

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

Bakalářská práce

HANA BABKOVÁ

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

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 25.3. 2013

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Babková Hana
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 12. 4. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní mozkovou příhodou

Nursing Care of Patients with a Stroke

Vedoucí bakalářské práce: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S AKUTNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU* vypracovala samostatně, pod vedením vedoucího bakalářské práce, s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, a všechny použité prameny jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použité literatury a zdrojů informací, který je nedílnou součástí této práce podle platného autorského zákona.

Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že v souvislosti s vytvořením této bakalářské práce jsem neporušila autorská práva třetích osob, zejména jsem nezasáhla nedovoleným způsobem do cizích autorských práv.

Dále prohlašuji, že elektronická a tištěná verze této bakalářské práce jsou navzájem totožné.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům a její citace dle platné legislativy.

V Praze dne: 23. 3. 2013

.....
(Hana Babková)

PODĚKOVÁNÍ

Velice ráda bych poděkovala svému vedoucímu této práce, **Prof. MUDr. Zdeňku Seidlovi, CSc.** za metodické vedení, cenné rady, podněty a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Mé poděkování patří i všem spolupracovníkům, kteří se podíleli na vzniku této práce.

ABSTRAKT

BABKOVÁ, Hana. *Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní mozkovou příhodou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc. Praha. 2013. s. 76.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s akutní mozkovou příhodou. Práce je rozdělena na dvě části, což je část teoretická a část praktická. První část je věnována stručné charakteristice tohoto onemocnění, klinickým projevům, diagnostice a následné léčbě. V praktické části je vypracovaný plán ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním.

Klíčová slova: Cévní mozková příhoda, Ošetrovatelská péče, Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

Babková, Hana. *Nursing Care of Patients with Acute Stroke*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Nursing College, Degree: Bachelor. Tutor: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc. Prague. 2013. 76 pages.

The main topic of my bachelor's thesis is nursing process for a patient with an acute stroke. The thesis is divided into two parts – theoretical and practical. The first part is dedicated to the brief description about this illness, clinical course, diagnostics and subsequent treatment. The practical part introduces nursing plan for a patient with this disease.

Keywords: Stroke, Nursing Care, Nursing Process

Obsah

1. Úvod	11
2. Teoretická část.....	13
2.1 Ošetrovatelská péče	13
2.1.1 Zdravotnická etika.....	13
2.1.2 Osobnost zdravotnického pracovníka	15
2.1.4 Současné ošetrovatelství.....	16
2.1.5 Zdraví z pohledu ošetrovatelství.....	17
2.1.6 Nemoc z pohledu ošetrovatelství.....	17
2.1.7 Ošetrovatelství a jeho význam.....	18
2.1.8 Ošetrovatelský proces a jeho realizace.....	19
2.1.9 Přínos realizace ošetrovatelského procesu	20
2.2 Cévní mozková příhoda	21
2.2.1 Mozek.....	22
2.2.2 Cévní mozkové příhody – klasifikace.....	24
2.2.3 Rizikové faktory CMP	31
2.2.4 Příznaky CMP	32
2.2.4 Trvalé následky a důsledky CMP	35
2.2.5 Vznik dalších CMP	36
2.2.6 Zdravotní a sociálně ekonomický problém	38
2.2.7 Ošetrovatelská péče u pacientů s akutní mozkovou příhodou.....	39
2.2.9 Ošetrovatelská dokumentace dle modelu M. Gordonové	54
2.3 Průběh hospitalizace	58
2.4 Seznam ošetrovatelských diagnóz dle „Kapesního průvodce aktuální ošetrovatelské diagnózy“	59
2.4.1 Prokrvení tkáně mozkové porušené z důvodu přerušení arteriálního průtoku projevující se poruchou řeči, poruchou hybnosti	60
2.4.2 Nedostatečná péče o sama sebe z důvodu neuromuskulárního postižení při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování....	61
2.4.3 Zhoršená pohyblivost z důvodu poškození cití a motoriky projevující se omezeným rozsahem pohybu	63
2.4.4 Strach z důvodu změny zdravotního stavu, projevující se slovním vyjádřením	64
2.5 Potencionální ošetrovatelské diagnózy	65
2.5.1 Potencionální ošetrovatelské diagnózy	65
2.5.2 Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení invazivního žilního vstupu.....	65
2.5.3 Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního močového katetru	66
2.5.4 Kožní integrita, riziko porušení z důvodu imobility	67
2.5.5 Zácpa, riziko vzniku, z důvodu změny prostředí a nesamostatnosti.....	67
2.6 Zhodnocení ošetrovatelské péče	68
2.7 Doporučení pro nemocného	69
2.8 Závěr	70
2.9 Seznam použitých zdrojů	71
2.9.1 Tištěné publikace	71
2.9.2 Internetové zdroje	72

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obr. 1 – Motorický neuron s myelinizovanou pochvou	23
Obr. 2 – Cévní zásobení mozku	24
Obr. 3 – Ischemie CNS	25
Obr. 4 – MR modalita FLAIR ischemie v oblasti a.cerebri media	25
Obr. 5 – Krvácení CNS	26
Obr. 6 – Leukoaraiosis, kortikální infarkty, korová a periventrikulární atrofie	28
Obr. 7 – MR T2W obraz arteriovenózní malformace v pravé mozkové hemisféře	30
Obr. 8 – Subarachmoidální krvácení	31
Obr. 9 – MR ischemie v oblasti mozečkových hemisfér (vertebrobasilárním povodí)	34
Obr. 10 – Magnetická rezonance	35
Graf 1 – Cévní mozková příhoda	37
Graf 2 – Vývoj standardizované mortality na cévní onemocnění mozku a CMP	40

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACA - přední tepna mozková

ACE - zevní krkavice

ACI - vnitřní krkavice

ACM - střední tepna mozková

ACP - zadní tepna mozková

AICA – přední dolní mozečková tepna

AVM - arteriovenózní malformace

BMI - Body Mass Index

CMP - cévní mozková příhoda

CNS - centrální nervová soustava

CO₂ - oxid uhličitý

CS - completed stroke

CT - výpočetní tomografie

D - dech

DK - dolní končetina

DSA - digitální subtrakční angiografie

HK - horní končetina

JIP - jednotka intenzivní péče

LDK - levá dolní končetina

LHK - levá horní končetina

LP - lumbální punkce

MR - magnetická rezonance

MRA - angiografické vyšetření magnetickou rezonancí

NIHSS- National Institute of Health Stroke Scale

O2 - kyslík

P - puls

PDK - pravá dolní končetina

PHK - pravá horní končetina

PICA - zadní dolní mozečková tepna

PMK - permanentní močový katetr

PVL - periventrikulární leukomalacie

PŽK - periferní žilní katetr

SAK - subarachnoidální krvácení

SLE - systémový lupus erythematosus

SZO - Strana zdravotnické organizace

TIA - transitorní ischemická ataka

VB - vertebrobasilární povodí

TK - tlak krevní

ZJ - zadní jáma

1. Úvod

Ošetrovatelská péče – velmi náročné povolání. Povolání, které je blízko péči lékařské. Lékaři musí slibovat Hippokratovu přísahu. Zdravotní sestra by se touto přísahou také měla řídit. Měla by se snažit, aby byl pacient s její pomocí spokojen a brzy uzdraven.

Člověk, který toto povolání vykonává, musí být osobností, která dokáže na „svých bedrech“ nést těžká břímě. V jejich přítomnosti se denně nachází lidé s různými nemocemi a problémy, nejen fyzickými ale i psychickými.

Každá sestra by měla být člověkem empatickým a měla by umět jednat dle určitého řádu – ošetrovatelského procesu. Tento proces zajistí zaručí dobře vykonanou práci a spokojenost pro ni samotnou.

Mezi nemoci, které mohou člověka potkat, patří cévní mozková příhoda (iktus). Iktus napadá mozek a je jednou z nejčastějších příčin úmrtí pacientů. Dochází stále ke vzrůstajícímu počtu tohoto onemocnění.

Pro společnost je důležité vědomí, že existuje spousta faktorů, které člověk může ovlivnit a nemusí se tak v životě s touto nemocí setkat. Existují bohužel však i faktory, které jsou neovlivnitelné. Proto je nezbytné, aby lidé měli v podvědomí, jaké příznaky, důsledky a následnou péči s sebou cévní mozková příhoda nese. Možná se pak budou více snažit „dělat něco“ s faktory, které mohou změnit a této nebezpečné nemoci se tak vyhnout.

Zdravotnický pracovník nemůže změnit to, aby lidé cévní mozkovou příhodu nikdy neprodělali. Mohou ale přispět k tomu, aby ten, koho tato nemoc postihne, měl co nejpříjemnější cestu k zotavení, nejen k fyzickému ale i psychickému.

Cílem této práce je optimalizovat činnost středních zdravotnických pracovníků v přístupu k pacientům, které toto onemocnění postihlo. Pro uvedení problematiky uvádím příběh, který se stal tehdy dvacetileté paní učitelce Věře: *„Je pondělí 22. ledna 2002 a já se těším na děti do školky. Jako každé ráno jsem pospíchala do práce, na poslední chvíli jsem ještě venčila psa, přiběhla jsem, ještě slupnout snídani, about a..... Při obouvání jsem mámě říkala, že mi je nějak.....(a bohužel už jsem to nedořekla). Svezla jsem se k zemi, nemluvila, ale vnímala okolí. A pak už to šlo rychle, sanitka, záchranáři, nosítka a byla jsem jejich. Ještě si pamatuji, jak jsem mezi dveřmi setkala s tátou, který absolutně nevěděl, co se děje. Odvezli mě na Bulovku, už jsem moc nevnímala, ale jedno vím určitě, ležela jsem tam na*

chodbě, a nic se nedělo, a po nějaký době (ze zprávy jsem vyčetla asi hodinu a půl dlouhou časovou prodlevu), mě opět naložili a odvezli na Homolku. Tam už jsem nevnímala vůbec, probrala jsem se až odpoledne a u postele byli všichni moji blízcí. Vůbec jsem nevěděla, kde jsem a co se se mnou děje, nemohla jsem mluvit, byla jsem prostě zmatená.

A příčiny? Prý jich bylo několik, ale v hlavní roli hrála antikoncepce, pak mám prý špatnou srážlivost krve, ale to by mi bývaly zjistily testy, když mi předepisovali tu osudnou antikoncepci. Brala jsem jí přes tři roky a najednou se tělo naštvalo. Měla jsem ucpané 2 cévy v mozku, tudíž mozková mrtvice.

Nechodila jsem, nemluvila jsem a ze začátku ani nespolupracovala. Měla jsem pravou půlku těla úplně nehybnou. Po třech dnech jsem začala trochu vnímat, takže nastoupila logopeda. No a co si sebou nepřinesla, dětské časopisy!!!! Byla jsem naštvaná, že se musím pachtit s tím, co jsem asi před týdnem učila děti ve školce. Neuspěla, stále jsem ze sebe nevydala ani hlásek, ale paní logopedka to nevzdávala. Druhý den šla na to přes písničky, no a u Skákal pes přes oves jsem se chytla!!!! To bylo radosti, sestřičky i paní doktorka si mě šly poslechnout. No a tak jsem měla za sebou první krok kupředu. A zdaleka nebyl poslední, hnalo mě dopředu to, že se zase vrátím mezi děti. Takže všechny ty dětský časopisy, co jsem dostala na čtení, jsem si pečlivě schovávala a snažila se louskat něco zábavnějšího, než pohádky.

Ale co s chůzí? Chodila ke mně rehabilitační sestra, která se mnou cvičila, ale to nebylo ono. Chtěla jsem chodit!!!! Asi po týdnu mi mamka přinesla tenisky a tepláky, a já konečně vyrazila v chůzku obklopena rehabilitačními sestrami, sice jenom tři kroky, ale zaplat' pánbů za ně. No a pak už to bylo jen o silné vůli. Po 14 dnech jsem jela (ještě na vozíku) na lůžkové oddělení. Tam jsem strávila asi týden a paní doktorka usoudila, že už můžu začít intenzivní rehabilitaci.

Rehabilitaci vám popisovat nebudu, protože by to byl strašně dlouhý článek. Budou to pomalu čtyři roky a ještě jsem se z toho úplně nedostala. Po roce jsem nastoupila zpátky do školky, ale po půl roce jsem dala výpověď, prostě to nešlo, nemůžete dětem zavázat tkaničky, vystříhnout, co potřebují a hlavně nemůžete popoběhnout a zacvičit si s nimi.

Jinak se stále jako před příhodou aktivně věnuji turistickému oddílu (mimoходом jezdí i děti, které jsem učila, některým už je 10 let). A dvakrát týdně se věnuji dětem v Sokole, cvičím s nimi gymnastiku. Taky se věnuji svému tělu a to dvakrát týdně v bazénu. Takže mám o zábavu postaráno.¹

¹ MLČOCH, Z. Cévní mozková příhoda - příběhy lidí - začátek a příznaky, průběh, léčba. [online].

2. Teoretická část

2.1 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče patří mezi zdravotnická povolání. Je pro společnost velmi důležitá. Je to jedno z nejnáročnějších povolání. „Každý člověk, který se rozhodne pro práci ve zdravotnictví, má dobře zvážit, jaké hodnoty, ale také současně i jaké obtíže jeho budoucí práce přinese.“¹ Častým přáním lidem k narozeninám je přání lásky a hned na druhém místě bývá často zmíněno zdraví. Patří tedy mezi důležité hodnoty lidského života. Zdravotnický pracovník, tudíž i ošetrovatel má „velmi krásné a velmi náročné úkoly – pečovat o zachování lidského zdraví a snažit se předcházet nemocím, podílet se na procesu uzdravení nemocného člověka, nebo v případě, že nemocného nelze zatím uzdravit, poskytnout mu takovou péči, aby zmírnil jeho obtíže.“²

2.1.1 Zdravotnická etika

Na počátek této kapitoly vidím za nutné zmínit základy zdravotnické etiky, což je Hippokratova přísaha. Zní takto:

„Přisahám a volám Apollóna lékaře a Asképie a Hygieu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat. Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit, jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího. Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné. Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám

[cit. 1. března 2008.] Zdroj dostupný z <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/cevni-mozkova-prihoda-pribehy-lidi-zacatek-a-priznaky-prubeh-lecba>

¹ TÓTHOVÁ, V. *Kapitoly z ošetrovatelství: Pro posluchače studijního programu Radiologický asistent.*

1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1999. s. 1. ISBN 80-7040-332-2

² TÓTHOVÁ, V. *Kapitoly z ošetrovatelství: Pro posluchače studijního programu Radiologický asistent.*

1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1999. s. 1. ISBN 80-7040-332-2

prostředek k potratu. Svůj život uchovám v čistotě a bohobojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí. Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti. Když tuto přísahu dodržím a neporuším, necht' ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak.“¹

Základy zdravotnické etiky vycházejí z Hippokratovy přísahy. V průběhu času byla tato přísaha uváděná do souladu s velkými náboženstvími uznávajícími jen jednoho boha. Byly také doplňovány jinými povinnostmi, které nejsou v rozporu s těmi základními Hippokratovými.

