, a projedná s pacientem a jeho rodinou rizika a přínosy této nejvhodnější léčby (FEIGIN, 2004).

### **2.5.2 Možnosti léčby mozkového krvácení**

Většina krvácení se přirozeně vstřebá. Nicméně chirurgická léčba je možností pro některé osoby s krvácením do mozečku a v některých případech může být život zachraňující. Lékař vysvětlí pacientovi a rodině chirurgický výkon a s ním spojená rizika a přínosy a poradí, kdy a kde může být proveden.

V současné době chirurgické odstranění neúrazových mozkových krevních výronů v ostatních částech mozku nedává záruku, že by zlepšovalo pacientovo uzdravení (FEIGIN, 2004).

### **2.5.3 Možnosti léčby subarachnoidálního krvácení**

Lidem, kteří prodělali SAK z aneuryzmatu, mohou být podány léky (jako nimodipine) na prevenci stahů nitrolebních tepen – závažné komplikace, která vzniká přibližně u jednoho ze tří pacientů s touto poruchou a obvykle vede k invalidizaci nebo smrti. Operační řešení prasklé výdutě je účinnou metodou prevence dalšího prasknutí aneuryzmatu. Lidem s cévní mozkovou malformací lze také nabídnout chirurgickou léčbu (FEIGIN, 2004).

#### 2.5.4 Ostatní léčebné strategie

Mezi ostatní léčebné strategie pro pacienty s akutní CMP patří:

- Udržování normálního dýchání, což může zahrnovat odsávání dýchacích cest a podávání kyslíku,
- Řízení příjmu a výdeje tekutin (udržování vodní a elektrolytové rovnováhy),
- Ošetření vysokého krevního tlaku,
- Ošetrovatelská péče (o kůži, vyprazdňování, výživu, krmení atd.),
- Zvýšení polohy hlavy, zejména u pacientů s mozkovým nebo subarachnoidálním krvácením,
- Udržování normální tělesné teploty (ideálně mezi 36-37 °C),
- Prevence možných komplikací, jako je hluboká žilní trombóza nebo aspirační zápal plic (vdechnutí pevných nebo tekutých látek do plic, způsobující hrudní infekci),
- Symptomatická léčba, jako jsou léky na bolest, léky proti zácpě, nebo tlumivé léky,
- Léčby přidružených zdravotních potíží, jako je srdeční choroba, cukrovka nebo infekce,
- Rehabilitace.

Po dobu pacientova pobytu v nemocnici mohou být příbuzní požádáni o spolupráci. Je důležité, aby jak rodinní pomocníci, tak pacient sám se naučili co je za potřebí, a aktivně se zapojili do rehabilitačního procesu (FEIGIN, 2004).

### 3 Perkutánní endoskopická gastroskopie-PEG

Při tomto výkonu gastroenterolog zavádí pacientovi pod endoskopickou kontrolou speciální set přes stěnu břišní do žaludku z důvodu dlouhodobé enterální výživy (déle než 6 týdnů)(KAPOUNOVÁ, 2007).

Perkutánní endoskopická gastrostomie je endoskopické řešení dlouhodobé enterální výživy. Její indikací jsou všechny stavy sdružené se závažnými poruchami až nemožností příjmu per os nebo pasáží jícnem. Jde o metodu pomáhající zlepšit příjem potravy jak ve zdravotnických zařízeních, tak i doma. Je šetrnější než chirurgický zákrok a hospitalizace trvá maximálně 3 dny. Enterální výživa se obecně podává: nazogastrickou nebo nazojejunální sondou, perkutánní endoskopickou gastrostomií, chirurgicky založenou jejunostomií. Podání výživy pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) je vhodným řešením především pro ty, kteří nemohou přijímat potravu dlouhodobě, většinou déle než 4-6 týdnů (ŽEŽULKOVÁ et. al., 2008).

Byla vyvinuta celá řada endoskopických metod; mezi nejdůležitější patří:

1. metoda protažení,
2. metoda přímé punkce s použitím balónkového katétru.

Protahovací katétrů dovoluují přesnější umístění sondy v žaludku. Klinické indikace obou metod jsou stejné. Příprava a pozdější opatření jsou rovněž stejné (KELLER et. al., 1992).

### **3.1 Systém a zavedení PEG**

PEG je tenká sonda, jejíž jeden otvor ústí kůží břicha a druhý v žaludku. Do kanálku, který je dlouhý 2-3 cm (záleží na tloušťce podkožního tuku), je zaveden speciální set se sondou, která slouží k podávání stravy a zabraňuje jejímu úniku mimo žaludek. Při zlepšení pacientova zdravotního stavu se sonda odstraní. Místo vpichu se do 10-12 hodin zcela zatáhne a zhojí. Výkon provádějí dva lékaři a dvě sestry. Lékař a sestra gastroskopují, zbylá část týmu pracuje u operačního pole (ŽEŽULKOVÁ et al., 2008).

### **3.2 Péče o PEG**

Po výkonu by měl nemocný zůstat 24 hodin v klidu. První tři dny se podávají antibiotika, například Claforan 1 g i. v.. Je nutné kontrolovat, zda okolí zavedeného PEG nerudne. Po dobu prvního týdne by se měl PEG převazovat 1x denně a následující týdny 1 – 2x denně, poté dle potřeby.

### **3.3 Komplikace PEG**

Nejčastější komplikací je ucpání PEG a únik tekutin kolem vstupu. V případě ucpání PEG se snažíme sondu propláchnout a to nejlépe čajem nebo vlažnou vodou. Při vstřikování tekutiny nikdy nepoužíváme velký tlak, mohl by způsobit protržení. U úniku tekutin kolem zavedení PEG se musí neprodleně informovat ošetřující lékař.

## 4 Posouzení stavu a potřeb klienta dle Funkčního modelu zdraví

### Hlavní jednotky koncepčního modelu tvoří:

*Cíl ošetřovatelství:* zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví, rovnováha bio-psycho-sociální interakcí,

*Pacient/klient:* holistická bytost s biologickými, psychickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami, jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví,

*Role sestry:* systematické získávání informací v jednotlivých oblastech vzorců zdraví pomocí standardních metod (tj. pozorování, rozhovor, fyzikální vyšetření), analýza získaných informací se závěrem: funkční nebo dysfunkční zdraví; při dysfunkčním zdraví pokračovat podle kroků ošetřovatelského procesu,

*Zdroj obtíží:* některá z oblastí bio-psycho-sociálních interakcí,

*Ohnisko zásahu:* dysfunkční vzorce zdraví,

*Způsob intervence:* podle některého ze známých ošetřovatelských modelů a teorií,

*Důsledky:* funkční vzorce zdraví (PAVLÍKOVÁ, 2006),

**Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí:**

- 1. Vnímání zdraví - udržování zdraví**, obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakým se stará o vlastní zdraví,
- 2. Výživa – metabolismus** zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu,
- 3. Vylučování** zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže,
- 4. Aktivita – cvičení** obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity,
- 5. Spánek – odpočinek** zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace,
- 6. Citlivost (vnímání) - poznávání** obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.,
- 7. Sebepojetí – sebeúcta** vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu,
- 8. Role – vztahy** obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů,
- 9. Reprodukce – sexualita** zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn,
- 10. Stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance** obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací,
- 11. Víra - životní hodnoty** obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují,
- 12. Jiné** (PAVLÍKOVÁ, 2006).

## II EMPIRICKÁ ČÁST

### 5 Posouzení stavu klienta

#### 5.1 Získání informací

- ✓ lékařská dokumentace
- ✓ ošetrovatelská dokumentace
- ✓ rozhovor s klientem a rodinou

#### 5.2 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: A. K. (iniciály)

Pohlaví: muž

Narozen: 21. 10. 1931

Věk: 79 let

Oddělení: Klient agentury domácí péče Praha 6

Důvod přijetí: Ošetrovatelské intervence

Příjem do ADP: 6. 1. 2005 (začátek spolupráce s agenturou zdravotní domácí péče)

Ošetrovatelská péče prováděna: od 12. 7. do 18. 7. 2010 (7 dní)



## 5.3 Výtah z lékařské dokumentace

Interní oddělení Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského

### 5.3.1 Lékařská anamnéza

**RA:** 2 děti – dcera zdravá

- syn celiakie, onemocnění štítné žlázy

otec zemřel v 60 letech za války

matka zemřela v 72 letech na CMP

**OA:** prodělal běžné dětské nemoci

CMP s levostrannou parézou 1997

Porucha vědomí s opak. Jack. paroxysmy L. končetiny

ICHS – trvalá dvoudutin. KS 1996, výměna 2002

Arteriální hypertenze III. st.

Striktura uretry

Stp. Mozkové hemoragii anamn.

Cholecystolithiasa, cholesterolosa žlučníku st.p. CHCE

stp. ERCP + EPT + extrakci choledocholithiasy 3/1999

Stp. Prostatektomii, striktura uretry mebr.

Hepatomegalie, steatoza v.s.

**SA:** ženatý, bydlí s manželkou a synem v rodinném domě

**PA:** zaměstnání dříve archeolog, nyní v invalidním důchodu

**AA:** Augmentin - ATB

**Abusus:** nekuřák

alkohol – 0

káva bílá – 1x denně

<b>FA:</b> Warfarin 5mg	0 – 1 – 0 - per os - tbl. - ANTIKOAGULANCIUM
Coryol 25mg	1 – 0 – 1 - per os - tbl. - SYMPATOLYTIKUM
Citalec 20mg	0 – 0 – 1 - per os - tbl. - ANTIDEPRESIVUM
Verospiron 25mg	1 – 0 – 1 - per os - tbl. - DIURETIKUM
Milurit 100mg	1 – 0 – 1 - per os - tbl. - ANTIURATIKUM
Furon 40mg (LICHÉ DNY)	1 – 0 – 0 - per os - tbl. – DIURETIKUM

**NO:** přijat do péče ADP ze zdravotních důvodů s diagnózou

CMP s těžkou levostrannou spastickou hemiparezou

ICHS

Arteriální hypertenze III. st.

Striktura uretry

**Stav při přijetí na Int. odd.:**

- nekomunikuje, nereaguje, bez ikteru a cyanózy

*Hlava:* bulby stočeny do leva, hlava stočena do leva

*Krk:* šije volná, karotidy tepou symetricky, náplň žil v normě, štítná žláza nezvětšená

*Hrudník:* poklep sonorní, dýchání sklípkovité, AS pravidelná, klidná, 2 ozvy

*Břicho:* poklep dif. bubínkový, palpačně měkké, prohmatané, nebolestivé, bez rezistence

*DK:* otok DK nejvíc vlevo do 1/3 lýtky

### 5.3.2 Vyšetření

**FW:** 14/29

**KO:** Leuko 6.3...10.9, Ery 4.71...4.36, Hb 161...144g/l, Trom 154...126,

Het 0,46...0,39

**APTT:** 90.47 s

**Quick:** INR: 4.31, 5.05, 1.13, 2.14

**Biochemie séra:** Na, K, CL v normě, urea 7,4 mmol/l, kreat. 81 umol/l, kys. močová 583 umol/l, bili 13,4 umol/l, ALT 0,39 ukat/l, AST ukat/l, cholesterol 2,40 mmol/l, glykemie 5,20 mmol/l

**Štítná žláza:** TSH: 0.934 mIU/l free T4: 20.4 pmol/l

**Moč + sed.:** pH kys., ery 8-12, leuko 8-10, epitelie kulaté

**RTG S+P:** Dilatace srdečního stínu s městnáním v MO.

**CT mozku:** Provedeny nativní skeny po 3 a 5mm, vyš. s pohybovými artefakty. Nález je stacionární, bez známek krvácení. Difuzní mozková atrofie, asymetrická dilatace komorového systému s retrakcí zadního rohu pravé postranní komory posmalatickou pseudocystou

**Sono břicha:** Stp. CHE., lehce rozšířené intrahepatické žlučovody a hepatocholedochus (je do 8 mm), mapovitá struktura jater

**Sono tepen DK:** Lymfedém v oblasti stehen

**EKG:** stimulovaný rytmus 72/min

**Endoskopie HČTT + založení PEG:** Endoskopický obraz bulbitidy. Založena PEG metodou pull v obl. těla žaludku

## 5.4 Fyzikální vyšetření sestrou z ADP

**Celkový vzhled:** klient je upraven, odpovídající věku, plně imobilní na polohovacím lůžku

**Úprava a hygiena:** s pomocí sestry a rodiny 1x denně, během dne dílčí hygiena při výměně hygienických pomůcek

Puls: 70/min

Krevní tlak: při přijetí 125/70  
aktuální 100/60

Dýchání: 18/min pravidelné

Tělesná teplota: při přijetí - 36,6 °C  
aktuální - 36,2 °C

Kůže: barva fyziologická, bez cyanózy

Výška: 185 cm

Hmotnost: 93 kg

BMI: 27,2

Chůze: imobilní stav

Riziko pádu: ANO

Riziko vzniku dekubitů (dle Nortonové): 14 bodů

## 5.5 Závěr při příjmu do ADP

- Klient spolupracuje, při vědomí, orientován, bez cyanózy, hydratace nedostatečná, plně závislý na cizí pomoci
- Klient nemá žádná plánovaná vyšetření.
- Klient přijat do péče ADP s diagnózou:
  - CMP s levostrannou spastickou hemiparézou
  - ICHS
  - Arteriální hypertenze III. st.
  - Striktura uretry

## **5.6 Vývoj zdravotního stavu a ošetrovatelské péče v průběhu spolupráce s ADP**

**Leden 2005** – Klient přijat do péče, do této doby pečovala o klienta jen rodina, především manželka, se kterou sdílí společnou domácnost za pomoci pečovatelky. Za pomoci asistence, byl nemocný schopen pohybu na pojízdném vozíku. Sestra z ADP doporučila polohovací lůžko, které následně rodina obstarala. Manželka zajistila i zvedací zařízení. ADP zajistila kontrolu zdravotního stavu, fyziologických funkcí, odběry INR (medikace Warfarinem) a pitného režimu. Zahájila rehabilitační rozcvičování horních a dolních končetin, posazování na lůžko, polohování pro prevenci dekubitů a procvičování řeči.

**Květen 2006** – Domácí péče ukončena z důvodu hospitalizace pro zhoršení zdravotního stavu nemocného.

**Období května 2006 do února 2009** - Klient byl hospitalizován na Interním oddělení Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského. Dále pak byl hospitalizován v LDN a rehabilitačním centru. Zdravotní stav se zlepšil a klient byl propuštěn do domácí péče dne 1. 9. 2008. Rodina s pomocí pečovatelky zajistili klientovi všechny bio – psycho- sociální potřeby. Agentura se podílela jen na odběru biologického materiálu – krve na INR z důvodu podání Warfarinu.

**Únor 2009** – 23. 2. 09 klient hospitalizován na interním oddělení Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, z důvodu výrazného zhoršení stavu vědomí. Klient nekomunikoval, trvaly křeče a občasné záškuby. Křeče do levé horní končetiny trvaly asi týden. Potíže s polykáním, neschopen příjmu per os. Z tohoto důvodu dne 26. 2. 09 byl zaveden PEG.

Byl zaveden PMK pro strikturu uretry.

**Březen 2009** – Zdravotní stav klienta se zlepšoval. Nebyla již nutná hospitalizace v nemocničním zařízení, a proto byla zahájena domácí zdravotní péče agenturou dne 18. 3. 09. PEG zůstal zaveden pro případ potíží s příjmem potravy a tekutin. Zavedením PEG a PMK byla pečovatelce ztížená manipulace s klientem, proto sestry z ADP zahájily i hygienickou péči.

**Červen 2010** - Dne 11. 5. 2010 mělo dojít k odstranění PEG. Ten odstraněn nebyl, z důvodu srůstu ke tkáni sliznice žaludku. Operativně tento problém nebyl možný řešit. Vzhledem k zdravotnímu stavu klienta nebylo možné uvedení do narkózy. PEG byl ucpaný, okolí začervenale a přítomnost zápachajícího sekretu. PEG byl ošetřován obkladem Rivanolu 15 minut, dezinfekce Peroxidem, okolí potřeno krémem Leniens a sterilní krytí. Každý den se PEG jemně povytáhl a zafixoval.

PMK moč odváděl.

Vyskytl se problém ve vyprazdňování stolice, i přes použití laxativ a lehké masáže břišních svalů, pro obnovení střevní peristaltiky stolice neodcházela, byl tedy proveden klyzma.

**Říjen 2010** – PEG vyhřezlá sliznice, okolí začervenale, silně zápachající sekret, dezinfekce Peroxidem, Inadine, krytí Cosmopor antibakterial a Zetuvit. Dne 14. 10. 10 byl PEG samovolně vypuzen, z defektu po odstranění vymačkán hnis silně zápachající, defekt ošetřován Peroxidem, otření Betadinou, okolí ošetřeno Imazolem, krytí Cosmopor antibakterial a Zetuvit.

PMK odváděl.

**Prosinec 2010** – Vyhřezlá sliznice bez sekretu po PEG se pomalu zatahovala. Defekt ošetřen Betadinou, okolí ošetřeno tenkou vrstvou Imazolem, krytí Cosmopor antibakterial.

Dne 6. 12. 2010 Klient velmi výrazně dušný, cyanotický a neklidný. Manželka informovala, že tento stav trval celou noc. Proto byla zavolána RZP. Klient převezen do nemocnice k vyšetření a následné hospitalizaci.

Dne 9. 12. 2010 byla ADP informována o smrti klienta z důvodu selhání srdce ve spánku.

V době, kdy byl klient přijat do Agentury domácí péče, jsem se nepodílela na ošetřování. Touto dobou jsem v agentuře nepracovala. K této zdravotní péči jsem se dostala díky povinné praxi při studiu ošetřovatelského programu v oboru všeobecné zdravotní sestry na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. v Praze. Forma zdravotní péče tohoto rázu mi byla doposud neznámá, ale zaujala mě natolik, že jsem si v ADP počátkem roku 2009 dojednala brigádu.

. V březnu 2009, pro zhoršení zdravotního stavu klienta, byla zahájena domácí zdravotní péče, na které jsem se aktivně podílela a sledovala průběh vzniklých komplikací následkem CMP.

## **6 Posouzení stavu a potřeb klienta dle Funkčního modelu zdraví (12. 7. 2010)**

Ošetřovatelskou anamnézu jsem zpracovala podle modelu Funkčního zdraví M. Gordonové.

### **6.1 Vnímání zdraví - udržování zdraví**

Nemocný zná svůj zdravotní stav a je si plně vědom všech rizik s ním spojených. Klient je orientován v čase, místě a prostoru. Manželka, se kterou sdílí společnou domácnost, se aktivně podílí na zajištění jeho bio – psycho – sociálních potřeb. Pravidelné návštěvy dcery s vnoučaty blahodárně působí na výkyvy jeho nálad. V době před cévní mozkovou příhodou žil aktivním životem odpovídající jeho věku a zdravotnímu stavu.