Dlouho nebyly tyto povinnosti nikým zpochybňovány. „V posledních letech však valem přibývá kritiků, pro které jsou tyto principy jakási automaticky aplikovatelná ‘mantra’, a to bez pevného mravního základu.“² Tato kritika je často uplatňována např. v otázce eutanazie. Dnes mnohde upřednostňují „princip respektu k autonomii.“³

Pod zdravotnickou etiku se zařazuje také etika ošetrovatelská. Ta dává zdravotníkům za úkol:

- „Akceptovat pacienta takového, jaký je, lépe řečeno tak, jak se nám jeví. Brát pacienta se všemi jeho změnami v nemoci, nezlehčovat jeho potíže, vyslechnout jeho názor na nemoc, respektovat sdělení jeho předchozích zkušeností
- Považovat nemocného člověka za partnera, zejména v respektování jeho individuality, chápat, že nemocný má svůj názor na léčbu, má právo na vysvětlení podstaty onemocnění, má následně o svoje právo spolurozhodovat o léčebném postupu

¹ PAVLÍČEK, M. Hippokratova přísaha. [online]. [cit. 23.října 2006]. Zdroj dostupný v rámci euromedicine.eu z <http://www.euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>

² MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 44. ISBN 80-247-1024-2

³ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. s. 44. ISBN 80-247-1024-2

- Poučit pacienta o jeho zdravotním stavu v takovém rozsahu a tak srozumitelně, aby byl skutečně podle svých možností schopen vyjádřit svůj souhlas nebo nesouhlas s léčbou a péčí¹

2.1.2 Osobnost zdravotnického pracovníka

Je nutné, aby zdravotnický pracovník byl velmi psychicky stabilní osobností. Toto povolání klade vysoké požadavky na každého takového pracovníka. „Velký význam má především odborné vzdělání zdravotnického pracovníka, jeho charakterové vlastnosti, vztah k nemocnému člověku a práci ve zdravotnictví.“² Je nutné, aby každý zdravotnický pracovník, tudíž i ošetřovatel, měl dostatek znalostí k práci, aby uměl jednat s lidmi a „pochopit i duševní potíže nemocného, které mu přinesla nemoc.“³

Mezi nejdůležitější charakterové vlastnosti každého zdravotnického pracovníka dle autorky Valérie Rothové patří:

- „Duševní vyrovnanost a sebeovládání
- Čestné jednání a pravdomluvnost
- Smysl pro čistotu a pořádek
- Umění jednat s lidmi
- Schopnost rychlého rozhodování
- Povinnost mlčenlivosti (je zákonem podložena a musí být respektována se všemi kategoriemi zdravotnických pracovníků, včetně studujících)“

Aby zdravotník mohl dobře vykonávat svou práci, měl by „mít v pořádku“ svůj osobní život, dodržovat správnou životosprávu a během práce dodržovat stanovené bezpečnostní předpisy.

2.1.3.1 Zdravotnický pracovník - ošetřovatel

Encyklopedie profesí definuje pojem ošetřovatele takto: „Ošetřovatel se pod odborným dohledem sestry nebo ošetřujícího lékaře podílí na poskytování léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a ošetřovatelské péče. Stará se o komplexní hygienu pacienta, a to včetně prevence dekubitů a úprav lůžka, poskytuje ošetřovatelskou péči, a

¹ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 32. ISBN 80-246-109

² TÓTHOVÁ, V. *Kapitoly z ošetřovatelství: Pro posluchače studijního programu Radiologický asistent*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1999. s. 2. ISBN 80-7040-332-2

³ TÓTHOVÁ, V. *Kapitoly z ošetřovatelství: Pro posluchače studijního programu Radiologický asistent*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1999. s. 2. ISBN 80-7040-332-2

hlavně uspokojuje základní biologické potřeby pacienta. Asistuje při určených ošetrovatelských výkonech, případně sám provádí jednoduché a neinvazivní ošetrovatelské výkony.¹

2.1.4 Současné ošetrovatelství

Na ošetrovatelství jako na samostatnou zdravotnickou disciplínu je v současné době kladen stále větší a větší důraz. Má stále větší a větší společenský význam. Z toho důvodu se mu „dostává větší pozornost ve studiu lékařství a ostatních příbuzných oborech. Ošetrovatelství je věnována pozornost ze Strany zdravotnické organizace (SZO), která stanovila obecný program pojetí péče o zdraví.“²

V rámci současného pojetí péče o zdraví existují také programy, které se „zabývají rozvojem a upevněním zdraví v evropském regionu.“³ Tento projekt chce zdůraznit důležitý fakt, že zdraví je podmínkou, aby člověk byl „psychicky v pohodě“ a měl kvalitní život.

Tento projekt, který se jmenuje Projekt zdraví 21 s podtitulkem Zdraví pro všechny do 21. století v Evropském regionu má dvě zaměření:

- „Podporovat a chránit lidské zdraví během celého života
- Snížit incidenci závažných onemocnění a úrazů a zmírnit utrpení, které způsobují“⁴

Současné ošetrovatelství má celkem tři základní hodnoty etického kodexu, kterými je za a) zdraví je základním lidským právem, b) spravedlnost ve zdraví znamená solidaritu v aktivitách mezi státy a uvnitř zemí a mezi jejich obyvateli a za c) posílit a zabezpečit účast a odpovědnost jednotlivců, skupin, institucí a komunit na pokračování zdravotního vývoje“⁵

¹ LMC s.r.o. *Encyklopedie profesí: Ošetrovatel*. [online]. c1996-2013. Zdroj dostupný v rámci systému LMC s.r.o. z <http://www.prace.cz/poradna/encyklopedie-profesi/o/osetrovatel/>

² ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 21. ISBN 80-246-109

³ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 21. ISBN 80-246-109

⁴ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 22. ISBN 80-246-109

⁵ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 22. ISBN 80-246-109

2.1.5 Zdraví z pohledu ošetřovatelství

Každý lékař i sestra se musí starat „o zdraví člověka v oblasti prevence onemocnění, v době nemoci, rekonvalescence, pomoc na konci života.“¹ Musí chápat člověka po všech stránkách osobnosti, ať už ve fyzické, sociální, duchovní či psychické. Je důležité nezapomínat na vlivy, které na každého člověka působí.

Dle SZO je zdraví: „Celkový stav tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti“².

Existují také další definice zdraví – sociologické zdraví, psychologické zdraví nebo také veřejné zdraví.

2.1.6 Nemoc z pohledu ošetřovatelství

„Nemoc je definována jako porucha rovnováhy vnitřního a vnějšího prostředí organismu nebo porucha celistvosti jeho součástí. Je tedy porušena stavba či funkce jednoho nebo více orgánů.“³ Nemocí reaguje organizmus na porušení rovnováhy mezi člověkem a prostředím. Nemocí je často postiženo i okolí nemocného, protože se vyskytuje nutnost péče, rodina musí změnit svůj původní rytmus života. Často dochází i k ekonomickým problémům. Takovéto „onemocnění okolí“ patří do sociální definice nemoci. „Nemoc je odchylka od zdraví, při které můžeme zjistit objektivní hodnoty, nemoc je vždy doprovázena subjektivními pocity, individuálními prožitky.“⁴

Je jasné, že se člověk, který je nemocný, odchyluje od svého běžného chování. Znalost tohoto poznatku je velmi důležitá pro každého zdravotnického pracovníka. Existují určitá stadia nemoci a je důležité je respektovat. V každém stadiu je způsob léčby i ošetřování jiný.

Stadia onemocnění jsou dle autorky Šamánkové:

- a) „stadium: setkání se s prvními zdravotními potížemi (bolest, nevolnost, nechutenství)
- b) stadium: stanovení vlastní diagnózy na základě předchozích zkušeností, na základě přejímání zkušeností z okolí

¹ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 22. ISBN 80-246-109

² VOJTOVÁ, J. *Zdraví, definice, modely*. [online]. [cit. 15. února 2012]. Zdroj dostupný v rámci systému ošetřovatelství.eu z <http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/komunitni-a-domaci-osetrovatelstvi/21-zdravi-definice-modely>

³ SZILVÁSIOVÁ, M. *Nemoc: definice*. [online]. [cit. 13. listopadu 2010]. Zdroj dostupný v rámci systému Studentská encyklopedie SZŠ Beroun z <http://zdravotka.mypage.cz/menu/studentska-encyklopedie/klinicka-propedeutika/nemoc-definice>

⁴ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 25. ISBN 80-246-1091-4

- c) stadium: rozhodování se jak dále postupovat (spolehnout se na samoléčbu, využít domácí léčebné prostředky, vyhledat pomoc laickou, profesionální nebo paralékařskou)¹

2.1.7 Ošetřovatelství a jeho význam

Jak již bylo zmíněno, ošetřovatelství je v současné době samostatným zdravotnickým oborem. Dle definice SZO je „ošetřovatelství systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a celého společenství, v němž tito žijí, které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.“²

Hlavní cíle ošetřovatelství jsou:

- „Pomáhat jednotlivci, skupině, rodinám, v dosažení tělesného, duševního, sociálního zdraví a pohody
- Podpořit pozitivní přístup ke zdraví. To znamená zapojit člověka do péče o vlastní zdraví
- Podporovat člověka v péči o sebe sama, pomáhat člověku najít cesty k posílení vlastních schopností péče o vlastní zdraví, o životní prostředí, pomoci najít správný životní styl
- Zaměřit se na prevenci onemocnění
- Snižovat negativní dopad onemocnění, předcházet komplikacím. Zapojit celou rodinu do péče o jejího člena“³

Zdravotní sestra by měla pomáhat nemocnému a jeho rodině, skupinám lidí v prevenci onemocnění. Měla by spolupracovat s rodinou, podávat instrukce, co dělat, pokud je péče vykonávána v domácím prostředí. Pracuje také v terénu i nemocnici, v různých stacionářích. Pracuje také v oblasti sociální, např. v domovech důchodců, ústavěch sociální péče.

Úkolem zdravotní sestry je podpora každého nemocného, aby byl schopný se postarat sám o sebe. Pomáhá také těm, kteří žijí v okolí nemocného.

¹ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 25. ISBN 80-246-1091-4

² ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 25. ISBN 80-246-1091-4

³ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 26. ISBN 80-246-1091-4

„S rozvojem lékařství a ošetrovatelství narůstá samostatnost v práci sester spojená s větší kompetentností a zároveň větší zodpovědností. Stejně tak se rozšiřuje i role sestry asistentky lékaře při lékařských výkonech, např. při operačních zákrocích, v ordinacích praktických lékařů.“¹

2.1.8 Ošetrovatelský proces a jeho realizace

Jelikož je práce sestry velmi náročná, je potřebné, aby probíhala dle určitých pravidel a řádu. Pro to, aby mohl pracovník vykonávat ošetrovatelskou péči, je nutné, aby věděl, co ošetrovatelský proces obnáší. V průběhu času bylo vypracováno několik definic, které charakterizují ošetrovatelský proces.

„Samotný proces představuje sérii plánovaných činností a tyto činnosti jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Pojem ošetrovatelský proces souvisí s akceptováním vědeckého (systémového) přístupu a východisek v ošetrovatelství. Z teoretického hlediska jde o systémovou teorii aplikovanou na postup a z praktického hlediska je to systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je změna zdravotního stavu pacienta.“² Činnosti, které jsou vzájemně propojeny provádí sestra sama nebo, je-li to možné i s aktivní spoluprací pacienta. Tyto činnosti jí umožňují, aby samostatně rozhodovala „pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl.“³ Také pro realizaci ošetrovatelství existují fáze, které by měly být dodržovány:

- Zhodnocení/posuzování (sběr informací, hodnocení zdravotního stavu, hledání patologických procesů a rizik, které mohou ovlivnit negativně zdravotní stav pacienta, zjišťování silných stránek pacienta)
- Diagnostika (analýza získaných dat, stanovení existujících i potenciálních problémů, které tvoří základy péče, identifikace silných stránek, potřebných k vytvoření úspěšného plánu)

¹ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s 27. ISBN 80-246-1091-4

² TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. s. 16. ISBN 978-80-7387-286-1

³ TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. s. 16. ISBN 978-80-7387-286-1

- Plánování (určení priorit ve spolupráci s pacientem, stanovení cílů a očekávaných výsledků, určení činností k dosažení cílů a zaznamenání plánu péče)
- Realizace (znovuposouzení momentálního stavu pacienta před vykonáním činnosti, při realizaci činností je nepřetržitě a pečlivě pozorován pacient, v případě potřeby změnit postup odpovídajícím způsobem, zaznamenávání informací do ošetřovatelské dokumentace)
- Vyhodnocení (hodnocení, zda došlo k dosažení vytyčených cílů)

2.1.9 Přínos realizace ošetřovatelského procesu

Pokud bude sestra dodržovat pravidla ošetřovatelského procesu. Co to vlastně přinese? Tento proces je důležitý, neboť „doplňuje postupy ostatních profesí tím, že se soustřeďuje na reakce jedince.“¹ Reakcemi pacienta se rozumí, jak reagoval na daný lékařský problém, na léčebný plán a také na změny, které nastaly v jeho životě.

Mezi klady v rámci ošetřovatelského procesu, které jsou přinášeny nemocnému, patří kvalita a plánování péče, návaznost a kontinuita péče a také účast pacienta na péči.

Pokud bude sestra pracovat dle fází a pravidel ošetřovatelského procesu, přinese jí to také určitá pozitiva. Patří mezi ně důsledné a systematické ošetřovatelské vzdělání, spokojenost v zaměstnání, odborný růst, splnění ošetřovatelských norem a splnění norem akreditovaných pracovišť.