### **6.2 Výživa – metabolismus**

Příjem potravy je ztížen, z důvodu ochabnutí obličejového svalstva. Strava proto musí být podávána ve formě kaše anebo po malých soustech. Imobilita nemocného omezuje možnost samostatného příjmu potravy, proto je nutná asistence člena rodiny nebo ošetřujícího personálu. Klient má snahu obsloužit se sám. Pitný režim hlídá manželka nemocného. Sestra při každodenní návštěvě kontroluje dostatečné zavodnění klienta. Počátkem roku 2009 byl nemocnému, z důvodu zhoršení zdravotního stavu v době hospitalizace na interním oddělení, zaveden PEG, který v současné době neplní svou funkci.



### **6.3 Vylučování**

Klient se vyprazdňuje na lůžku do plenkových kalhotek. Trpí inkontinencí moči z důvodu striktury uretry, proto zaveden PMK. Nemocný má problém s občasnou příměsí krve v moči. Vyprazdňování střev je velmi nepravidelné. Trpí častými zácpami, a proto užívá šetrná projímadla. Při dlouhodobějších problémech se zácpou byl prováděn klystýr (=výplach střev).

### **6.4 Aktivita – cvičení**

Klient je ležící, s pomocí druhé osoby je schopen cvičit horními a dolními končetinami. Klient má k dispozici polohovací lůžko s antidekubitní matrací. K prokrvení kůže se používají gumové ježci. Podle nálady klienta se odvíjí spolupráce. Většinou po edukačním rozhovoru pacient začne spolupracovat. Když se však klientovi něco nelíbí, dá to agresivním gestem najevo.

### **6.5 Spánek – odpočinek**

Klient netrpí poruchami spánku. Brzy ráno vstávají s manželkou a přes den klient pospává vždy po nějakém úkonu (např. po jídle, po výkonu sestry, po cvičení či koupeli, atd.). Klient rád relaxuje při čtení novin a knížek anebo koukáním na obrazy visící na zdech v okolí lůžka.

### **6.6 Citlivost (vnímání) - poznání**

Klient je orientován v čase, místě a prostoru. Rád komunikuje, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. Klient vzhledem ke stáří má porušen sluch, proto mu manželka při sledování televize zapojuje sluchátka. Má rád dotykový kontakt, rád se objímá a je hlazen.

## **6.7 Sebepojetí – sebeúcta**

Klient je se svým zdravotním stavem vyrovnán. Má všechny potřebné informace týkající se jeho zdravotního stavu. Klient je velmi spokojen ve svém domácím prostředí, kde se péči o něj plně věnuje manželka. Nemocný trpí pocitem nepotřebnosti.

## **6.8 Role – vztahy**

Klient žije v rodinném domku, kde sdílí společnou domácnost s manželkou. Dříve pracoval jako archeolog, tudíž byl často na cestách. Často ho navštěvovaly kolegyně z dřívější práce a to klienta vždy velmi dobře naladilo. Klient má čtyři vnoučata z toho dvě ho pravidelně navštěvují a to mu uspokojuje bio – psycho – sociální potřeby. Komunikace se členy rodiny a ošetřujícím personálem je z převážné části ovlivněna tím, s jakou náladou se nemocný probudí.

## **6.9 Reprodukce – sexualita**

Klient od cévní mozkové příhody sexuálním životem nežije. Dříve žádné problémy neměl. Více se k těmto otázkám nechce vyjadřovat.

## **6.10 Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance**

Stresem klient netrpí. Jednou ze zátěžových situací pro něj je transport do nemocnice. Postupem času ho začalo vše zatěžovat a zmáhat. Špatné psychické naladění a zhoršení zdravotního stavu se projevuje u nemocného zvýšenou agresivitou, nepřiměřeností reakcí až vulgarismem.

## **6.11 Víra - životní hodnoty**

Klient je ateista. Na prvním místě v žebříčku svých životních hodnot měl rodinu a práci, která ho nejen uspokojovala, ale také zajišťovala dostatek financí ke spokojenému životu.

## **6.12 Jiné**

Od klienta jsem se nedozvěděla žádná jiná podstatná sdělení, která by mohla mít vliv na průběh jeho zdravotního a psychického stavu.

## **7 Ošetrovatelská péče**

### **7.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz od 12. 7. – 18. 7. 2010**

Ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila na základě rozhovoru s klientem dle jejich priorit. Jsou zde formulované ošetrovatelské diagnózy pomocí didaktické pomůcky – Kapesního průvodce zdravotní sestry (2. Česká verze názvů ošetrovatelských diagnóz NANDA taxonomie k roku 1999 – publikováno v Kapesním průvodci zdravotní sestry, 2001).

#### **Aktuální diagnózy:**

1. Komunikace verbální porušená z důvodu následků CMP, projevující se špatnou řečí.
2. Bezmocnost z důvodu upoutání na lůžku a úplné závislosti na cizí pomoci, projevující se občasnou nespoluprací.
3. Péče o sebe sama nedostatečná z důvodu levostranné hemiparézy po CMP a následného imobilizačního syndromu, projevující se částečnou neschopností najít se, neschopností umýt se, provádět osobní hygienu, obléci a upravit se a pečovat o vyprazdňování.
4. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), projevující se zarudnutím a podrážděním okolo vstupu zavedení.

#### **Potencionální diagnózy:**

5. Infekce, riziko vzniku - zvýšené riziko z důvodu zavedení permanentního močového katétru (PMK).

## 7.2 Plán ošetrovatelské péče

### 1. Ošetrovatelská diagnóza

Komunikace verbální porušena z důvodu následků cévní mozkové příhody, projevující se špatnou řečí a artikulací.

**CD** – k/p je schopen komunikace na srozumitelné úrovni (6 měsíců)

**CK** – k/p dokáže vyjádřit své potřeby non-verbálně (týden)

**VK** – k/p naváže primární kontakt s ošetrujícím personálem (2 dny)

- k/p a ošetrující personál získají mezi sebou vzájemnou důvěru (2 - 3 dny)
- k/p a ošetrující personál naváží vzájemnou spolupráci (2 dny)

### Intervence:

- Zhodnoťte stupeň postižení řeči (1x měsíčně, sestra z ADP)
- Posuďte duševní stav, psychickou odpověď na poruchu komunikace a ochotu nalézt alternativní komunikační prostředky (1x denně, sestra z ADP)
- Zjistěte schopnost číst a psát. Posuďte stav muskuloskeletálního systému včetně schopnosti udržet tužku a psát (1x měsíčně, sestra z ADP)
- Spolupracujte při vyšetření sluchu a zraku, popř. získáním potřebných pomůcek usnadňujících komunikaci. Naučte klienta pomůcky správně používat (1x za půl roku, lékař, sestra z ADP)
- Vytvořte vztah s klientem, pečlivě mu naslouchejte a pozorně sledujte verbální i neverbální vyjádření (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Ved'te jednoduchou komunikaci s využíváním všech cest, jak získat informace: zraku, sluchu (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Jednejte s nemocným klidně a vlídně. Vždy mu dejte dostatek času na odpověď (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Nepodceňujte význam neverbální komunikace (1x denně, sestra z ADP, rodina)

- Až do obnovení efektivní komunikace předvídejte potřeby nemocného (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Podle typu postižení využijte alternativní metody komunikace (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Znovu souhrnně informujte pacientovy blízké o stavu, zejména jeho prognóze a léčbě. Zdůrazněte, že ztráta řeči neznamená ztrátu inteligence (1x měsíčně, lékař)
- Prodiskutujte individuální metody, jak si počínat při zhoršení (1x měsíčně, sestra z ADP)
- Přibližte pacientovi/jeho blízkým terapeutickou komunikaci aktivního naslouchání a sdělování v první osobě. Cílem je zlepšit všeobecné komunikační dovednosti (1x měsíčně, sestra z ADP)
- Pacientovu rodinu a blízké osoby co nejvíce zapojte do ošetrovatelského plánu. Povzbudte je k účasti a aktivnímu přístupu (1x denně, sestra z ADP)
- Doporučte vhodné zdroje (např. řečové terapie, atd.)(průběžně, lékař a sestra z ADP)

#### **Realizace** od 12. 7. – 18. 7. 2010

*Sestra z ADP (primární sestra), rodinní příslušníci – každodenně*

- zjištění duševního a zdravotního stavu
- vytvoření vztahu s klientem
- procvičování řeči
- pozorování neverbální komunikace
- zapojení rodiny do ošetrovatelského plánu

#### **Hodnocení** 18. 7. 2010

EFEKT: *Úplný*

- klient navázal kontakt a důvěru s primární sestrou, non-verbálně dokáže upozornit na momentální potřebu a verbálně se snaží komunikovat

## 2. Ošetrovatelská diagnóza

Bezmocnost z důvodu upoutání na lůžku a úplné závislosti na cizí pomoci, projevující se občasnou nespoluprací a agresivitou.

**CD** – k/p je zbaven pocitu bezmocnosti (2 - 3 měsíce)

**CK** – k/p je naladěný k produktivnímu a pozitivnímu myšlení (měsíc)

**VK** – k/p má vůli a chuť spolupracovat (měsíc)

- k/p zmírnil projevy agrese ve svém chování (týden)
- k/p schopen přijetí pomoci od ošetrovatelského personálu (2 dny)

### Intervence:

- Seznamte se s okolnostmi situace (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Zjistěte, jak nemocný vnímá situaci a léčebný plán a na kolik rozumí svému stavu (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Posuďte, jaké úspěšnosti/erudice klient v životě dosáhl (jednorázově, sestra z ADP)
- Posuďte, stupeň bezmocnosti (1x měsíčně, sestra z ADP)
- Povšimněte si chování, kterým klient odpovídá (1x denně, rodina a sestra z ADP)
- Všimněte si vážnoucí komunikace, nevýrazných afektů a nedostatku kontaktu očima (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Dejte najevo starostlivost o klienta jako osobu (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Dodávejte klientovi naději (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Respektujte rozhodnutí a přání klienta. Nekritizujte ho a nechovejte se k němu jako rodič k dítěti (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Dle možnosti zapojte do péče o klienta i jeho blízké (1x denně, sestra z ADP)
- Ved'te klienta k produktivnímu a pozitivnímu myšlení (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Dle indikace doporučte poradenství/ terapii (jednorázově, sestra z ADP)

**Realizace** od 12. 7. – 18. 7. 2010

*Sestra z ADP (primární sestra), rodinní příslušníci - každodenně*

- komunikace s klientem o jeho problémech
- povzbuzení ke spolupráci
- klidný a vlídný přístup k nemocnému
- doporučení poradenství/terapie
- pohybová reedukace na lůžku

**Hodnocení** 18. 7. 2010

EFEKT: *částečný*

- Klient v nejvyšším možném rozsahu komunikace nastínil své problémy, neprojevoval žádné náznaky agrese, plně spolupracoval



### 3. Ošetrovatelská diagnóza

Péče o sebe sama nedostatečná z důvodu levostranné hemiparézy po cévní mozkové příhodě a následného imobilizačního syndromu projevující se částečnou neschopností najít se, neschopností umýt se, provádět osobní hygienu, obléci a upravit se a pečovat o vyprazdňování.

**CD** – k/p dokáže částečně uspokojit své základní potřeby (6 měsíců)

**CK** – k/p si osvojí základní návyky (3 měsíce)

**VK** – k/p zvládne ovládat automatické lůžko (týden)

- k/p dokáže upozornit na své vylučovací potřeby (týden)

- k/p je schopen uchopit skleničku s vodou (týden)

#### **Intervence:**

- Určete jeho silné stránky a dovednosti (1x týdně, sestra z ADP, rodina)
- Zjistěte stupeň závislosti klienta na druhé osobě (1x měsíčně, sestra z ADP)
- Zjistěte jeho schopnost a možnosti adaptovat se na současný stav (1x týdně, sestra z ADP)
- Zapojte klienta každý den do sebezpečí (při koupání, příjmu potravy, atd.)(1x denně, sestra z ADP)
- Zajistěte vhodný výběr inkontinentních pomůcek
- Vypracujte ošetrovatelský plán podle individuální situace, upravte rozvrh tak, aby se přiblížil běžnému režimu pacienta (1x měsíčně, sestra z ADP, rodina) (viz. příloha č. 1)
- Polohujte klienta na lůžku (po celý den, sestra z ADP, rodina)
- Naučte klienta s automatickým ovládním polohovacího lůžka (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Podávejte nemocnému farmaka dle ordinace lékaře (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Vyhradte si čas na vyslechnutí pacienta/jeho blízkých, aby bylo možno včas zajistit případné překážky účasti v režimu (1x týdně, sestra z ADP)

- Provádějte s klientem cviky posilující svalstvo končetin (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Umožněte komunikaci mezi osobami ošetřujícími pacienta. Zlepší se tak koordinace a kontinuita péče (1x týdně, sestra z ADP, rodina)
- Udělejte si čas na hovor o pocitech vyvolaných situací (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Dle režimu dne provádějte aktivity (1x denně, sestra z ADP, rodina)(viz. příloha č.1)
- Sledujte tělesnou hmotnost (1x měsíčně, sestra z ADP)

### **Realizace** od 12. 7. – 18. 7. 2010

*Sestra z ADP (primární sestra), rodinní příslušníci – každodenně*

- cvičení s klientem na lůžku
- cvičení posilující svalstvo
- klient zapojen do sebek péče při obsluze
- zajištění vhodných inkontinentních pomůcek
- zajištěna úlevová poloha
- podání farmak dle ordinace lékaře
- sledování tělesné hmotnosti
- ostatní aktivity dle denního harmonogramu (viz. příloha č.1)
- učení s manipulací ovladače k polohovacímu lůžku
- kontrola příjmu tekuti, potravy

### **Hodnocení** 18. 7. 2010

*EFEKT: Částečný*

- Klient je plně nesoběstačný, ale v nejvyšší možné míře spolupracuje, zvládá příjem tekutin a potravy s minimální pomocí, snaha manipulovat s ovladačem k polohovacímu lůžku.

#### **4. Ošetrovatelská diagnóza**

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG), projevující se zarudnutím a podrážděním okolo vstupu zavedení.

**CD** – k/p má zacelen defekt po zavedení perkutánní endoskopické gastrostomii  
(6 měsíců)

**CK** – k/p je zbaven perkutánní endoskopické gastrostomie (4 měsíce)

**VK** – k/p nemá příznaky infekce v okolí perkutánní endoskopické gastrostomii  
(2 týdny)

- k/p je seznámen o způsobu ošetření okolí perkutánní endoskopické gastrostomii  
(1 – 2 dny)

- k/p spolu se sestrou spolupracuje na aseptickém postupu (1 – 2 dny)

#### **Intervence:**

- Informujte klienta o důležitosti správných hygienických návyků (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Zajistěte spolupráci klienta při ošetření PEG (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Proveďte pevnou fixaci napnutého PEG (k pomoci postupného vytahování)  
(1x denně, sestra z ADP)
- Sledujte životní funkce a laboratorní výsledky (1x týdně, sestra z ADP)
- Informujte klienta o důležitosti adekvátního příjmu tekutin, racionální výživy a vitamínů (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Zajistěte adekvátní péči o kůži, především okolí zavedení PEG kladte důraz na dodržení aseptických zásad ošetření (1x denně, sestra z ADP)
- Zajistěte průchodnost PEG propláchnutím tekutinou pokojové teploty (např. čaj, neperlivá voda)(1x týdně, sestra z ADP)

**Realizace** od 12. 7. do 18. 7. 2010

*Sestra z ADP (primární sestra), rodinní příslušníci – každodenně*

- informování klienta a rodiny o správných hygienických návycích
- sledování fyziologických funkcí a odběru INR
- informování klienta o adekvátním příjmu potravy a tekutin
- zajištění spolupráce klienta při ošetření PEG
- zajištění ošetrovatelské péče o PEG
- provedení pevné fixace napnutého PEG
- zajištění adekvátní péče o kůži a především okolí zavedení PEG
- dodržení aseptického postupu při ošetřování PEG
- zajištění průchodnosti PEG

**Hodnocení** 18. 7. 2010

EFEKT: *Částečný*

- klient je seznámen s postupem ošetření okolí PEG a spolu se podílí na jeho aseptickém postupu (nesahá si do okolí PEG), okolí PEG je bez známek infekce, PEG se postupně povytahuje z těla klienta

## 5. Ošetrovatelská diagnóza

Infekce, riziko vzniku – zvýšené riziko z důvodu zavedení permanentního močového katétru (PMK).

**CD** – k/p nemá příznaky infekce (po dobu zavedení PMK)

**CK** – k/p seznámen s aseptickým postupem při ošetření permanentního močového katétru (1 – 2 dny)

### Intervence:

- Kontroluj klienta a rodinu o denním příjmu tekutin (1x denně, sestra z ADP)
- Informujte klienta o důležitosti správných hygienických návyků (1x denně, sestra z ADP, rodina)
- Sledujte životní funkce a laboratorní výsledky (1x týdně, sestra z ADP)
- Ošetřujte PMK s dodržением aseptického postupu (1x denně, sestra z ADP)
- Seznamte klienta o postupu ošetrovatelské péče (1x týdně, sestra z ADP)
- Seznámení klienta s 1x měsíční výměnou PMK lékařem

**Realizace** od 12. 7. do 18. 7. 2010

*Sestra z ADP (primární sestra), rodinní příslušníci – každodenně*

- kontrola klienta a rodiny o denním příjmu tekutin
- informování klienta o důležitosti správných hygienických návyků
- sledování fyziologických funkcí
- dodržení aseptického ošetření PMK
- seznámení klienta s 1x měsíční návštěvou lékaře pro výměnu PMK

*Lékař 1x měsíčně – výměna PMK*

**Hodnocení** 18. 7. 2010

EFEKT: *Úplný*

- Klient byl seznámen s aseptickým postupem při ošetření permanentního močového katétru a důležitosti výměny PMK
- nebyly zjištěny známky projevující se infekce

## 8 Edukace klienta

Pojem edukace pochází z latiny a znamená vyučovat, vzdělávat. Je významným z hlediska mezinárodní komunikace. Sestra by měla poskytovat svým pacientům informace o jejich zdravotním stavu, léčbě, možných komplikacích a potřebných krocích k jejich prevenci. Kvalita i množství informací by mělo být přímo úměrné zkušenostem, profesionalitě a času, kterým sestra disponuje. Pacient má nejen právo, ale dnes i potřebu vědět, jak pečovat o své zdraví a minimalizovat příčiny, které zhoršují jeho zdravotní stav. Mnozí z pacientů často aktivně vyhledávají pro ně důležité informace.