Zdravotní sestra musí kromě dokonalého zvládnutí ošetřovatelského procesu oplývat také intelektuálními dovednostmi. Musí umět myslet kriticky. „Kritické myšlení je nezbytným pomocníkem sestry v procesu ošetřovatelství, neboť je klíčem k řešení problémů.“² Kdo umí kriticky myslet, dokáže předvídat, a tudíž předcházet problémům, umí nedělat zbrklé závěry, a také neustále zvažovat rizika.

¹ TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. s. 27. ISBN 978-80-7387-286-1

² TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. s. 31. ISBN 978-80-7387-286-1

2.2 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (mozková mrtvice, iktus, stroke, CMP) – nemoc, která může postihnout každého člověka, v jakémkoli věku. Postihuje mozek, orgán v lidském těle, který je enormně citlivý zásobením krví, respektive kyslíkem a glukózou, kdy potřeba je prakticky konstantní v noci i ve dne. Tato příhoda je definována jako „akutní cévní onemocnění mozku“, způsobené přerušением krevního zásobení některé z částí mozku. Přerušением dodávky okysličené krve do mozku je z 80% ischemické etiologie (trombu či embolu), který cévu zúží nebo uzavře. Ve 20% ostatních případech dojde ke krvácení do mozku rupturou oslabené cévy či ke kombinaci těchto jevů.¹ Nezřídka je CMP způsobena celkovou poruchou cirkulace, například při zástavě srdce, jehož příčinou je nejčastěji infarkt myokardu. Některé základní údaje:

- „Cévní mozková příhoda je v České republice po srdečním infarktu a nádorech každý rok třetí nejčastější příčinou úmrtí. Z 10 milionů obyvatel postihne zhruba 25 tisíc osob.
- Při CMP hraje důležitou roli čas, vzhledem k možnosti léčby trombolýzou - tedy co nejrychlejší převoz pacienta do nemocnice nejlépe s iktovou jednotkou.
- V 85% případů se iktus vyskytuje u osob starších 45 let, více u mužů, s narůstajícím věkem přibývá CMP.
- U nemocných cukrovkou je pravděpodobnost postižení CMP až třikrát větší než u zbytku populace.²

Pro dnešní společnost je důležitý poznatek, že *„dnes víme, že existují včasné příznaky mozkové ischemie, nové techniky zobrazení perfuze a difuze mozku dokáží malacii (ischemii) zobrazit již v prvních třech hodinách po začátku ischemie.“*³

¹ VITALION.CZ. Cévní mozková příhoda. [online]. c2012. Zdroj dostupný v rámci systému Vitalion.cz z <http://nemoci.vitalion.cz/cevni-mozkova-prihoda/>

² KLINIKA ZDRAVÍ.CZ. Cévní mozková příhoda. . [online]. [cit. 26. ledna 2013]. Zdroj dostupný z <http://www.klinikazdravi.cz/clanky/cmp---cevni-mozkova-prihoda/>

³ SEIDL, Z. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. s. 83. ISBN 978-80-247-2733-2

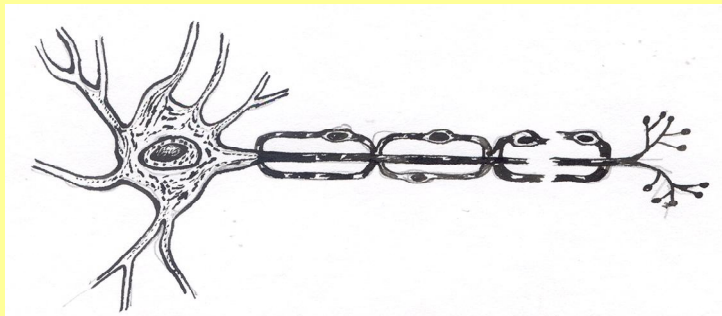
2.2.1 Mozek

Jak již bylo řečeno, zmiňované onemocnění postihuje mozek. Mozek je pro život velmi důležitým orgánem. Jedinec se narodí s určitým počtem nervových buněk, které během života zanikají, ale nové se nevytváří. Stále naše znalosti o mozku mají velké rezervy, předpokládáme, že naše využití jeho schopností je zatím velmi malé. I když mozek váží v průměru okolo 1500g, ženy mají mozek v průměru nižší hmotnosti, existují jedinci s geniálními schopnosti, kteří mají váhu mozku od 1300g až po 1900g (přibližně) a není rozdílu v intelektuálních schopnostech. Jak je možné, že někteří jedinci mají tak dokonalou paměť, že si pamatují celou stránku po jednom přečtení, nebo že dokáží v hlavě násobit čísla o mnoha číslovkách? Všechny tyto otázky snad budou jednou zodpovězeny, ale zatím jsou jen ve stádiu výzkumu.

Mozek zodpovídá za lidské „individuální mentální a intelektuální funkce, jako jsou myšlení a paměť“. Řídí naše vztahy se zevním světem, např. interpretuje, s čím se setkávají naše smysly, a řídí naše volní pohyby. Také reguluje mnohé z našich automatických tělesných funkcí. Až 80% všech lidských genů je využíváno mozkiem.¹

Mozek se skládá z nervových neuronů a glie (astrocyty, oligodendrocyty, mikroglie). Astrocyty tvoří určitou „kostru“ mozku, také mozkové destrukční léze jsou nahrazeny jizvou, kterou tvoří astrocyty. Oligodendrocyty obalují mozkové vlákna neuronů (axony) myelinem, což se z části děje již během embryonálního vývoje, více v prvních dvou letech po narození, některá vlákna pak až ve 3. a 4.dekádě. Až myelinizovaná vlákna jsou schopny převodu vzruchů, lze říci, že myelin je funkce. Také řada onemocnění, které obecně nazýváme demyelinizací, mají příčinu buď v odbourávání myelinu, nebo jej tvoří méně, může být i patologického složení, příčinou může být i zánik oligodendrocytů. Mitochondrie mají vliv na metabolismus mozkové tkáně.

¹ FEIGIN, V. Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 33. ISBN 978-80-7262-428-7



Obr.1 Motorický neuron s myelinizovanou pochvou

Mozek obalují mozkové pleny (meningy), mezi arachnoideou a pia mater je mozkomíšní mok, (likvor), který má několik funkcí, mechanickou, ochraňuje mozek, vliv na metabolismus, imunologickou. Moku mozkomíšního je asi 150ml, denně se vytvoří v chorioidálních plexech asi 500ml, mozkomíšní mok se vstřebává do mozkových splavů přes Pachioniho granulace.

Krevní cévy se dělí na oběh arteriální a venózní, kdy poruchu mohou vést k mozkové ischemii. Ze všech buněk organismu jsou nejcitlivější na nedostatek kyslíku právě neurony. „Pouhé 3-5minut zástava toku krve do mozku může vyústit v nevratné poškození (smrt neuronů) v nejcitlivějších buňkách na hypoxii, které jsou hipotalamech a mozkové kůře.“¹

Zásobení krve je ze dvou povodí, karotického a vertebrobasilárního, které jsou vzájemně propojeny anastomózami. Mozek má svůj „vlastní systém autoregulace“². Tento systém zajišťuje, že krevní cirkulace je trvalá, nesmí však být překročeny určité fyziologické limity. Například hodnoty systolického tlaku nad 180mmHg a nižší než 50-60mmHg jsou již obtížně kompenzovatelné a může docházet k poškození mozku. Při vyšším tlaku dochází ke

¹ FEIGIN, V. Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 35. ISBN 978-80-7262-428-7

² FEIGIN, V. Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 35. ISBN 978-80-7262-428-7

konstrikci arterií, při nízkém tlaku naopak k jejich dilataci. Regulace na úrovni kapilár je již možná jen dle obsahu CO₂.



Obr. č. 2 Cévní zásobení mozku

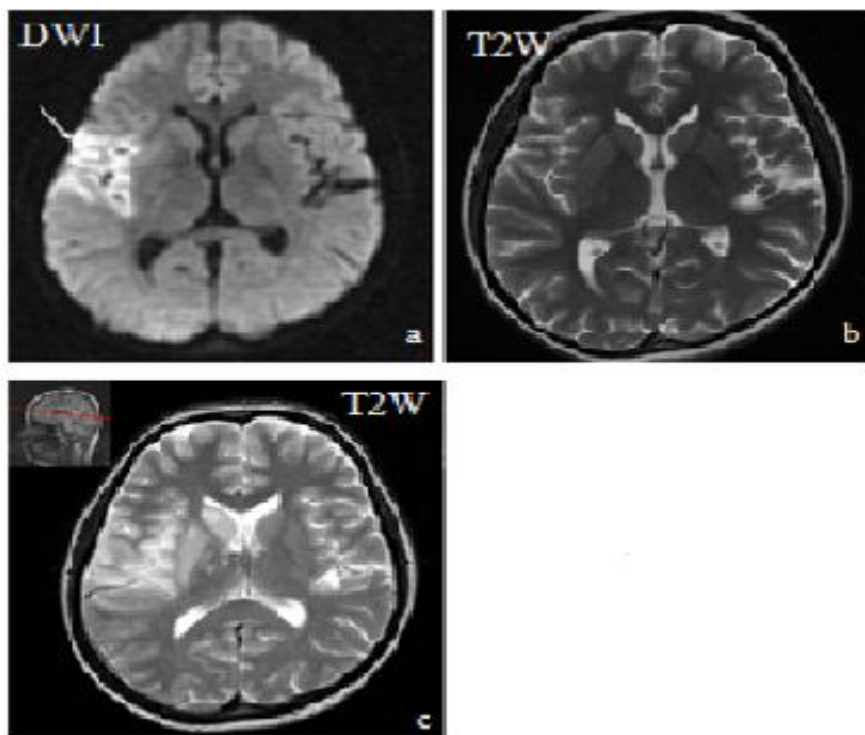
2.2.2 Cévní mozkové příhody – klasifikace

Cévní mozkové příhody lze dělit na základě různých kritérií. Asi nejčastější klasifikací, která má význam i pro další vedení pacientů je na ischemickou (80%) a hemoragickou (20%), zvláštní skupinu pak tvoří subarachnoidální krvácení.

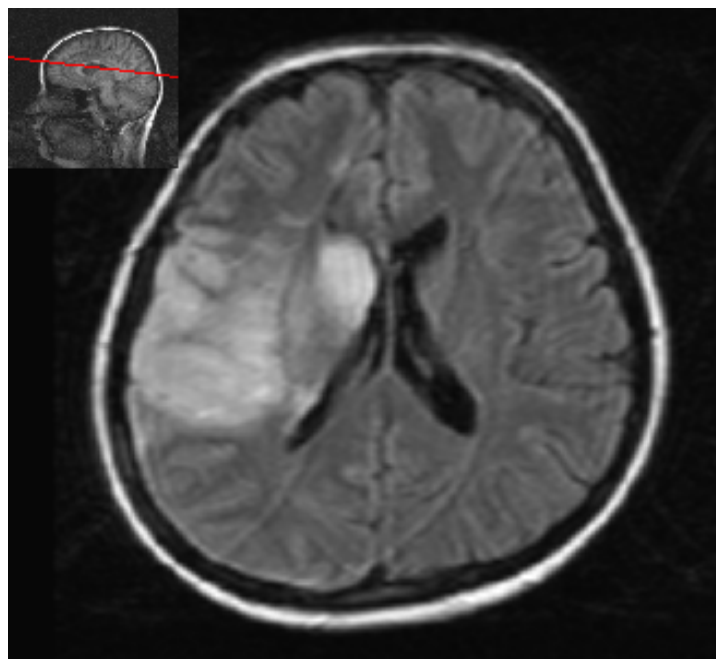
Ischemické cévní příhody (např. trombóza cév, mozková embolie) se týkají nedostatku glukózy a kyslíku. Nedostatek kyslíku „se projeví nejdříve poruchou funkce a teprve při výrazném poklesu dojde ke strukturálním změnám – zániku buněk.“¹

Ischemická příhoda postihuje častěji osoby ve vyšší věkové kategorii, jejichž tepny jsou vinuté, mají vlivem aterosklerózy nepravidelný lumen, jsou vinuté, jejich mozek tak nedostává dostatek krve, potažmo glukózy a O₂.

¹ NEBUDOVÁ, J. *Cévní mozkové příhody: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 1999. s. 38. ISBN 80-7254-41-6



Obr. č. 3 Ischemie CNS



Obr. č. 4 MR modalita FLAIR ischemie v oblasti a.cerebri media

Intracerebrální krvácení postihuje lidi středního věku. Příčinou krvácení je porucha integrity mozkové tepny, obvykle ne „zdravé“, nejčastěji postižené degenerativními změnami při arterioskleróze.¹ Jedná se především o ztenčení cévní stěny nebo je céva zbavena elasticity. Mezi tato krvácení patří tříštivé krvácení v gangliích nebo o ohraničený hematoma, kmenové krvácení nebo také mozečkové krvácení.



Obr. č. 5 Krvácení CNS

Příčinou CMP může být a venózního infarktu je trombóza hlubokých venózních struktur, vena cerebri interna obvykle na obou stranách, často i v. basalis Rosenthal, v. Galeni, trombotický proces někdy pokračuje do sinus rectus nebo transversus. Na druhé straně může být přítomna samostatná trombóza jednotlivých mozkových splavů. Venózní systém má značné možnosti kolaterálního oběhu a jeho dekompenzace závisí na rychlosti vzniku, rozsahu uzávěru a nejspíše i fyziologické variabilitě žilního systému jedince. Při selhání kompenzačních mechanismů dochází k poruše žilního odtoku, oblenění průtoku krve nebo obstrukci kapilárního oběhu s následnou ischemií, doprovázenou sníženou resorpcí likvoru a příznaky nitrolební hypertenze.

Existují určité predispoziční faktory trombózy jako těhotenství, perorální antikoncepce, dehydratace, operační zákroky, komprese venózních struktur expanzivním procesem, poruchy koagulace, úrazy, SLE. Ischemie obvykle

¹ NEBUDOVÁ, J. *Cévní mozkové příhody: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 1999. s. 71-72. ISBN 80-7254-41-6

neodpovídá žádným arteriálním teritoriím, bývá více či méně symetrická léze v obou mozkových hemisférách, postihuje thalamy, basální ganglia, horní část mozkového kmene, někdy i další oblasti mozkových hemisfér. U pacientů pozorujeme bolesti hlavy, nauseu, zvracení, epileptický záchvat, edém papil, ložiskové neurologické příznaky (hemiparéza), paraklinické testy (zvýšená hladina dimerů). Léčbou je aplikace heparinu, trombolýza, úprava vnitřního prostředí. U většiny nemocných se klinické příznaky upraví bez residuálních následků, na druhé straně okolo 10 % případů končí smrtí pacienta. Z hlediska klinického obrazu rozlišujeme:

a) TIA (transientní ischemická příhoda), u které dochází k odeznění klinické symptomatologie v karotickém povodí do 24 hodin, ve vertebrobasilárním povodí do 72 hodin od jejího počátku (ve velké většině případů do několika minut), obvykle bez residuálního nálezu při vyšetření zobrazovacími metodami.

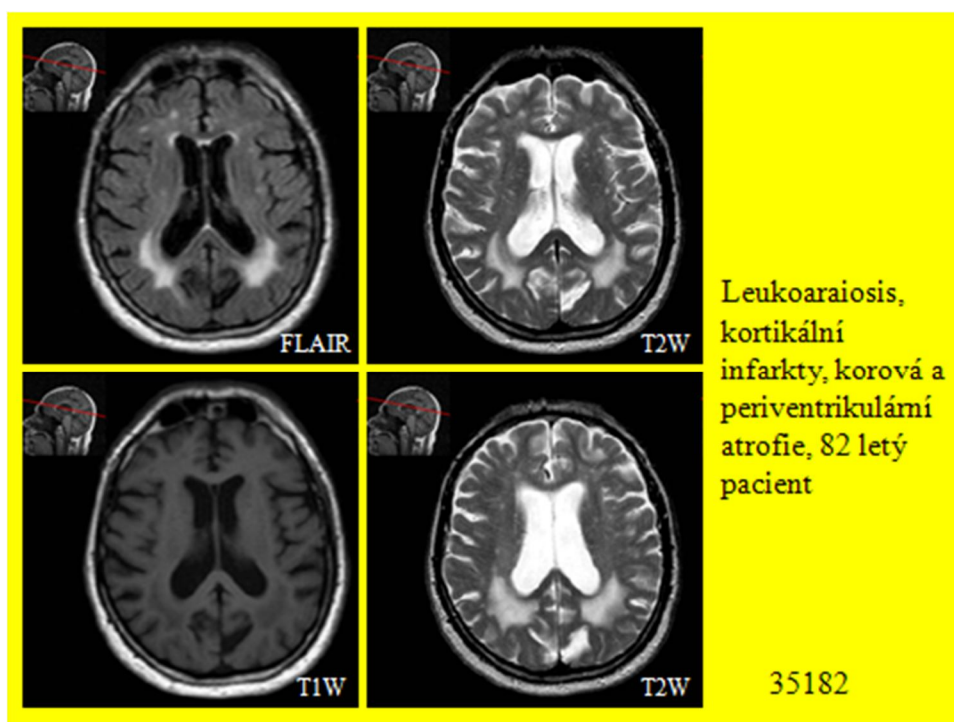
b) Progredující CMP (stroke in evolution) s narůstající klinickou symptomatologií.

c) Dokončená CMP (CS – completed stroke) v posledních 24 hodinách nedochází ke změně klinického obrazu v povodí karotickém, v povodí VB v posledních 72 hodinách.

Při postižení teritoria a. cerebri media je přítomna hemiparéza na kontralaterální straně těla, s výraznějším postižením horní končetiny, při lézi dominantní hemisféry často doprovázena afasií. Při ischemii teritoria a. cerebri anterior je rovněž přítomna hemiparéza na kontralaterální straně těla s výraznějším postižením dolní končetiny. Při CMP v povodí a. cerebri posterior je dominantním příznakem kontralaterální homonymní hemianopsie. Při těžké poruše nebo úplné zástavě mozkové perfúze (např. zástava srdce při infarktu myokardu) dochází k celkové (globální) mozkové hypoxii, kdy po několika minutách při neobnovení mozkové cirkulace nastane mozková smrt. Na mozku můžeme pozorovat i chronické cévní změny, některé snad i v důsledku „stáří“, jiné vlivem aterosklerotických změn, hypertenze... Mezi ně patří periventrikulární leukomalacie (PVL): termín je ve většině případů vyhrazen pro posthypoxicko – ischemické postižení bílé hmoty v období pre a perinatálním.

Na mozku můžeme pozorovat i chronické cévní změny, některé snad i v důsledku „stáří“, jiné vlivem aterosklerotických změn, hypertenze apod.

Mezi ně patří kromě atrofie mozkové, např. leukoareióza: Příčinou jsou nejspíše arteriosklerotické změny na drobných cévách v bílé hmotě mozkové. Histologickým korelátem ložisek je demyelinizace, glióza, rozšíření perivaskulárních prostorů, přítomnost séra z poruchy hematoencefalické bariéry, drobná ložiska nekrózy. Velké procento pacientů je bez klinické symptomatologie, někdy při rozsáhlejších lézích pozorujeme organický psychosyndrom, demenci, pyramidovou symptomatologii, spasticitu, extrapyramidovou symptomatologii, nemocní často se léčí pro hypertenzi, diabetes mellitus.



Obr. č. 6

Subarachnoidální krvácení - SAK vzniká na základě aneurysmatu – výdutě nebo arteriovenózní malformace vznikajících skoro vždy embryonálně. Tyto vrozené vady se většinou nijak neprojeví až do okamžiku, kdy prasknou.¹ Jedná se o „spontánní nitrolební krvácení.“² ponecháme-li stranou trauma, přítomnost krve mezi pia mater a arachnoideou je ze 75% v důsledku ruptury aneurysmatu, 6% tvoří krvácení z AVM, vzácnější příčinou jsou

¹ NEBUDOVÁ, J. *Cévní mozkové příhody: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 1999. s. 82. ISBN 80-7254-41-6

² RICHARDS, A. – EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 249. ISBN 80-247-0932-5

krvácivé stavy, antikoagulancia, tumory, vaskulitidy. V 20% je příčina nejasná (snad hypertenze, trombozované aneuryzma či AVM). Pacient s SAK patří na neurochirurgii. Aneuryzma (tepenná výduť) se v průběhu života pozvolna vyvíjí v predilekčních místech oslabení cévní stěny artérií obvykle při jejich větvení. 70% všech aneuryzmat se nachází ve Willisově okruhu v oblasti vnitřní krkavice, ACA a přední komunikanty. Asi ve 30% jsou aneuryzmata mnohočetná.

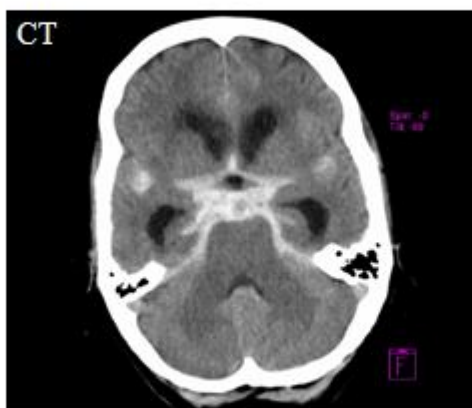
Na typickém vakovitém aneuryzmatu rozlišujeme vak tvořený stěnou, kde dochází k ruptuře, často i krček kterým vak komunikuje s arterií. Vak může vyplňovat krev, může být částečně či plně trombotizován, ve stěně vaku bývají kalcifikace. Velký vak mívá silnou stěnu a chová se jako expanze. Menší aneuryzma spíše krvácí, často i opakovaně. Recidiva je nejčastěji v prvních 24 hodinách od SAK. Každé další krvácení je závažnější a potencionálně nebezpečnější. I první ruptura vaku umí usmrtit v důsledku masivní tříštivé hemoragie. Arteriální krev v subarachnoidálním prostoru v okolí aneuryzmatu způsobuje spasmus, které závažně komplikují průběh SAK od zhruba 4. dne do konce 3. týdne. Spasmus neinvazivně monitoruje transkraniální vyšetření Dopplerem, jejich přítomnost vylučuje operaci. Více krve intrakraniálně zhoršuje nitrolební hypertenzi. Pokud krev z vaku tryská proti mozkové tkáni, vytvoří zde hematoma. Krev tak může proniknout i do mozkových komor. Závažnost příznaků odpovídá množství vylité krve, která působí meningeální syndrom. Prudká cefalea často s poruchou vědomí, nauseou a zvracením následuje někdy až po několika varovných atakách mírného zakrvácení. Nemocný je bagatelizuje, praktik pomýšlí na vertebrogenní původ, pacienti bývají i opakovaně vystaveni nebezpečí recidivy při manipulaci krční páteře. Klinické příznaky hodnotí škála podle Hunt a Hesse. Nález narůstá od st. I (jen cefalea), přes st. II cefalea a meningeální syndrom až st. III somnolence a lehké ložiskové příznaky, to vše s relativně dobrou prognózou a možností operace, pokud nejsou přítomny spasmus. Nepříznivé st. IV se soporem a výrazným ložiskovým nálezem má špatnou prognózu. Kóma - st. V, má ze všech nejhorší prognózu. Pro celkově závažný klinický stav se st. IV a CT potvrdí čerstvou krev subarachnoidálně. Pokud je CT negativní u pacienta při vědomí bez ložiskových příznaků a podezření na SAK trvá, provádíme LP (nejdříve za 6 hodin od vzniku krvácení k odlišení od arteficiální příměsi krve). LP je diagnostickou metodou volby, není-li CT k dispozici ale až po vyšetření očního pozadí k vyloučení mštnání. Příznaky ložiskové a porucha vědomí nutí k přijetí na neurochirurgii (možnost operace při časně recidivě). Průkaz aneuryzmatu je angiografický. Panangiografie vyloučí vícečetné léze (až v 30%). DSA doplní šikmé projekce pro přesnou lokalizaci krčku. MRA jako předoperační vyšetření cév na základě našich zkušeností v současné době nestačí. Existují však v literatuře zprávy

z klinických pracovišť, které operují tepenné vydutě na základě neinvazivních vyšetření cév (MRA). Předpokládáme, že v budoucnu, zdokonalením software, bude možné v tomto trendu, tedy operovat na základě neinvazivních vyšetření cév, pokračovat.



Obr. č. 7 MR T2W obraz arteriovenózní malformace v pravé mozkové hemisféře

Akutní operace je možná do 3 dnů od ruptury, později hrozí spasmus s vážnými následky. Odložená operace se provádí po 3 týdnech absolutního klidu na lůžku (spasmus odezní). Prevencí spasmů je nimodipin blokátor Ca^{2+} , omezíme kašel a břišní lis (projímadla). Neurochirurgický zásah spočívá v nasazení svorky (nemagnetické s titanem umožní MR kontroly) na krček aneuryzmatu za kontroly mikroskopu. Náročná operace trvá obvykle několik hodin. Nasazením svorek na krčky všech aneuryzmat je nemocný uzdraven.



Obr. č. 8 Subarachmoidální krvácení

2.2.3 Rizikové faktory CMP

Pro každé onemocnění existují určité rizikové faktory, které podporují jeho vznik. Člověk do jisté míry může ovlivnit, zda některé nemoci získá či ne. Není tomu jinak ani u centrální mozkové příhody. Existují však faktory, které jsou dědičné, ty neovlivníme. Mezi takové dle autorky Valery Feigin 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 aneurysma (tepenná výduť)
- Výskyt CMP v rodině a další genetické faktory
- Zvyšující se věk osoby
- Pohlaví (muži více než ženy)
- Migrény¹

¹ FEIGIN, V. Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 49. ISBN 978-80-7262-428-7

Tyto faktory se mohou navzájem ovlivňovat, navzájem se posilovat. „Např. lidé s vyšším krevním tlakem častěji trpí srdečními chorobami a aterosklerózou, cukrovka podporuje aterosklerózu a vysoký krevní tlak.“¹

Faktory, které člověk ovlivnit může se nazývají návykové. Ty mohou být ovlivněny životním stylem a chováním jedince. Mezi nejvýznamnější patří dle autorky Valery Feigin:

- „Kouření (aktivní a pasivní), není prokázán vliv na CMP
- Nezdravá strava a Nadváha“²
- Zvýšená konzumace alkoholu, není prokázán vliv na CMP
- Sedavý způsob života
- Spánková apnoe (přechodná zástava dechu ve spánku)
- Užívání antikoncepčních pilulek

Jak tedy ovlivnit faktory, které se ovlivnit dají? Kouření má jistě vliv na kardiovaskulární onemocnění, tím nepřímo na CMP, ale přímý vliv myslím prokázán nebyl. Zdravá životospráva, dostatek pohybu, alkohol nejspíše škodí až při zvýšeném a chronické užívání, vyhledat lékaře při přítomnosti spánkové apnoe, nebrat drogy.

Pokud ale člověk má zvýšené riziko pro získání této nemoci v důsledku neovlivnitelných faktorů, měl by být pod dohledem lékařů a podstoupit předepsané preventivní léčby.

2.2.4 Příznaky CMP

Cévní mozkovou příhodu provází různé projevy. Jsou většinou původu neurologického, „ale v 5% se vyskytuje jako asymptomatická (bez příznaků). Vždy závisí na dané oblasti mozku, která je poškozená.“³

Ve většině případů je CMP na první pohled rozpoznatelná, ale zde uvedené příznaky pochopitelně nejsou u všech pacientů přítomny.

¹ FEIGIN, V. Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 49. ISBN 978-80-7262-428-7

² FEIGIN, V. Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 49-50. ISBN 978-80-7262-428-7

³ VITALION.CZ. Cévní mozková příhoda. [online]. c2012. Zdroj dostupný v rámci systému Vitalion.cz z <http://nemoci.vitalion.cz/cevni-mozkova-prihoda/>

Pacient obvykle vypadá „jako by byl mimo sebe, je zmatený, má povislý koutek a jazyk k jedné straně úst, mohou mu samovolně vytékat povislým koutkem sliny z úst.“, ale může být v těžkém bezvědomí nebo naopak plně lucidní.¹ často je porucha hybnosti poloviny těla, porucha řeči ve smyslu schopnosti řeči nebo ji rozumět. Tyto známky jsou obvykle rozpoznatelné i laickou veřejností.

Náhly uzávěr karotidy končí často smrtí, přežití se pojí vždy s těžkou invaliditou. V 10% jsou ACP (a.cerebri posterior) zásobené výlučně z karotid přes zadní komunikanty, v tom případě vznikne malacie i v povodí ACP.