Pokud chceme, aby edukace byla efektivní, je důležité:

- vytvořit volný prostor pro vzájemnou komunikaci a tvořivost
- zohlednit aktuální potřeby edukovaného
- vést k samostatnosti a podporovat jejich vlastní aktivitu
- motivovat

Edukační proces v domácí ošetrovatelské péči je výhradně individuální. Role zdravotnického pracovníka jako edukátora vyžaduje erudovanou orientaci v dané problematice a dobré komunikační vlastnosti. K plánování a přípravě edukace může sestra využít podobných kroků, jako při plánování ošetrovatelského procesu.

- vyhodnocení stavu – potřeb, možností, znalostí a dovedností pacienta jeho připravenost k výuce
- znalost odpovědí na otázky: Co očekávám od výuky? Co očekává pacient?
- stanovení cíle, kterého potřebuje pacient dosáhnout – cíl není jen předání informací, ale zmocnění pacienta k volbě správného rozhodnutí
- určení strategie, definování úkolů a rozsahu edukace
- naplánování obsahu edukace a vytvoření harmonogramu
- iniciování plánované strategie – vyzkoušení pacientovy připravenosti na edukaci, využití různých výukových metod a pomůcek s ohledem na kulturní pozadí pacienta

- vyhodnocení, přesvědčíme se o stupni získaných dovedností a porovnáme je s očekávanými cíly

Cíl by měl být shodný s očekáváním sestry i pacienta. Sestra by dále měla pracovat s poskytnutými informacemi i při následném kontaktu a komunikaci. Cílené dotazy by pak měly směřovat k tomu, zda byla problematika pacientem pochopena a jak se mu daří uplatňovat získané informace v praktickém životě.

Edukační proces je vhodné dokumentovat. Dokumentace zaručuje kontinuitu a informuje ostatní členy týmu a umožňuje sestře osvojit si lépe výukový proces (GEISLEROVÁ, 2008).

## **8.1 Edukační list – téma: Jak je polohování a rehabilitace důležitá**

Edukovaný je: klient a rodina

Iniciály: A.K.

Oddělení: Agentura zdravotní domácí péče

Edukátor: sestra z ADP

Lékařské diagnózy: CMP s levostrannou parézou aj.

Vztah k zařízení: klient – zdravotní, rehabilitační a sociální péče

Používání pomůcek: polohovací pojízdné lůžko a rehabilitační pomůcky

Edukace zaměřena na: opakované a průběžné vzdělávání o způsobu cvičení

Forma edukace: verbálně, instrukce, ukázky cviků

Edukační potřeba v oblasti: č. 4. Aktivita, cvičení

Existující komunikační bariéra: dysfázie – porucha tvorby řeči, klient spolupracuje dle nálady

## **8.2 Edukační plán**

Plánované téma edukace: **Jak je polohování a rehabilitace důležitá**

Zdroj informací: brožury zaměřené na rehabilitaci po iktu, letáčky, literatura

## **8.3 Cíl edukačního plánu**

Cílem edukace jak je polohování a rehabilitace důležité je v co nejvyšším možném rozsahu informovat klienta a rodinu o správných technikách a způsobech cvičení a jak rehabilitační proces blahodárně působí na psychiku klienta a rodiny. Poskytnutím těchto rad budou následně vybrány nejvhodnější polohovací a rehabilitační pomůcky. Bude kladen i důraz na správné polohování klienta, což je v tomto stavu nezbytně nutné.

## **8.4 Význam**

Významem edukačního plánu je zlepšení kondice klienta. Klient a rodina budou znát význam, proč je nutná rehabilitace pro zlepšení jak fyzického tak duševního zdraví. Klient bude dodržovat zásady správného cvičení a bude používat vhodné polohovací a rehabilitační pomůcky.

## **8.5 Technika**

- poučení o důležitosti polohování
- poučení o důležitosti rehabilitace
- informace o správných cvičebních technikách
- informace o výběru vhodných pomůcek
- zdůraznit nutnost pravidelné rehabilitace



## **8.6 Postup při zaškolování klienta**

- seznámení klienta a rodiny s významem a nutností polohování a rehabilitace
- snažit se získat klienta pro spolupráci a získat si důvěru
- vysvětlit důležitost pravidelného polohování a rehabilitace
- správný výběr polohovacích a rehabilitačních pomůcek
- vysvětlit správné techniky rehabilitačních a cvičebních technik
- ověřit si pochopení edukace klientem a rodinou
- sestavit spolu s klientem a rodinou denní harmonogram

## **8.7 Kontrolní otázky pro klienta a rodinu**

1. Proč je pro Vás důležité polohování a rehabilitace?
2. Podle čeho budete vybírat polohovací a rehabilitační pomůcky?
3. Jaké znáte cvičební techniky?

## **8.8 Hodnocení**

Klient a rodina pochopili důležitost problematiky.

## **9 Zhodnocení ošetrovatelské péče**

Ošetrovatelská péče byla klientovi poskytnuta pomocí metody ošetrovatelského procesu dle modelu M. Gordonové. Poskytnuta ošetrovatelská péče byla odpovídající stavu klienta. Onemocnění klienta je dlouhodobé. Stav se v průběhu péče zlepšoval, ale i v určitých periodách zhoršoval (viz. kapitola 5.6). Díky pochopení a vzorné spolupráce manželky, měl klient během celého dne uspokojované všechny své potřeby. Podle stanovených ošetrovatelských diagnóz jsem se snažila uspokojit potřeby nemocného a získat důvěru, která byla úspěšně navázána.

### **9.1 Prognóza**

12. – 18. 7. 10

Klient již nemá naději na mobilizaci svalstva takovou měrou, aby se mohl posazovat a vstávat z lůžka. Je však reálné udržet soběstačnost při přijímání tekutin a potravy včetně komunikace. S polohováním a hygienou však bude nadále potřebovat asistenci a případné pomůcky.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo sestavení ošetrovatelského procesu podle Funkčního modelu M. Gordonové u klienta postiženého cévní mozkovou příhodou. Ošetrovatelský proces se odehrál ve vlastním sociálním prostředí klienta za pomoci Agentury domácí péče, která zajišťovala odbornou zdravotní péči.

V průběhu ošetrování nemocného byl kladen důraz na zajištění bio – psycho-sociálních potřeb. Nedílnou součástí ošetrovatelského procesu byla edukace klienta a rodiny o důležitosti polohování a rehabilitace, což bylo vzhledem k zdravotnímu stavu nemocného velmi podstatné. Tímto se zamezilo možnému vzniku komplikací, např. dekubity, ochabnutí musculosceletálního systému apod. Plán ošetrovatelské péče vztahující se k období od 12. 7. - 18. 7. 2010, byl navržen podle Kapesního průvodce zdravotní sestry a následně splněn dle intervencí.

Manželka klienta velmi aktivně spolupracovala se sestrou, upozorňovala na změny chování i potřeb v čase, kdy sestra nebyla přítomna u klienta. Zdravotní stav klienta byl komplikovaný, přesto působení na nemocného a manželku bylo pozitivní.

V prvním začátku péče ADP sestra doporučila polohovací lůžko a manželka ihned zajistila, pořídila i zvedací zařízení na přemísťování klienta do pojízdného křesla, což se velice projevilo i na další spolupráci. Byla navázána maximální oboustranná důvěra.

Edukace klienta a rodiny byla úspěšná. Klient a rodina pochopili důležitost polohování a rehabilitace. Důležitým faktorem v průběhu rehabilitace bylo psychické rozpoložení klienta, od čehož se vyvíjela spolupráce ze strany nemocného.

Bakalářská práce je věnována studentům oboru ošetrovatelství a zaměstnancům domácích zdravotnických agentur. Cévní mozkové onemocnění je velmi časté, a proto si myslím, že by tato studie mohla být nápomocná jako zdroj informací v průběhu ošetrování.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BERLIT, Petr. 2006. *Memorix neurologie*. Z něm. orig. přel. Dagmar Kolínská. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1915-3.
2. ČERVÍNKOVÁ, Eliška. a kol. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno : NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-443-7
3. Česko. 2010. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 321/2008 Sb. ze dne 17. Prosince 2009, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2010, částka 1, s. 11. Dostupný také z WWW: <[http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/vyhlaska\\_4\\_2010.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/vyhlaska_4_2010.pdf)>. ISSN 1211-1244
4. DOENGES, E., Marilyn; MOORHOUSE, F., Mary. 2000. *Kapesní průvodce zdravotní sestry. Druhé přepracované a rozšířené vydání*. Z angl. 7. vydání. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
5. EDWARDS, S.; RICHARDS, A. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0932-5
6. FEIGIN, Valery. 2004. *Cévní mozková příhoda : Prevence a léčba mozkového iktu*. Z angl. Orig. přel. Blanka Kalvachová; Stanislav Matoušek. Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7
7. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Třetí přepracované a doplněné vydání*. 2005. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1296-2
8. GEISLEROVÁ, L. 2008. *Ošetrovatelská péče u pacienta s diabetem mellitus v domácí péči*. Praha, 2008. 94 s. Bakalářská práce. (Bc.). Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze
9. HALOVÁ, Miroslava. 2007. *Nemocný v domácí péči I*. Javorník : Miroslava Halová – MAJ.ZJ, 2007. ISBN 80-239-7316-9
10. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. 2002. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-365-1
11. KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v interní péči*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9