Pokud uzávěr ACI vzniká postupně, může být zcela bez klinických projevů, vzniknou-li ložiskové příznaky jsou většinou kontralaterálně ať jde o poruchy hybnosti, čítí nebo hemianopii. Při postižení dominantní levé hemisféry je afázie, postižení nedominantní se pojí s desorientací v prostoru, apraxií a neglect syndrom (opomíjením) levé poloviny prostoru.

A.opthalmica je první větví vnitřní karotidy, zásobuje sítnici. Uzávěru často předchází embolizace vedoucí k přechodné ztrátě zraku - amaurosis fugax. Trvalý uzávěr vede ke ztrátě zraku postiženého oka. Je-li příčinou embolus z bifurkace, bývá průběh stupňovitý. Paretické příznaky jsou kontralaterálně k ložisku a očním projevům.

a) ACA - a. cerebri anterior

Z příznaků je v popředí kontralaterální hemiparéza (DK více postižena) - z leze gyrus precentralis. Oboustranné postižení ACA může způsobit paraparézu DK a časté psychické příznaky (prefrontální syndrom) v důsledku postižení čelních mozkových laloků. Odlišení je nutné jednak proti tumoru (meningeom), jednak proti míšní lézi.

b) ACM - a. cerebri media

Klinické příznaky jsou kontralaterální hemiparéza s hemihypestézií (HK více postižena), při lézi dominantní hemisféry bývají poruchy fatické. Léze nedominantní hemisféry vede k poruše prostorové orientace, apraxii a neglect syndromu. Oči a hlava jsou stočeny ke straně léze, nemocný se dívá na ložisko.

Z této cévy jsou zásobené i obě capsulae internae. Jednostranná malacie je v této oblasti častá a projeví se kontralaterální hemiparézou a typickým Wernicke-Mannovým držením.

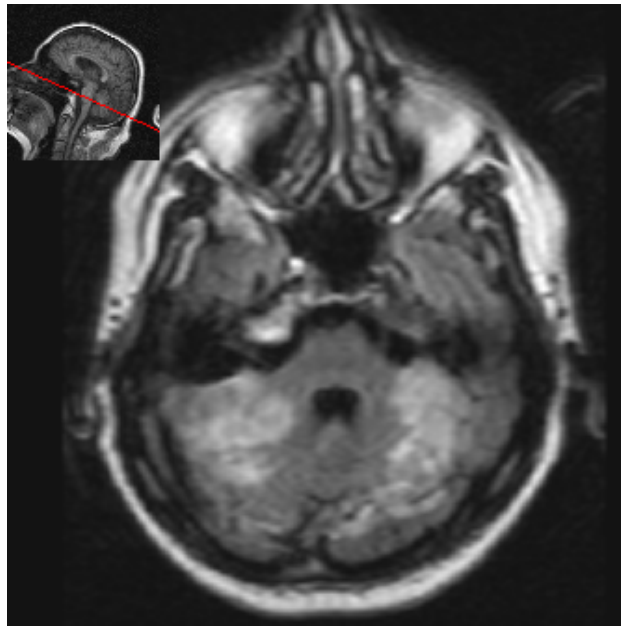
¹ VITALION.CZ. Cévní mozková příhoda. [online]. c2012. Zdroj dostupný v rámci systému Vitalion.cz z <http://nemoci.vitalion.cz/cevni-mozkova-prihoda/>

c) Malacie ve VB (vertebrobazilárním) povodí

Jednostranný uzávěr ACP je provázen kontralaterální homonymní hemianopií s centrální úsporou, postižení oboustranné vede ke korové slepotě. Jsou-li postiženy některé z větví této tepny v sousedních korových polích je zraková agnózie, agnózie barev, alexie, talamický syndrom. Ischémie kmenových artérií z a. bazialis působí alternující hemiparézy - MN postiženy na jedné straně a hemipareza kontralaterálně. Wallenbergův syndrom je lezí v oblasti PICA (A.Cerebelli Inf. Post.). Ischemie v oblasti AICA (A.Cerebelli Inf. Ant.) vede k poruše sluchu a vestibulárním příznakům. Přechodné snížení

perfúze ve VB povodí nazýváme vertebrobazilární isuficiencí.

Ischémie v oblasti ZJ lební může vzniknout i na základě tzv. steal fenoménu při stenóze a. subclavia před odstupem a. vertebralis. Potřeba většího přísunu krve pro práci HK obrátí tok krve v a. vertebralis a vede tak k okrádání vertebrobazilárního řečiště a ischemii kmenových struktur.



Obr. č. 9 MR ischemie v oblasti mozečkových hemisfer(vertebrobasilárním povodí)



Obr. č. 10 Magnetická rezonance

2.2.4 Trvalé následky a důsledky CMP

Pacient se může zcela uzdravit, respektive nemít žádné trvalé následky, nebo CMP může vést až k smrti jedince. Nejvyšší riziko úmrtí je během prvních tří dnů od iktu. Čím delší doba od příhody, tím je menší mortalita. Pod velkou hrozbou smrti jsou ti, kteří během příhody jsou v bezvědomí, mají kmenové příznaky, nepravidelné dýchání, nebo dokonce apnoe, asymetrii velikosti zornic. Vyšší riziko je u starších a polymorbidních nemocných, Trvalé následky jsou velmi rozmanité a v různé intenzity:

- „Dílčí nebo úplná ztráta hybnosti a síly paže nebo nohy na jedné straně těla
- Zmatenost, problémy při myšlení a vzpomínání
- Komunikace s okolím (neschopnost mluvit, rozumět mluvené řeči, nepochopení psanému textu)
- Problémy s polykáním

- Problémy s viděním
- Poruchy koordinace při sezení, stání, chůzi
- Pravá nebo levá orientace
- Demence, respektive různých kognitivních funkcí
- Poruchy nálad
- Epileptické záchvaty
- Bolesti hlavy
- Špatná schopnost kontroly močového měchýře nebo tlustého střeva
- Apod.¹

2.2.5 Vznik dalších CMP

Není vyloučeno, že osoba, která prodělala CMP jednou, nemůže prodělat recidivu. Bohužel člověk může prožít iktus několikrát. „Riziko další mozkové příhody po prodělaném prvním iktu závisí na typu prvního iktu, věku pacienta a souvisejících zdravotních problémech, zejména těch, které přispěly už ke vzniku prvé mozkové příhody.“²

Největší nebezpečí hrozí v prvních dvanácti měsících po příhodě. Větší riziko je především u pacientů, kteří nebyli dostatečně léčeni s určitými zdravotními problémy, např. „fibrilace síní, vady srdečních chlopní.“³ Aby bylo riziko druhé CMP nižší, je důležité, aby byly řešeny problémy, které vedly k prvnímu iktu.

Mnohé z rizikových faktorů, které vedly k prvnímu iktu „přispívají ke zvýšenému výskytu srdečních chorob, a proto mnozí z těch, kteří přežili mozkovou příhodu, umírají na srdeční infarkt, pokud u nich nejsou podchyceny rizikové faktory.“⁴

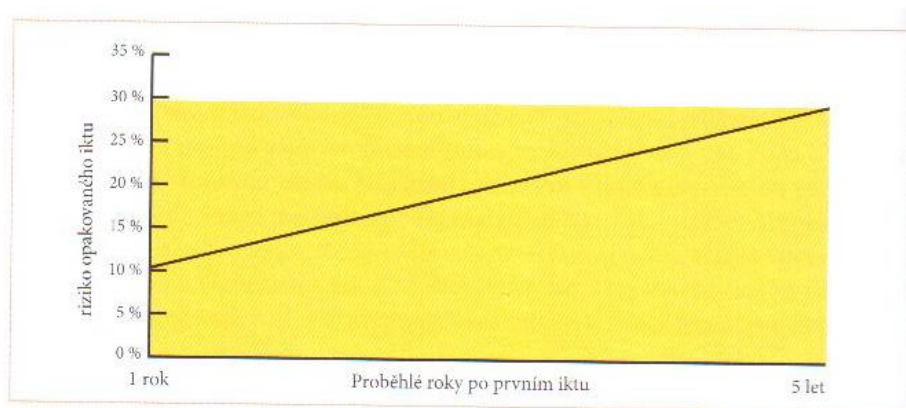
Pro pacienta je důležité, aby ho pravidelně kontroloval praktický lékař a v případě nebezpečí situaci řešil.

¹ FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 103-105. ISBN 978-80-7262-428-7

² FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 106. ISBN 978-80-7262-428-7

³ FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 106. ISBN 978-80-7262-428-7

⁴ FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 106. ISBN 978-80-7262-428-7



Zdroj: FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 106. ISBN 978-80-7262-428-7

2.2.5.1 Naděje na uzdravení

„Zotavování po mozkové příhodě je dlouhodobý proces.“¹ Tento proces probíhá především během prvních dvou až tří let. Zcela logicky záleží na mnoha faktorech. Jedním ze základních limitů je rozsah“ zničené“ mozkové tkáně. Roli hraje samozřejmě věk, která oblast mozku byla poškozena, další onemocnění pacienta, které mohou limitovat rekonvalescenci, v neposlední řadě také spolupráce nemocného, rodiny, prostředí ve kterém žije.

Je důležité, aby rehabilitace, která je započata již následně po iktu, pokračovala i po odchodu z nemocnice. Měla by pokračovat dle trvalých následků po celý další život pacienta. „Přibližně jedna třetina pacientů s iktem získá zpět úplně – nebo téměř úplně – ztracené schopnosti a navrátí se během prvního roku ke svým předchozím aktivitám a životnímu stylu.“² Doba zotavování závisí na typu a závažnosti příhody, jak výše uvedeno.

Nutné je začít s rehabilitací již prakticky v akutním stádiu onemocnění, nejedná se jen o cvičení, ale pochopitelně nácvik k soběstačnosti (naučit se pečovat o osobní hygienu, oblékat se apod.).

¹ FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 109. ISBN 978-80-7262-428-7

² FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 109. ISBN 978-80-7262-428-7

2.2.6 Zdravotní a sociálně ekonomický problém

Problémem CMP není jen problém zdravotní. V poslední době je problémem také sociálně-ekonomickým. Odhaduje se, že léčba CMP a následná péče o tyto nemocné spotřebuje až 10 % všech nákladů, které vyspělé země ročně vyčlení na zdravotnictví.¹

Pro nezhoršování situace je dle odborníků nutné:

- Zlepšení v organizaci péče o nemocné s CMP (dostupnost ve všech regionech, dostatečná rychlost)
- „Integrovaní roli v komplexní péči o nemocné by měli sehrávat hlavně neurologové“²
- Primární léčba v iktových centrech či jednotkách s kvalitními týmy odborníků a adekvátním zázemím

„Z výsledků studií vyplývá, že dobře organizovaná moderní péče o pacienta v časném stadiu po iktu významně snižuje absolutní riziko úmrtí a následné závislosti (např. komplexní péče na iktové jednotce o 5,6 %, podání trombolýzy o 6,3 %). Z pobytu na iktové jednotce totiž profitují všichni pacienti bez rozdílu pohlaví věku, a dokonce i tíže iktu. Díky hospitalizaci nemocného na iktové jednotce dochází ke snížení časné – až o 50 % – i pozdní – až o 18 % – mortality. Až o 29 % dochází ke zlepšení funkčního stavu pacienta a také se o 30 % zkracuje celková doba hospitalizace a snižuje nutnost následné institucionalizované péče.“³

Je nutné zdůraznit, že zatím přehnaně optimistické prognóza užití trombolýzy zcela nespĺnila očekávání a že výsledky nejsou zdaleka tak příznivé a optimistické jako u kardiovaskulárních onemocnění. Častou komplikací je krvácení do vzniklé ischemie a tím zhoršení klinického stavu někdy i smrt nemocného.

Ukazuje se, že hlavním limitem je její provedení od počátku začátku klinických příznaků, které musí být do 4,5 hodin, pak výrazně narůstají komplikace. Dle literárních údajů se zkouší různé metody mechanického odstranění trombu nebo embolu při

¹ MEDICAL TRIBUNE. *CMP – nutnost specifické akutní i následné péče*. [online]. c2000-2012 [cit. 20. dubna 2009]. Zdroj dostupný z <http://www.tribune.cz/clanek/13727>

² MEDICAL TRIBUNE. *CMP – nutnost specifické akutní i následné péče*. [online]. c2000-2012 [cit. 20. dubna 2009]. Zdroj dostupný z <http://www.tribune.cz/clanek/13727>

³ MEDICAL TRIBUNE. *CMP – nutnost specifické akutní i následné péče*. [online]. c2000-2012 [cit. 20. dubna 2009]. Zdroj dostupný z <http://www.tribune.cz/clanek/13727>

angiografickém vyšetření, které se ukazují jako nadějně, ale musí být vyhodnoceny v multicentrických studiích.

2.2.7 Ošetrovatelská péče u pacientů s akutní mozkovou příhodou

Péče akutní i následná je velmi nutná. „Cévní mozkové příhody (CMP) jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích. Četnost výskytu (incidence) v ČR je asi 250 příhod na 100 000 obyvatel a rok (jedna z nejvyšších na světě). Závažná je i skutečnost, že touto nemocí jsou postiženi stále častěji i mladí lidé. CMP se staly problémem nejen medicínským, ale i sociálním a ekonomickým. V České republice je úmrtnost na cévní mozkové příhody ve věku do 65 let ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy dvojnásobná. Česká republika se spolu s dalšími zeměmi zavázala na Helsinborské konferenci přijmout léčebná a organizační opatření, která výrazně sníží počet úmrtí na CMP.“¹ Je tedy velmi důležité, aby i ošetrovatelská péče šla k takovým kvalitám, aby ve chvíli, kdy pacienta postihne toto onemocnění, byla péče o něj na vysoké úrovni a vedla pacienta k životu a ne ke smrti.

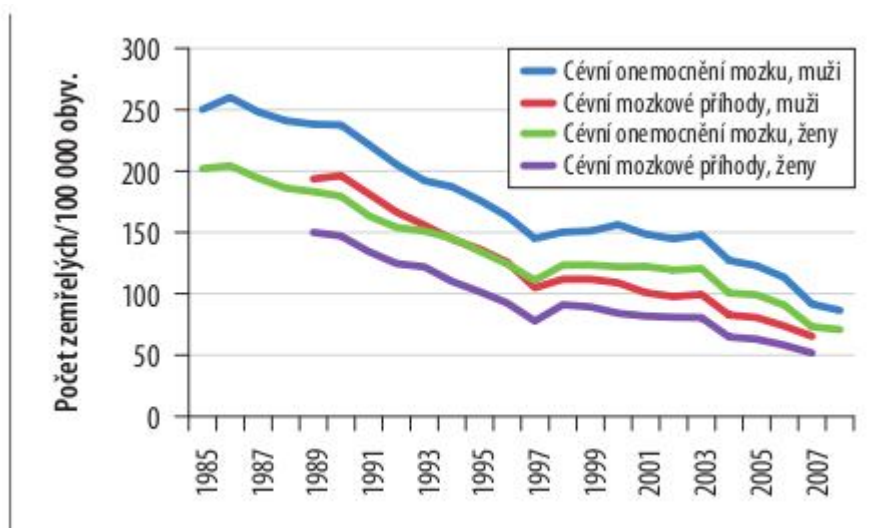
„Co se týče statistik u cévní mozkové příhody, různě závažnou formu CMP má až 40.000 lidí v ČR ročně. 1/3 pacientů umírá, hlavně z důvodu, že přijdou k zaléčení mrtvice pozdě. 15% pacientů má poruchu řeči. 22% pacientů má poruchu chůze. 45% pacientů je v různém stupni ochrnuto na polovinu těla. 1/4 - 1/2 pacientů je doživotně závislá na cizí pomoci. Roční náklady na nemocniční péči o pacienty s CMP jsou 1,25 miliardy Kč. Díky prevenci a zlepšující se léčbě úmrtnost od roku 1986 klesla o 62%.“²

Pro představu je uveden následující graf. Vykresluje vývoj standardizované mortality na cévní onemocnění mozku a CMP v ČR v letech 1989-2007.

¹ FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ. *Mrtvice*. . [online]. c2011. Zdroj dostupný z <http://www.fnusa.cz/files/mrtvice.pdf>

² MLČOCH, Z. *Cévní mozková příhoda - příběhy lidí - začátek a příznaky, průběh, léčba*. [online]. [cit. 1. března 2008.] Zdroj dostupný z <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/poradna/medicina-pravo/cevní-mozkova-prihoda-cmp-statistiky-cr-a-prevence>

Graf 2 Vývoj standardizované mortality na cévní onemocnění mozku a CMP



Zdroj: <http://www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnych-mozkovych-prihod>

Je jisté, že pacient s akutní mozkovou příhodou potřebuje zvláštní péči, která je v souladu s jeho nemocí. Ošetřovatel musí poznat hlavní příznaky, přijmout a uložit pacienta, sledovat nemocného v průběhu choroby. Musí také pečovat o jeho duševní pohodu a osobní hygienu. Musí dbát na jeho výživu, podávat mu léky a rehabilitovat jej.¹

2.2.7.1 Hlavní příznaky

Osoba je v bezvědomí, nebo má alterované vědomí, trpí poruchou hybnosti poloviny těla (hemiparéza, hemiplegie). „Někdy se rozvíjí hemiparéza (plegie) a afázie bez poruchy vědomí, ale může začínat klinická symptomatologie například epileptickým záchvatem, paresteziemi apod.²

¹ FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ. *Mrtvice*. . [online]. c2011. Zdroj dostupný z <http://www.fnusa.cz/files/mrtvice.pdf>

² NEUWIRTH, J. – FIFERNOVÁ, G. *Ošetřovatelství II: Učebnice pro střední zdravotnické školy*.

2.2.7.2 Příjem a uložení nemocného

Ve starých učebnicích je stále uváděn následující postup. Nemocné, kteří jsou při vědomí přijímají na oddělení interny, na standardní ošetrovací jednotce. Nemocní, kteří jsou v bezvědomí jsou přijímáni na JIP. Zde je rozdíl mezi CMP a jinými chorobami nervového systému (u jiných nemocí nervového systému bývají pacienti přijímáni na jednotky nervových oddělení).

Dnes všichni nemocní s CMP, pokud to okolnosti dovolí jsou přijímáni na iktové centrum. Tento postup lze obhájit z několika faktorů. Právě klinicky lehčí forma CMP jsou často indikovány k trombolytické léčbě, kterou je možné provádět právě na těchto specializovaných oddělení. Dalším faktorem je skutečnost, že řada CMP se dále vyvíjí v čase a z relativně lehké formy CMP se může postupně vyvinout těžký klinický stav pacienta, s bezvědomím, nezřídka končící smrtí jedince.

Z uvedených skutečností logicky vyplývá, že první minuty a hodiny je nutná o pacienta s CMP intenzivní, multioborová péče.

Z hlediska ošetrovatelství od počátku je zahájen následující režim. Při uložení, je důležité, aby byly polohovány ochrnuté končetiny, „aby nedošlo ke kontrakturám.“¹ Zvláštní péče se musí věnovat noze, která je na nehybné polovině těla. Měla by být držena v pravém úhlu k bérce. Z tohoto důvodu se vkládá do lůžka bedýnka, o kterou je ploska nohy opírána. „Ruku postižené horní končetiny ukládáme hřbetem nahoru a pod prsty vkládáme váleček z buničité vaty.“² K prevenci komplikací jako jsou krevní sraženiny, proleženiny, zápal plic apod. je důležité polohování celého člověka. Polohování probíhá po dvou hodinách v pořadí pravý bok, záda, levý bok, záda, pravý bok atd.

Polohování musí probíhat i během noci. Aby byl pohyb „převalování“ usnadněn existují „pomocné nylonové potahy.“³

2. vyd. Praha: Avicenum, 1989. s. 184.

¹ NEUWIRTH, J. – FIFERNOVÁ, G. *Ošetrovatelství II: Učebnice pro střední zdravotnické školy.*

2. vyd. Praha: Avicenum, 1989. s. 184

² NEUWIRTH, J. – FIFERNOVÁ, G. *Ošetrovatelství II: Učebnice pro střední zdravotnické školy.*

2. vyd. Praha: Avicenum, 1989. s. 184.

³ FEIGIN, V. Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 131. ISBN 978-80-7262-428-7

2.2.7.3 sledování nemocného v průběhu choroby

Tento úkol je nejdůležitější ze všech. Pacient musí být sledován, zaměření je cíleno konkrétně na:

- „Průchodnost dýchacích cest
- Stav vědomí
- Puls
- Krevní tlak
- Teplotu
- Vyprazdňování“¹

Pacient v bezvědomí musí mít zavedenou permanentní cévku. Stav vědomí se zjišťuje kladením otázek, měnou jejich intenzity a techniky. Otázky by měly být srozumitelné, takové, aby ošetřovatel byl schopný posoudit, zda je pacient dezorientován či ne. Další možností, jak zjistit stav vědomí nemocného je dotyk a oslovení. Pokud neodpoví, intenzita doteku je zvyšována, je možné i zatřást rameny nebo píchnutím nějakým předmětem. Pokud ani jedna z možností není dostačující, je potřebné štípnout pacienta do „trapézového svalu nebo velkého pectorálního svalu (nikdy neštípat do prsních bradavek, kde může snadno vzniknout modřina).“ Nejlépe je stav vědomí podrobně popsat, ale obvykle stačí reakce na verbální výzvu, eventuelně spontánní projev, zdali je adekvátní, při těžším poruše vědomí reakce na nociceptivní podnět, jak níže uvádím.² Dýchání je hodnoceno dle:

- Dechové frekvence (optimum záleží na věku – novorozenec 55 dechů za minutu, dospělý 15-20 dechů za minutu)
- Hloubky dýchání (pozorování pohybů hrudníku a břicha)
- Pravidelnost dýchání (sledování rytmu vdechu a výdechu)
- Charakter dýchání (hodnocení námahy, kterou musí pacient vynaložit)

¹ NEUWIRTH, J. – FIFERNOVÁ, G. *Ošetřovatelství II: Učebnice pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1989. s. 184.

² ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s. 141. ISBN 80-246-1091-4

Existuje Glasgowská stupnice, dle které se hodnotí, v jakém stupni vědomí pacient je:

PODNĚT	REAKCE	BODY
Otevření očí	Spontánně	4
	Na oslovení	3
	Bolestivý podnět	2
	Pacient nereaguje	1
Slovní	Plně orientován	5
	Zmatená	4
	Nepřiměřená	3
	Nesrozumitelná	2
	Bez odpovědi	1
Motorická	Uposlechně příkaz	6
	Cílená obrana	5
	Úhyb	4
	Flexe na bolest	3
	Extenze na bolest	2
	Bez odpovědi	1
Celkové skóre		3-15

Zdroj: ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha, Karolinum, 2006. s. 141. ISBN 80-246-1091-4

Dle výsledku je posuzován stav pacienta. Může mít lehkou poruchu vědomí – 13 a více bodů, střední 9-12 nebo těžkou 8 a méně bodů.

Puls je měřen pohmatem nebo poslechem. Je sledována pravidelnost, frekvence a kvalita. „Frekvence tepu je různá, u zdravého člověka kolísá od 60 do 80 pulsů za minutu. U sportovců může fyziologická frekvence klesnout i pod 50 pulsů za minutu, u novorozenců se pohybuje mezi 120 až 140 tepy za min, u desetiletého dítěte je její hodnota přibližně 90 tepů za minutu.“¹ Kvalita je posuzována dle toho, jak lze puls nahmatat.

Tlak krve je měřen pomocí katétru intraarteriálně nebo tonometrem a fonendoskopem. Záleží na stavu pacienta.

¹ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s. 157. ISBN 80-246-1091-4

Optimální hodnoty jsou 120/80 mmHg (mmHg – zkratka pro naměřené hodnoty rtuti ve rtuťovém sloupci).

Na druhé straně je si nutné uvědomit, že nízký tlak u nemocného s cévní, ischemickou příhodou není optimální, protože se logicky snižuje prokrvení postižené mozkové tkáně. Proto i krevní tlak systolický okolo 150-160mm Hg raději příliš nesnižujeme, jiná situace je pak v subakutním a chronické stádiu.

Na některých pracovištích se u pacientů v akutním stádiu snaží o snížení tělesné teploty, což logicky snižuje metabolismus a tím i naději mozkové buňky na přežití na méně příznivých podmínkách. Provádějí tuto hypotermii například aplikací ledových infuzních roztoků, balí nemocné do prostěradel, která před použitím měli v mrazáku. Nutné je měření centrální teploty, obvykle v močovém měchýři, která by měla být okolo 34 stupňů. Při nižší teplotě se objevuje arytmie, pokles krevního, porucha funkce ledvin.

Rozlišujeme:

- „Normální (120-129 mmHg/80-84 mmHg)
- Vyšší normální (130-139 mmHg/85-89 mmHg)
- Mírná hypertenze (140-159 mmHg/90-99 mmHg)
- Střední hypertenze (160-179 mmHg/100-109 mmHg)
- Těžká hypertenze (180 mmHg a více/ 110 mmHg a více)
- Hypotenze (snížený tlak, pod 85 mmHg/ pod 60 mmHg)¹

Tělesnou teplotu sleduje zdravotník pomocí teploměru nejčastěji mezi čtvrtou až šestou hodinou ráno, kdy je teplota nejnižší a mezi patnáctou až sedmnáctou hodinou, kdy je nejvyšší. Dle stavu pacienta je teplota sledována i během dne.

Změněné hodnoty tělesné teploty jsou:

- Zvýšená teplota (37-38°C)
- Horečka (38-40°C)
- Hyperpyrexie (nad 40°C)
- Subnormální teplota (pod 35,5°C)¹

¹ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s. 153. ISBN 80-246-1091-4

2.2.7.4 Péče o duševní pohodu

Každý člověk, který prodělal cévní mozkovou příhodu, je bezpochyby deprimován. Často jsou pacienti po iktu podráždění, nespokojení, smutní. „Ukazuje se, že lidé s depresí po iktu mají oproti jedincům bez deprese třikrát větší pravděpodobnost, že do 10 let od mozkové příhody zemrou – včetně započítaných sebevražd.“²

Nejčastěji jsou lidé deprimováni hned po iktu, je to důsledek poškození schopností pacienta. Deprese však může přijít i později, když si nemocný uvědomí následky, které s sebou cévní mozková příhoda nese.

Ošetřovatel také musí vědět, že pacient po CMP je citlivý na změny. Měl by povzbuzovat nemocného, aby o svých obavách mluvil.

Zotavení pacienta je z velké části závislé na jeho duševní pohodě. Lidem v jeho okolí by mělo záležet na tom, aby v duševní pohodě byl. Motivovat ho ke snaze rehabilitovat. Toto platí i pro zdravotnického pracovníka. Měl by ho povzbuzovat. Nejlepším způsobem, jak to dělat je vedení k aktivní spolupráci, rehabilitovat s ním. Na místě je také pochvala pokroků, snaha dorozumět se s pacientem. Lze říci, že se musí u pacienta vyvolat kladná emoce pro jeho další léčbu, prostě pacient se musí sám chtít uzdravit.

Jak již bylo výše uvedeno, zdravotnický pacient musí mít nejen znalosti v oboru, musí být také osobou, která umí kriticky myslet a reagovat v daných situacích. Přístup k pacientovi v oblasti jeho duševní pohody tyto dovednosti bezpochyby vyžaduje.

Nutné pacienta seznámit s jeho další perspektivou, možnosti užitečného života. Spolupráce s jeho partnerem, rodinou je zásadní.

¹ ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s. 153. ISBN 80-246-1091-4

² FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 158. ISBN 978-80-7262-428-7

2.2.7.5 Péče o osobní hygienu

Osoba, která není schopná se pohybovat nebo je dokonce v bezvědomí, nedokáže se postarat o svou hygienu. Musí však být vykonávána. Tuto starost musí převzít sestra. Musí věnovat pozornost očím, nosu a ústní dutině. Také musí dbát na hygienu křížové krajiny, okolí genitálu a konečníku.

Ošetřovatel by měl ústní dutinu otírat „zvlhčovacím roztokem nebo gázou.“¹ Tato péče je nutná hlavně pro pacienty, kteří nepolykají nebo polykají špatně. Tyto gázy jsou využívány také k otírání očních víček. Oči je v případě nutnosti, kdy pacient je pacient nezavírá dobré také zvlhčovat kapkami, aby nevyschly.