12. KELLER, Ulrich; MEIER, Rémy; BERTOLI, Sibylle. 1992. *Klinická výživa*. Z něm. orig. přel. Zdeňka Slabochová. Praha : Scientia medica, 1993. ISBN 80-85526-08-5
13. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo I,II*. Martin: Osvěta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
14. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
15. LUKÁŠ, K. a kol. 2005. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1283-0
16. MAŘATKA, Zdeněk. 1988. *Klinická gastroenterologie*. Praha : Avicemum, 1988.
17. MISCONIOVÁ, Blanka. 2006. *Domácí péče. Otázky a odpovědi*. Praha : Národní centrum domácí péče České republiky. 2006. ISBN – neuvedeno. Dostupné na WWW: <[http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-)
18. MISCONIOVÁ, Blanka. 1998. *Management Komplexní domácí péče*. Praha : Asociace domácí péče České republiky, 1998.
19. NĚMCOVÁ, Jitka; NAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0
20. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. z sk. org. přel. Hana Horová. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3
21. SEIDL, Zdeněk; OBENBERGER, Jiří. 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
22. TYRLÍKOVÁ, I. a kol. 1999. *Neurologie pro sestry*. Brno : IDV PZ BRNO, 1999. ISBN 80-7013-287-6
23. VENGLAŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8
24. WABERŽINEK, G.;KRAJČÍKOVÁ, D. a kol. 2006. *Základy speciální neurologie*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1020-5
25. ŽEŽULKOVÁ, Jaroslava; MATOUŠEK, David. 2008. PEG – perkutánní endoskopická gastroscopie. *Sestra* [online]. Březen 2008, roč. 18, č. 3 [cit. 2011-03-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=353949>>. ISSN 1210-0404.

# SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA č. 1 – Tab. 1 Denní harmonogram klienta

PŘÍLOHA č. 2 – Tab. 2 Body Mass Index (BMI)

PŘÍLOHA č. 3 – Tab. 3 Fyziologické faktory, které mohou ovlivnit stav výživy  
starého člověka

PŘÍLOHA č. 4 – Tab. 4 Režim nízkotučné a nízkocholesterolové diety

PŘÍLOHA č. 5 – Obr. 1 Grafické znázornění modelu M. Gordon

PŘÍLOHA č. 6 – Obr. 2 Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG)

PŘÍLOHA č. 7 – Tab. 5 Osobní riziko iktu

PŘÍLOHA č. 8 – Tab. 6 Stupnice k posuzování samostatnosti po mozkovém infarktu  
- index Barthelové

PŘÍLOHA č. 9 – Tab. 7 Klasifikace iktu podle NIH

PŘÍLOHA č. 10 – Rehabilitace hybné poruchy, využití rehabilitačních metod

PŘÍLOHA č. 11 – Tab. 8 Přehled městských klubů, Sdružení pro rehabilitaci osob  
po CMP

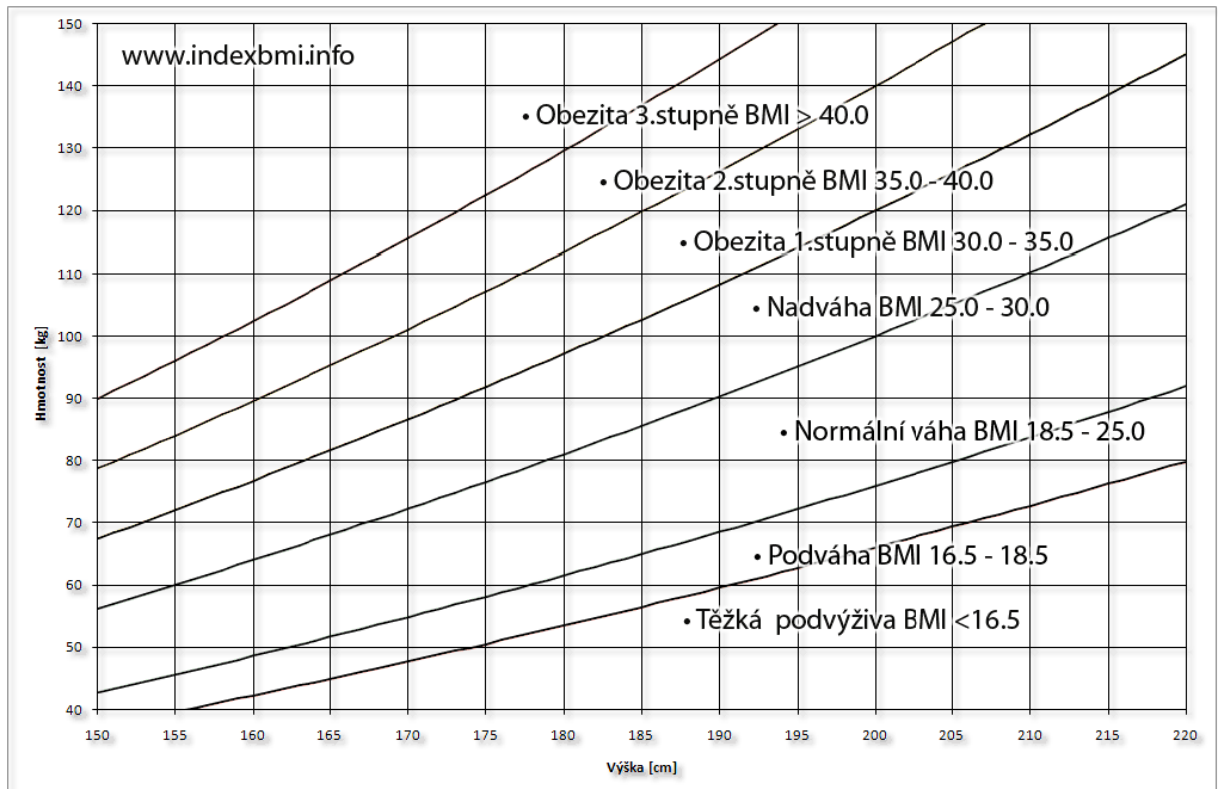
PŘÍLOHA č. 1 – Tab. 1 Denní harmonogram klienta

Zdroj: autor

ČAS	PROGRAM
7:00 – 8:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vstávání</li> <li>- snídaně</li> </ul>
8:00 – 8:45	návštěva sestry z ADP: - změření FF <ul style="list-style-type: none"> <li>- hygiena, ošetření kůže</li> <li>- ošetření PEG</li> <li>- kontrola PMK</li> <li>- lokální ošetření – prokrvení svalů DK a zad</li> <li>- podání tekutin</li> <li>- rehabilitace, cvičení</li> <li>- polohování</li> </ul>
8:45 – 9:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- čtení novin</li> </ul>
9:30 – 10:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- svačina</li> </ul>
10:30 – 12:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odpočinek</li> </ul>
12:00 – 12:45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oběd</li> <li>- polohování</li> </ul>
12:45 – 15:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odpočinek- spánek</li> <li>- cvičení</li> </ul>
15:00 – 15:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- svačina</li> <li>- polohování</li> </ul>
15:30 – 17:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sledování TV</li> <li>- prokrvení DK a zad</li> <li>- polohování</li> <li>- cvičení</li> </ul>
17:45 – 18:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- večeře</li> </ul>
18:30 – 19:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hygiena</li> <li>- prokrvení DK a zad</li> </ul>
19:00 – 21:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sledování TV</li> <li>- polohování</li> </ul>
21:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- spánek</li> </ul>

PŘÍLOHA č. 2 – Tab. 2 Body Mass Index (BMI)

Zdroj: <http://www.indexbmi.info/cs/>



**BMI Index** – index tělesné hmotnosti. BMI je číslo používané jako měřítko obezity. Výsledek BMI nelze brát jako absolutní ukazatel, spíše jen jako přibližné vodítko.



PŘÍLOHA č. 3 – Tab. 3 Fyziologické faktory, které mohou ovlivnit stav výživy  
starého člověka

Zdroj: (KELLER, 1992)