Do doby než je nemocný schopen sám ovládat vyměšování, musí mít pleny, které je nutno měnit, nejlépe při polohování. „Muži mohou být udržováni v suchu s použitím lahve, tzv. bažanta. V některých případech lze do močového měchýře vsunout cévku, která automaticky odvádí moč. Ženy musí být udržovány v suchu pravidelným použitím inkontinenčních podložek nebo použitím močové cévky.“² Dlouhodobé použití cévek však může vést až k infekci močového ústrojí.

V případě špatné funkce střev, což se po CMP stává, je nutné, aby pacient dostával přiměřenou stravu, dostatek tekutin, vlákninu a měl dostatečnou tělesnou aktivitu. Pokud není toto vše možné, mohou být použity „látky změkčující stolici nebo čípky či klyzma.“³

Ve chvíli, kdy je pacient schopen tyto úkony vykonávat, sestra ho motivuje, aby osobní hygienu nezanedbával.

Pro osobu, která utrpěla CMP, není jednoduché osobní hygienu vykonávat, je potřebné jednotlivé úkony s pacientem nacvičovat, používat při nácvičku vhodné pomůcky. Pro tento úkol je nutné, aby byl ošetřovatel trpělivý.

¹ FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 135. ISBN 978-80-7262-428-7

² FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 148. ISBN 978-80-7262-428-7

³ FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 149. ISBN 978-80-7262-428-7

2.2.7.6 Výživa

Je-li nemocný v bezvědomí, musí mu být dodávány tekutiny a energie infúzí. Jakmile je možné, aby pacient polykal, může mu být podáváno jídlo ústy. Cvičení schopnosti samostatně se najíst a napít je započato hned, jakmile je pacient alespoň trochu schopný.

Zdravotní sestra by měla být schopna rozpoznat, zda je pacient schopen polykat. Mezi známky, že to nejspíš nebude možné patří:

- „Špatně srozumitelná řeč
- Jakoby vlhce bublavý hlas
- Jednostranně pokleslý ústní koutek“¹

Kontrolu polykání lze provést podáním malého množství vody.

„Strava by měla být chutná, vyvážená, v přiměřeném množství a s dostatkem tekutin, vlákniny, vitamínů, minerálů a stopových prvků.“²

2.2.7.7 Podávání léků

Jako léky jsou označovány léčivé látky a léčivé přípravky, upravené k použití a vydávané nemocnému.³ Lék musí být připravován dle lékařského předpisu.

Pacient obvykle dostává léky, které užíval před předmětnou příhodou. Obvykle se jedná o starší nemocné, proto řada z nich užívá léky na hypertenzi, proti cukrovce, ovlivňující kardiovaskulární systém, proto je naší snahou o tuto léčbu informovat.

„V akutním stadiu CMP je léčba cílena předně ke zvládnutí otoku mozku, který onemocnění téměř vždy provází.“⁴ K léčbě proti edému se používají nejlépe kortikoidy, ale i lékař předepíše další léky, podávají se mu i ty. Nutnou snahou je optimální vnitřní prostředí.

Z literatury je uváděno, že řada léků, která dříve běžně užívána, jako vasodilatancia, blokátory kalciových kanálů se v multicentrických studiích ukázala jako neúčinná, mnohdy i škodlivá.

¹ FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 143. ISBN 978-80-7262-428-7

² FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 144. ISBN 978-80-7262-428-7

³ TÓTHOVÁ, V. *Kapitoly z ošetřovatelství: Pro posluchače studijního programu Radiologický asistent*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1999. s. 79. ISBN 80-7040-332-2

⁴ NEUWIRTH, J. – FIFERNOVÁ, G. *Ošetřovatelství II: Učebnice pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1989. s. 185.

U mozkového krvácení se léčba příliš neliší, pochopitelně nemůže být aplikována trombolýza, zde musí být krvácení vyloučeno, na některých pracovištích aplikují K vitamin.

2.2.7.8 Rehabilitace

S pasivním cvičením postižených končetin je nutné začít hned na počátku. Na tomto cvičení se podílí i sestra, jelikož musí být časté a návštěvy rehabilitační sestry nestačí. Sestra opakuje cvičení odpoledne a večer. Je nutné, aby byly procvičovány všechny klouby postižených končetin.

Ve chvíli, kdy je to možné a pacient je schopen, začíná se s aktivním cvičením, které se provádí 3x-4x denně. Ošetřovatel musí motivovat nemocného k samostatnému cvičení. Používají se rehabilitační pomůcky a nacvičují se každodenní činnosti.

2.2.8 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces jsem zpracovala u pacienta s diagnózou cévní mozková příhoda s pravostrannou hemiparézou, který byl přijat na jednotku intenzivní péče neurologického oddělení. Veškeré informace jsem získala rozhovorem s pacientem, rozhovorem s rodinnými příslušníky, pozorováním a z lékařské zprávy. Na základě získaných informací jsem zpracovala ošetřovatelský proces, stanovila základní ošetřovatelské diagnózy a sestavila individuální ošetřovatelský plán.

2.2.8.1 Základní informace

Oddělení	Jednotka intenzivní péče neurologického oddělení
Iniciály klienta	K. B.
Rok narození	1950
Den přijetí	4.2. 2013
Den hospitalizace	První
Dg.hlavní	Cévní mozková příhoda - ischemická v povodí ACM
Dg. vedlejší	Hypertenzní choroba, vertebrogenní obtíže

Pacienta jsem ošetřovala od 4. února 2013 do 8. února 2013.

Plán individuální ošetřovatelské péče je platný od 4. února 2013 do 8. února 2013.

2.2.8.2 Důvod hospitalizace

Pacient byl přivezen rychlou záchrannou službou na jednotku intenzivní péče neurologického oddělení pro poruchu hybnosti pravé horní končetiny a fatické poruchy.

Dg: ischemie v povodí ACM vlevo, porucha hybnosti pravé horní a dolní končetiny středního stupně, smíšená afasie

2.2.8.3 Anamnestické údaje

- a) osobní anamnéza
 - pacient se léčí s arteriální hypertenzí, operaci ani úrazy neudává, vážněji nestonal
- b) rodinná anamnéza
 - pacient žije s manželkou a dcerou v rodinném domě, dcera i syn jsou zdraví, otec i matka se dožili vysokého věku, oba se léčili s hypertenzí
- c) pracovní anamnéza
 - pacient je nyní v důchodu, dříve pracoval jako zámečnick
 -
- d) alergická anamnéza
 - pacient neudává
- e) farmakologická anamnéza

UŽÍVANÉ LÉKY		
název	dávkování	farmakologická skupina
Valcasor 80mg	½ -o-o	antihypertenziva
Euphyllin CR 200	1-0-1	antiastmatika
Venoruton 300	1-0-1	venofarmaka
Milurit 100	1-0-1	antiuratika

- f) abusus
 - pacient nekouří
 - alkohol pije jen příležitostně

2.2.8.4 Nynější onemocnění

Pacient byl přivezen rychlou záchrannou službou na neurologické oddělení pro náhlou poruchu hybnosti pravé horní končetiny a fatickou poruchu.

2.2.8.5 Stav při příjmu

Pacient při vědomí, fatická porucha, ojediněle odpovídá, výzvě rozumí, hydratace normální, bez klidové dušnosti, bez icteru a cyanózy, ležící.

Hlava

- pokleповě nebolestivá, bulby volně pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, fotoreakce přímá i nepřímá +, bez nystagmu, čítí bez poruch, uši a nos bez výtoků, jazyk vlhký, bez povlaku, plazí ve střední čáře, karotidy bez šelestu, uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšena

Páteř

- dynamika páteře volná, bez omezení, bez bolesti

Hrudník

- symetrický, na pohmat a kompresi nebolestivý, dýchání čisté, sklípkové, akce srdeční klidná, pravidelná

Břicho

- měkké, prohmatné, nebolestivé, bez resistance, játra pod oblouk, slezina nehmatná, peristaltika +

Horní končetiny

- LHK v normě
- PHK vážnou hlavně drobné pohyby prstů, v Minagazinni pokles vpravo o 10 centimetrů, čítí obtížné vyšetřitelné

Dolní končetiny

- LDK: normální nález
- PDK: hybnost zachována, v Minagazinni pokles vpravo, taxe nelze, čítí nelze hodnotit, vyšetřen vleže

2.2.8.6 Pomocná vyšetření – vitální funkce při vyšetření

TK: 190/100	Výška: 182cm
P: 84/min	Hmotnost: 100kg
D: 20/min	BMI: 30,2

Stav vědomí: plně při vědomí

Pohyblivost: klid na lůžku

2.2.8.7 Laboratorní vyšetření - STATIM

Tabulka č.3- Biochemie

Laboratorní vyšetření- Biochemie		
Název	Hodnota	toleranční rozsah
Urea	5.2mmol/l	2.9- 8.2
Kreatinin	92.2umol/l	53-106
Bilirubin	6.4umol/l	0-17,0
Bilirubin přímý	2.9umol/l	0 – 7,0
AST	0.44ukat/l	0.16- 0.63
ALT	0.61ukat/l	0.10- 0.63
Fosfatáza alk	1.59ukat/l	0.88- 2.35
GMT	0.54ukat/l	0.00- 0.54
Natrium	142mmol/l	137- 144
Kalium	3.6mmol/l	3.9-5.3
Chloridy	106mmol/l	98-107
Osmolalita	303mmol	275 - 295
CRP	3.6mg/l	0-5
Glykémie ze séra	7.8mmol/l	4.6-6.4

Tabulka č.4- Krevní obraz

KREVNÍ OBRAZ		
Název	Hodnota	toleranční rozsah
Leukocyty	7.10 10 ³ mm ³	3.8- 10.00
Erytrocyty	5.09 10 ⁶ mm ³	4.0-5.8
Hemoglobin	150 g/l	120-160
Hematokrit	0,45	0.37-0.48
Objem ERY	88.8 fl	82.0-92.0
Koncentrace ERY	29.5 pg	32.0- 36.0
Koncentrace hemoglobinu	0.332 g/dl	130 – 180
Trombocyty	160 10 ³ mm ³	150 - 300
Krevní skupina	A Rh pozitivní	--

Tabulka č.5 - Koagulace

KOAGULACE		
Název	Hodnota	toleranční rozsah
APTT test	22.40 s	25,9 – 40,0
Quick- INR	1,04	0,8 – 1,25

CT mozku - STATIM:

Provedeno nativní vyšetření mozku od baze po vertex.

Infra- i supratentoriálně bez ložiskových změn.

Středové struktury bez dislokace.

Komorový systém, systém bazálních cisteren i subarachnoidální prostory přiměřené šíře.

Závěr: Normální nález.

CT mozku- kontrolní

Provedeno nativní CT mozku k vyloučení krvácení během trombolýzy.

Závěr: Krvácení neprokázáno.

Výživa: per os

Dieta č. 3 mletá (pacient má narušenou jemnou motoriku)

Rehabilitace: s rehabilitační sestrou

nácvik chůze a soběstačnost

2.2.8.8 Farmakoterapie za hospitalizace

Z důvodu opakované hypertenze byla provedena po interním konziliárním vyšetření změna medikace.

farmakoterapie per os		
název	dávkování	farmakologická skupina
Valcasor 80mg	½ -o-o	antihypertenzivum
Euphyllin CR 200	1-0-1	antiastmatika
Venoruton 300	1-0-1	venofarmaka
Milurit 100	1-0-1	antiuratika
Tensiomín 12.5mg	při hypertenzi	antihypertenzivum
Intravenózní terapie		
název	dávkování	farmakologická skupina
Actilyse	80mg	fibrinolytika
Ebrantil	25mg 1 amp	antihypertenziva
Apaurin	10mg	antiepileptika

Infuzní terapie:

Fyziologický roztok 500ml

Plasmalyte 1000mg na 10hodin

Fyziologický roztok 500ml + Ebrantil 25mg 1amp

2.2.9 Ošetrovatelská dokumentace dle modelu M. Gordonové

Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala 4.2. 2013. Zdrojem informací pro mne byl sám pacient a manželka. Doplnující informace jsem vyhledala v ošetrovatelské a lékařské dokumentaci.

Vnímání a udržování zdraví

Pacient byl na jednotku intenzivní péče neurologického oddělení přivezen rychlou záchrannou službou, z domova, kterou mu manželka zavolala z důvodu náhlé poruchy řeči a poruchy hybnosti pravé horní končetiny.

Pacient byl s důvodem hospitalizace seznámen, zároveň mu byla vysvětlena další nutnost vyšetření a následné léčby. Pacient se snaží spolupracovat. Pacient byl před příjezdem do nemocnice zcela soběstačný. Nyní je zcela odkázán na pomoc druhých vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a klidového režimu. Žije s manželkou a dcerou v rodinném domku, doufá, že se jeho zdravotní stav upraví a bude opět zdravý.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: pacient udává strach z onemocnění a budoucnosti.

Výživa a metabolismus:

Pacient se stravuje doma. Vaří on sám nebo manželka. Potraviny nakupují spolu. Jeho Body Mass Index činí 30,2 jeho váha je 100kg, výška 182cm. Jeho jídelníček se skládá z uzenin, luštěnin, mléčných výrobků ovoce a zeleniny. Jí 4× denně (snídaně, oběd, svačina, večeře). Pitný režim je dostačující, pacient vypije přes 2 litry tekutin (minerální vody a čaj). Kávy za den vypije nejvíce 2 šálky. Alkohol jen příležitostně.

V nemocnici je naordinována dieta č. 3ml (mletá standartní strava). Tekutiny přijímá pacient sám, ale musí být na stolku v dostatečné blízkosti. V současné době se není schopen sám najíst, nutná dopomoc (nakrájet maso, namazat pečivo). Na levé horní končetině je zaveden periferní žilní vstup z důvodu aplikace infuzní a intravenózní terapie.

Měřicí technika: Body Mass Index

Ošetrovatelský problém:

- nesamostatnost při příjmu stravy a tekutin
- riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivního žilního vstupu.

Vylučování

Pacient udává, že netrpí problémy v oblasti vyprazdňování. Stolice je fyziologická, barva hnědá, bez příměsí hlenu a krve, pravidelná jednou denně maximálně za dva dny. Zácpou trpí jen při změně prostředí, například na dovolené. Preparáty na vyprazdňování neužívá. S močením potíže nemá, odchod moče každé 3- 4 hodiny bez příměsí.