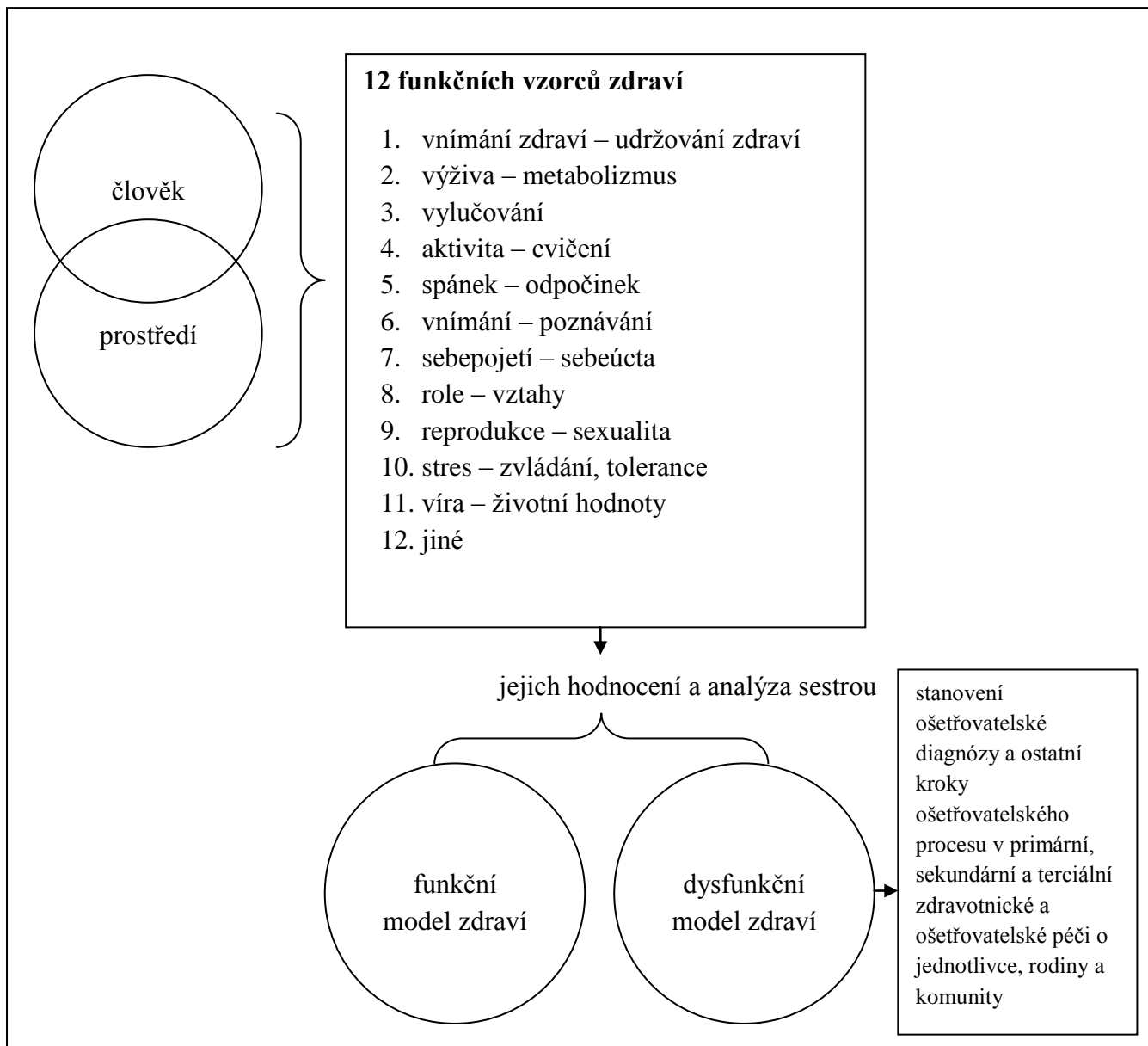
<b>Fyziologická změna</b>	<b>Možné důsledky na stav výživy</b>
pokles základní látkové přeměny, úbytek svalové hmoty, přírůstek tukové tkáně, snížená fyzická aktivita	tendence k obezitě
snížená sekrece slin	suchost úst – omezení příjmu potravy
atrofie chuťových pohárků, pokles chuti, čichové ostrosti, slábnoucí zrak	nezájem o jídlo, snížený příjem potravy → anorexie
choroby dásní, ztráta zubů, špatně padnoucí zubní protézy	jednostranná výživa, preference jídel měkkých, často s vysokou energetickou hodnotou a nedostatkem vlákniny
snížená sekrece žaludeční šťávy (HCl), enzymů tenkého střeva a žluči, redukce klků tenkého střeva	zhoršené trávení a resorpce živin, riziko nedostatku vápníku, železa, zinku, bílkovin, tuků a vitamínů rozpustných v tucích
pokles gastrointestinální peristaltiky	zácpa, hemoroidy
snížená koncentrační schopnost ledvin	dehydratace
pokles tolerance glukózy, a tedy riziko diabetu II. typu	obavy vyvolávající dietní předpisy → pokles příjmu potravy

PŘÍLOHA č. 4 – Tab. 4 Režim nízkotučné a nízkocholesterolové diety

Zdroj: (FEIGIN, 2004)

Potraviny	Kdykoli	Někdy	Vyvarujte se
Ovoce a zelenina	hlavně čerstvé, šťávy, mražené, konzervované, sušené, ovoce a zelenina	avokádo, olivy	kokos, zelenina připravená se sýrem, smetanou či na másle, smažená nebo pečená
Obiloviny (chléb, vločky, těstoviny a pečivo)	chléb, chlebové tyčinky, rohlíky, obiloviny, rýže, žitná mouka, těstoviny, sušenky a crackery se sníženým obsahem tuku	sušenky, muffiny, wafle, toasty, neslaný popcorn, nízkotučné crackery	koblihy, croisanty, sladké pečivo, vaječné těstoviny, nádivky, brambůrky, crackery, dorty, slané tyčinky, koláče, sušenky
Mléčné výrobky	odstředěné nebo nízkotučné mléko, sojové mléko, odtučněné jogurty a sýry, odtučněný či nízkotučný tvaroh	polotučné 2% mléko, polotučný 4% tvaroh, nízkotučné a polotučné sýry, nízkotučný jogurt, mražený jogurt	plnotučné mléko, plnotučné jogurty a sýry, zmrzlina
Maso, vejce a náhražky masa	jakákoli netučná ryba nebo korýš (kromě krevet), drůbež, krocan (bez kůže), vybrané hovězí (svíčková, bok), jehněčí kýta, vepřové (šunka, zadní část svíčkové), nízkotučný lunchmeat, sušené fazole a hrách, čočka, vaječný bílek, tofu, sójové náhražky masa, netučné náhražky masa	krevety, ryby naložené v oleji, rybí prsty, drůbež (s kůží), hovězí (libové), vejce (max. 4 za týden)	smažená ryba a drůbež, vepřové či jehněčí (žebírko, kýty, bůček), vnitřnosti, uzeniny, slanina, lunchmeat, sekaná, arašidové máslo, ořechy
Tuky	olej kukuřičný, slunečnicový, sójový, sezamový, olivový či arašidový; margarín, nízkotučný margarín, nízkotučné salátové dresinky, odtučněná zakysaná smetana	běžné salátové dresinky, majonéza, nízkotučná zakysaná smetana či krémové sýry	kokosový olej, palmový olej, sádlo, máslo, smetana, zakysaná smetana, smetanové sýry, smetanové omáčky

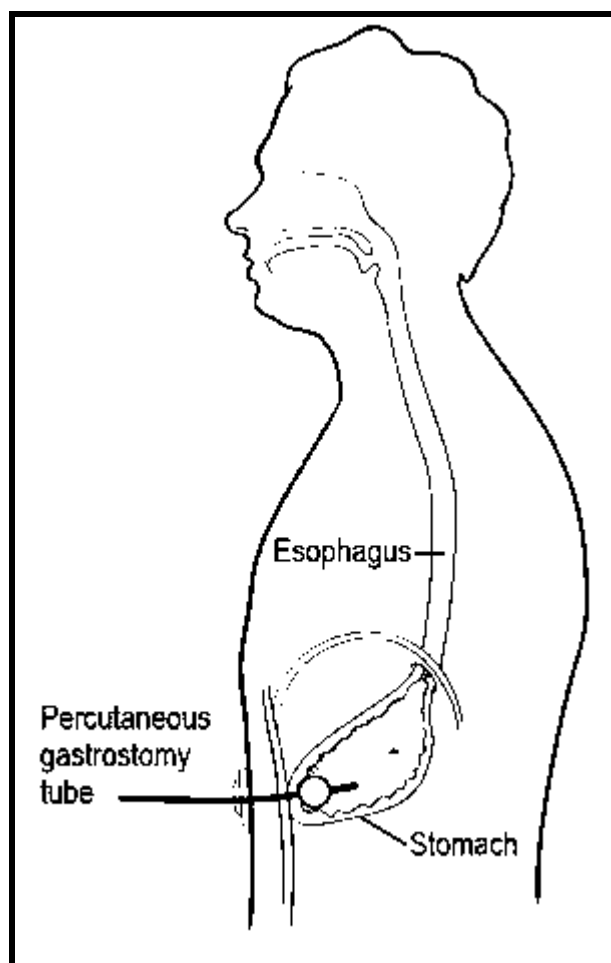
Zdroj: (PAVLÍKOVÁ, 2006)



PŘÍLOHA č. 6 – Obr. 2 Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG)

Zdroj: [http://www.webmm.ahrq.gov/media/cases/images/case184\\_fig02.jpg](http://www.webmm.ahrq.gov/media/cases/images/case184_fig02.jpg)

Staženo: 2011-03-02 v 14:35 h



PŘÍLOHA č. 7 – Tab. 5 Osobní riziko iktu

Zdroj: (FEIGIN, 2004)

Rizikový faktor	Skóre rizika				Aktuální skóre
	0	1	2	3	
věk	0-44	45-64	65-74	nad 75	
kouření	Nikdy nebo přestal před více než 5 lety	Přestal před méně než 5 lety	Kuřák do 20 cigaret denně	Kuřák přes 20 cigaret denně	
Krevní tlak (mm Hg)	Normální < 120/80	Hraniční až mírná hypertenze 120-159/80-94	Střední hypertenze 160-179/95-109	Těžká hypertenze 180+/110+	
cukrovka	Nepřítomna	Nelze posoudit	Rodinná zátěž	Potvrzený diabetes	
Rodinná zátěž iktem	Žádná	Pokrevný příbuzný měl iktus Po 65 letech	Pokrevný příbuzný měl iktus před 65 lety	2 nebo více příbuzných mělo iktus	
Cholesterol	Pod normou (< 5,2 mmol/l nebo < 200 mg/dl)	Průměrný (5,2-6,1 mmol/l nebo 200-239 mg/dl)	Středně zvýšený (6,2 – 7,8 mmol/l nebo 240 – 300 mg/dl)	Silně zvýšený (> 7,8 mmol/l nebo > 300 mg/dl)	
Alkohol (standartní dávky denně)	Žádná přemíra (0-2 muž, 0-1 žena)	Lehké nadužívání (3-4 muž, 2 žena)	Střední abúzus (5 – 6 muž, 3 -4 žena)	Těžký abúzus (> 6 muž, 3 -4 žena)	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Normální (18,5-24,9)	Lehká nadváha (25-26,9)	Střední nadváha (27 – 29,9)	Obézní (> 30)	
Fyzická aktivita	Normální (1 h energické aktivity alespoň 3x týdně)	Lehce snížená (1 h energetické aktivity 1-2x týdně)	Středně snížená (< 1h energetické aktivity 1x týdně)	Minimální (téměř žádná energetická aktivita)	
				Celkové skóre:	

\*Modifikováno se svolením podle Instrukce Nadace mozkových iktů, Nový Zéland (2003)

PŘÍLOHA č. 8 – Tab. 6 Stupnice k posuzování samostatnosti po mozkovém infarktu  
- index Barthelové

Zdroj: (BERLIT, 2006)

(Podle: Barthel D., Mahoney F. /1965/, Functional evaluation, State Med. J. 2, s. 61-64)

Úkon	Vysvětlení	Bez pomoci	S pomocí	Zcela odkázaný na pomoc
Jídlo	Musí být rozkrájeno = 5	10	5	0
Jízda na invalidním vozíku	Minimální asistence = 10 Může nasednout, pomoc při transferu = 5	15	10/5	0
Osobní péče	Mytí obličeje, česání vlasů atp.	5	0	0
Toaleta	Nezávislý při míse do postele = 10	10	5	0
Koupání		5	0	0
Pohyblivost	> 50 m nezávisle/s chodítkem = 15 > 50 m s malou pomocí = 10 < 50 m s pomocí nebo na vozíku = 5	15	10/5	0
Chůze po schodech	Pomoc nebo dozor = 5	10	5	0
Oblékání	S pomocí, z poloviny samostatně = 5	10	5	0
Stolice	Kontinentní s pomocí, někdy inkontinentní = 5	10	5	0
Mikce	Dokáže pomůcky sám nasadit = 10	10	5	0

Součet 100 = samostatný, 60 – 95 samostatný s pomocí, < 60 závislý na pomoci

PŘÍLOHA č. 9 – Tab. 7 Klasifikace iktu podle NIH

Zdroj: (BERLIT, 2006)

<b>Stav vědomí</b>	0 = bledý 1 = somnolentní (reakce na malé podněty) 2 = stuporózní (reakce na opakované/silné podněty) 3 = komatózní
<b>Orientace</b> Věk?, měsíc?	0 = obě odpovědi správné 1 = 1 odpověď správná 2 = obě odpovědi nesprávné
<b>Vybídnutí</b> Otevřít a zavřít oči	0 = oba příznaky správně splněny 1 = splněn 1 příkaz správně 2 = ani jeden z příznaků nesplněn správně
<b>Zaměření pohledu</b>	0 = normální 1 = parciální paréza 2 = zřetelná deviace
<b>Zorné pole</b>	0 = normální 1 = parciální hemianopsie 2 = kompletní hemianopsie 3 = bilaterální anopsie nebo slepota
<b>Mimika</b>	0 = normální 1 = malá asymetrie 2 = parciální fatální paréza 3 = kompletní fatální paréza
<b>Motorika paží</b> (pro každou paži zvlášť)	0 = není pokles 1 = pokles o 10 s 2 = pokles až do dolní polohy, možné zdvižení 3 = není možné zdvižení 4 = plegie
<b>Motorika dolních končetin</b> (pro každou nohu zvlášť)	0 = není pokles 1 = pokles do 5 s 2 = pokles až na podložku, možné zvednutí 3 = není možné zvednutí 4 = plegie
<b>Ataxie</b>	0 = normální 1 = jen v jedné končetině 2 = ve dvou nebo více končetinách
<b>Senzitivita</b>	0 = normální 1 = částečná ztráta citlivosti 2 = těžká nebo úplná ztráta citlivosti
<b>Řeč</b>	0 = není afázie 1 = omezení plynutosti slov/schopnost porozumět 2 = těžká afázie, zlomkovité vyjadřování 3 = úplná afázie nebo němota
<b>Artikulace</b>	0 = normální 1 = smazaná, ale srozumitelná 2 = nesrozumitelná nebo němota
<b>Neglect</b>	0 = normální 1 = částečný jednostranný (unimodální) 2 = kompletní jednostranný (multimodální)

## PŘÍLOHA č. 10 – Rehabilitace hybné poruchy, využití rehabilitačních metod

Zdroj: *(Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Třetí přepracované a doplněné vydání. 2005)*

Léčebná rehabilitace začíná hned v akutní fázi, a to polohováním a pasivními pohyby postižených končetin, čímž působíme proti spasticitě a vzniku deformit, případně i proleženin.

Z facilitačních metod se v současné době nejčastěji používá konceptu manželů Bobatových, kdy je snaha vycházet ze správného postavení, inhibovat patologické napětí a na tomto základě aktivovat pohyb. Uvedené zásady se aplikují nejen při cvičení, ale i při provádění běžných denních činností. Z metody Kabatových (proprioceptivní neuromuskulární facilitace – PNF) se používá cvičení v diagonálách. V některých případech se využívá i reflexní lokomoce podle Vojty.

Jakmile pacient spolupracuje, provádí se nácvik sedu, postavování a chůze s oporou. V cizině se mnohem víc posazují tito pacienti na vozík a cvičí se jejich aktivní pohyb na vozíku, nejčastěji současným poháněním vozíku jednou rukou a odstrkováním jednou nohou.

Postupně se nacvičují na horní končetině i diferencované pohyby, nejprve tak, že se pohyb provádí spojenou zdravou a postiženou rukou. Využívá se toho principu, že do horních končetin sestupují také pyramidová vlákna nezkřížená, tedy i do postižené končetiny jdou pokyny ze zdravé hemisféry. Těchto pohybů se pak používá v ergoterapii při nácviku pomocí smysluplných činností, např. razítkování. Později se ochrnutá ruka trénuje samostatně. Přitom je důležité vybírat činnosti, které procvičují extenzi prstů, např. skládání papíru či válení těsta.

Toto úsilí musíme vyvíjet alespoň několik měsíců, protože nelze předem určit, do jaké míry se hybnost upraví. Při známkách zlepšení se vyplatí pokračovat v cílené rehabilitaci rok i déle. Naopak je však třeba po určité době rozhodnout, že stav je do značné míry trvalý, především na horní končetině. Pak je třeba naučit pacienta s tímto postižením žít a vhodnými prostředky následky postižení kompenzovat.

Kromě již vyjmenovaných facilitačních metod (Vojtova, PNF neboli Kabatova, manželů Bobatových) lze používat k facilitačnímu působení také fyzikálních prostředků, např. elektrických stimulátorů. Moderní verzi elektrostimulace u centrálních paréz je **funkční elektrická stimulace**. Jde o dráždění přenosným stimulátorem, který



podrážděním periferního nervu vyvolá stah ochrnutého svalu v situaci, kdy je to z praktického hlediska užitečné. Nejběžnější využití tohoto principu je stimulace nervu peroneu během švihové fáze kroku, čímž dojde ke zvednutí pokleslého chodidla. Kromě dráždění motorických nervových vláken dochází během funkční elektrické stimulace i k podráždění vláken dostředivých, především vláken Ia ze svalových vřetének. Tím se vysvětluje, že po určité době dráždění nastává reflexní cestou facilitace – pacienti lépe ovládají svaly bérce i bez elektrického dráždění.

PŘÍLOHA č. 11 – Tab. 8 Přehled městských klubů, Sdružení pro rehabilitaci osob  
po CMP

Zdroj: (FEIGIN, 2004)

Klub	Vedoucí	Telefon	Adresa	Provoz
Brandýs nad Labem	Tovarová Josefina	724 051 671	Rehabilitační oddělení nemocnice Brandýs, Brázdímská 1000, Brandýs n. L.	čtvrtek 16.30 – 18.15 h
Brno	Prchalová Hana	541 248 401	Diakonie ČCE, Hrnčířská 27, 602 00 Brno	pondělí 15.30 – 17 h
Havlíčkův Brod	MUDr. Čapková Ludmila	569 428 378 776 028 378	Dolní 1, 580 02 Havlíčkův Brod	úterý
Liberec	Vosičková Alena	482 770 825 723 646574	Hasičárna, Ještědská 230, 460 08 Liberec 19	pondělí 16.00 h
Orlová	Černá Dagmar	596 511 888	Dům dětí a mládeže (gymnast. Sál), Orlová – Lutyně	úterý 10.00 h
Otrokovice	Skybová Vladimíra	577 925 652 577 926 216	Penzion Senior, p. o., K. Čapka 1615, 765 02 Otrokovice	pondělí 15.00 – 17.00 h (2x měsíčně)
Praha – Bohnice	Pechová Zuzana	284 016 512 284 016 654	Poliklinika Bohnice, pavilon 4 RB, Ústavní 91, 181 00 Praha 8	středa 15.30 – 17.30 h
Praha – Michle	Ing. Kasa Miroslav	241 721 518	U Michelského lesa 366, 140 00 Praha 4	středa 14.00 – 16.00 h (8. 6., 12. 10., 26. 11.)
Zlín	Švajdová Jaroslava	577 006 051	Střední zdravotnická škola, Broučková 378, Zlín- Příluky	úterý 15.00 h