Nyní má pacient zaveden permanentní močový katetr č. 16, moč je čirá, bez příměsí a zápachu. Je monitorován příjem a výdej tekutin. Vyprazdňování střeva na lůžku, z důvodu poruchy hybnosti. Psychicky tato situace na pacienta nepůsobí dobře, udává, že „nechce otravovat“ a je mu to nepříjemné.

Použitá měřicí technika:

- příjem a výdej tekutin
- hodnocení rizika vzniku dekubitů- rozšířená stupnice dle Nortonové

Ošetrovatelský problém:

- nesamostatnost při vylučování
- psychický blok při vyprazdňování
- potenciaální riziko vzniku infekce močových cest
- riziko vzniku dekubitů

Aktivita a cvičení

Pacient pravidelně chodí každý den na procházky. V létě pravidelně chodí na výlety, jezdí na kole, v zimě lyžuje. Zároveň rád čte, luští a posedí na zahradě se svými přáteli.

Nynější stav: Tělesné aktivitě brání onemocnění pohybového aparátu, je nutná dopomoc při hygienické péči, pohybu a oblékání. Pacient má poruchu hybnosti pravé horní končetiny, narušenou koordinaci a je nyní upoután na lůžko. Použitá měřicí technika: Barthelův test základních všedních činností- 8 bodů- závislý, vyžaduje péči.

Ošetrovatelský problém:

- nesamostatnost při pohybu a oblékání.

Spánek a odpočinek

V domácím prostředí pacient nemá problémy s usínáním. Usíná okolo 23:00 hodiny a probouzí okolo 7:00 hodiny, je odpočinitý. Před usnutím je zvyklí mít puštěné rádio, léky na spaní neužívá. Nynější stav: V nemocnici neví, jak usne. Je hospitalizovaný poprvé.

Použitá měřicí technika: 0**Ošetrovatelský problém:**

- strach

Vnímání, poznávání

Pacient má sluch dobrý, zrak zhoršený (nosí brýle na čtení, datum poslední kontroly neví). Paměť neporušená, učení logické, bolesti nemívá. Nepožívá žádné jiné kompenzační pomůcky.

Nynější stav: Řečová dysartrie, vyjadřuje se jednoslovně, odpovědi jsou adekvátní. O svém zdravotním stavu je informován lékařem za přítomnosti dcery a zdravotní sestry.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- porucha komunikace

Sebepojetí, sebeúcta

Pacient má kvalitní rodinné zázemí, milující manželku a děti. Je optimista a doufá, že bude zase vše, jako dřív.

Nynější stav: V současné době má strach z tohoto onemocnění, snaží se ho překonat díky své rodině, chce být zase zdravý.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- strach

Role a vztahy

Bydlí v rodinném domku s manželkou a dcerou, má ještě syna, který bydlí nedaleko se svou rodinou. Rodinné problémy nemá, má harmonický rodinný vztah. Je přátelský, jeho přání je vyléčit se a být zase s rodinou.

Nynější stav: Rodina má o pacienta zájem a zajímá se o další léčebný postup a možnosti po propuštění do domácí péče.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- bez obtíží

Sexualita a reprodukční systém

Pacient udává funkční manželství a harmonický vztah, přišlo mi nevhodné se dále vyptávat.

Nynější stav: bez obtíží

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- bez obtíží.

Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Napětí a stres udává výjimečně, vztahy s rodinou a přáteli udává problémů.

Nynější stav: Pacientka stres neudává,

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- bez obtíží.

Víra a životní hodnoty

Pacient je bez náboženského vyznání. V životě je pro něj nejdůležitější rodina a zdraví.

Nynější stav: bez vyznání

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- bez obtíží.

Jiné

Jiné záležitosti a informace, které by přispěli ke zlepšení ošetrovatelské péče pacienta nenapadají. Domluvili jsme se, že pokud by si na něco vzpomněl, k dispozici jsem já a zdravotnický personál.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém:

- bez obtíží.

2.3 Průběh hospitalizace

Pacient byl přijat na jednotku intenzivní péče neurologického oddělení 4.2. 2013 pro poruchu hybnosti pravé horní končetiny a fatické poruše s dobou vzniku 12.10hodin NIHSS při přijetí 8 bodů, byl přijat do 4,5 hodin od počátku klinické symptomatologie, tedy v „terapeutickém okénku“ pro možnost trombolýzy, pro tento způsob léčby splňoval i ostatní kritéria. Při přijetí je řeč setřelá, srozumitelná. Pacient je orientovaný a výzvě vyhoví. Byl zaveden PŽK a PMK z důvodu sledování bilance tekutin, dále byla odebrána krev na biochemii, krevní obraz, koagulaci a krevní skupinu. Bylo provedeno nativní CT, které vyloučilo krvácení, předpokladem tedy byla ischemická mozková příhoda.

V den přijetí byla podána intravenózní trombolýza v časovém úseku 13.30- 14.35. V průběhu trombolytické léčby došlo k částečné úpravě hemiparézy. Kontrolní CT mozku neprokázalo komplikace trombolýzy, konkrétně krvácení. Pacient po této léčbě udává zlepšení stavu, ale nadále přetrvává pravostranná hemiparéza. Po celou dobu hospitalizace na jednotce intenzivní péče byli pacientovi měřeny fyziologické funkce a kontrolován stav vědomí. U nemocného během hospitalizace přetrvávala hypertenze, po interním konziliu byl tlak krevní upraven. Druhý den hospitalizace pacient udává nepříjemné pocity v břiše a cítí se být nafouklý, vyprázdnění na podložní míse na lůžku však odmítá. Následující den zdravotní stav pacienta umožňuje defekaci na toaletě. Stolice byla formovaná, bez příměsí. Třetí den hospitalizace byl zdravotní stav pacienta upraven a došlo k odstranění PMK a PŽK. Nemocný začíná plynuleji mluvit a samostatně se pohybovat s menší dopomocí při potřebě. Po pěti dnech byl pacient propuštěn do domácí péče. Při propuštění byl nemocný samostatný, s NIHSS 0 bodů, tedy s normálním neurologickým nálezem. Pacient byl kardiopulmonálně stabilní. Pacient byl poučen o úpravě životního stylu, rizicích spojených s arteriální hypertenzí a užíváním alkoholických či kofeinových nápojů.

2.4 Seznam ošetřovatelských diagnóz dle „Kapesního průvodce aktuální ošetřovatelské diagnózy“

1. Prokrvení tkáně mozkové porušené z důvodu přerušení arteriálního průtoku projevující se poruchou řeči, poruchou hybnosti
2. Nedostatečná péče o sama sebe z důvodu neuromuskulárního postižení při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování
3. Zhoršená pohyblivost z důvodu poškození cití a motoriky projevující se omezeným rozsahem pohybu
4. Strach z důvodu změny zdravotního stavu, projevující se verbálním vyjádřením

2.4.1 Prokrvení tkáně mozkové porušené z důvodu přerušování arteriálního průtoku projevující se poruchou řeči, poruchou hybnosti

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: pacient má optimální prokrvení tkáně do 7 dnů

Cíl krátkodobý: pacient má zachovalou funkci postižené pravé horní končetiny v maximální možné míře do 72 hodin

pacient je spokojen se svou úrovní komunikace do 48 hodin

Výsledná kritéria: pacient chápe příčinu poruchy prokrvení mozkové tkáně do 24 hodin

pacient chápe příčinu poruchy hybnosti do 24 hodin

pacient dodržuje léčebný režim do 24 hodin

pacient dokáže vyjádřit své potřeby do 24 hodin

Intervence:

- monitoruj základní fyziologické funkce v časových intervalech dle ordinace lékaře (krevní tlak, puls, saturace, stav vědomí) a zaznamenávej do dokumentace - všeobecná zdravotní sestra
- sleduj každý den krátkodobé stavy zmatenosti nebo jiné poruchy vědomí- všeobecná zdravotní sestra
- urči každý den přítomnost zrakových poruch, závratí, sensoricko-motorických změn, bolesti hlavy- všeobecná zdravotní sestra
- zdvihni podhlavní část lůžka a udržuj hlavu a krk ve středové pozici, usnadňující přítok krve a žilní návrat každý den- všeobecná zdravotní sestra
- asistuj lékaři při každé vizitě- všeobecná zdravotní sestra
- asistuj při každém vyšetření- všeobecná zdravotní sestra
- sleduj a zaznamenávej do dokumentace výsledky všech vyšetření- všeobecná zdravotní sestra
- aplikuj léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich možné nežádoucí účinky- všeobecná zdravotní sestra
- monitoruj příjem a výdej tekutin každých 6 hodin- všeobecná zdravotní sestra
- pečlivě naslouchej a pozorně sleduj vždy při komunikaci verbální a neverbální projevy- všeobecná zdravotní sestra
- jednej klidně a vlídně a vždy poskytni dostatek času- každodenně- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- použivej polohovacích pomůcek (ATD matrace, polštáře, klíny)- každodenně- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- dbej o bezpečnost pacientky- každodenně- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- zajisti rehabilitační péči- každodenně- všeobecná zdravotní sestra
- edukuj rodinu o zásadách správného polohování a pohybových aktivitách- v případě potřeby- všeobecná zdravotní sestra, rehabilitační pracovník

Realizace: od 4.2. 2013 do 8.2. 2013

Dle ordinace lékaře jsem monitorovala fyziologické funkce (krevní tlak, puls, dechovou frekvenci, saturaci kyslíkem a tělesnou teplotu). Dále jsem monitorovala vědomí pacienta dle GSC. Sledovala jsem zároveň příjem a výdej tekutin, výsledky proběhlých vyšetření a vše jsem důsledně zaznamenávala. Asistovala a účastnila se vizit. Zajišťovala polohování pacienta každé 2 hodiny a rehabilitační péči s následnou konzultací s rehabilitačním pracovníkem. Edukovala rodinu a pacienta o nutnosti polohování a rehabilitační péči.

Hodnocení: efekt úplný

6.2.2013 pacient- při rehabilitaci zapojuje postiženou pravou horní končetinu, aktivně se zapojuje při rehabilitaci, komunikace se zlepšila, je schopen říkat celé věty, chůzi již zvládá sám s dopomocí, zdravotní sestra- pacient je při vědomí, zpočátku byla komunikace obtížnější, pacientovi jsem trpělivě naslouchala. Nyní došlo k úpravě výslovnosti

2.4.2 Nedostatečná péče o sama sebe z důvodu neuromuskulárního postižení při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a v péči o vyprazdňování**Priorita: střední****Cíl dlouhodobý:**

- pacient je čistý, upravený, nemá pocit hladu ani žízně, aktivně se na této péči podílí

Cíl krátkodobý:

- pacient spolupracuje při příjmu potravy, osobní hygieně a vyprazdňování – do 3dnů
- pacient ví, jak má pečovat o své zdraví- do 3dnů

Výsledná kritéria: pacient zná důvod nesoběstačnosti- do 2hodin

pacient se aktivně zapojuje do aktivit všedního dne ve spolupráci se

zdravotním a ošetřovatelským personálem- do 4hodin

pacient o sebe pečuje v rámci svých schopností- do 48hodin

pacient se sám nají- do 48hodin

Intervence:

- zhodnot' schopnost o sebe sama dle škály Barthel- 1. den- všeobecná zdravotní sestra
- vypracuj individuální ošetřovatelský plán pro nácvik jednotlivých aktivit v péči o sama sebe- 1.den- - všeobecná zdravotní sestra
- prováděj celkovou hygienu na lůžku a dbej o intimitu-dle stavu nemocného- - všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- dopřej pacientovi dostatek času v oblasti hygieny a vyprazdňování- při potřebě- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- dbej na bezpečnost nemocného a lůžko vybav postranicemi a signalizačním zařízením- do 1 hodiny- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka

- zajisti, aby měl pacient stolec v dostatečné vzdálenosti a výšce- do 1 hodiny- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- ulož pacienta do vhodné polohy, aby byl schopný se sám najíst- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- pravidelně hodnot' stupeň sebeděče- každý 2.den- všeobecná zdravotní sestra
- aktivně zapojuj pacientku v oblasti sebeděče- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- prováděj prevenci dekubitů- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- pouč pacientku o nutnosti dodržování pitného režimu a stravování- do 24hodin- všeobecná zdravotní sestra
- monitoruj rizikové faktory zácpy- každý den- všeobecná zdravotní sestra
- podporuj nemocného ve snaze o zlepšení zdravotního stavu- každý den- všeobecná zdravotní sestra

Celková hygiena:

- informuj pacientku o celém postupu- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- připrav potřebné pomůcky- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- odstraň polohovací pomůcky- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- zabraň prochlazení pacienta- každý den - všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- proved' celkovou hygienickou péči, dběj o důkladnou čistotu a intimitu pacienta- každý den - všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- dběj o důkladné očištění celé pokožky- každý den - všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- zhodnot' stav pokožky a při potřebě použij masážní emulzi, olej, vazelínu- každý den - všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- proved' záznam do dokumentace- každý den - všeobecná zdravotní sestra

Péče o oči:

- proved' správnou hygienu očí- - každý den - všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- dle potřeby a ordinace aplikuj oční kapky- všeobecná zdravotní sestra

Péče o nos:

- zkontroluj stav nosní sliznice při podávání oxygenoterapie-- každý den - všeobecná zdravotní sestra,
- aplikuj dle ordinace lékaře kapky na sliznici dutiny nosní- v případě potřeby- každý den - všeobecná zdravotní sestra

Péče o uši:

- prováděj hygienickou péči- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka

Péče o dutinu ústní:

- zkontroluj stav dutiny ústní- do 2hodin- všeobecná zdravotní sestra
- prováděj hygienu o dutinu ústní- 2×denně- všeobecná zdravotní sestra

Realizace: 4.2. 2013

Jsem zhodnotila sebekéči dle škály Barthel, signalizační zařízení bylo umístěno na dosah, noční stolek a pomůcky byly umístěny z pravé strany
od 4.2. 2013 do 8.2. 2013

Vzhledem k tomu, že byl pacient částečně nesoběstačný, byla hygiena provedena na lůžku s dopomocí ošetřujícího personálu. Pacient se snažil aktivně podílet na sebekéči. Umyl si obličej, hrudník a postiženou končetinu. Kůži má pacient dostatečně hydratovanou. Lůžko bylo ustláno a vyměněno ložní prádlo.

Před stravováním jsem pacienta posadila do vhodné polohy, připravila servírovací stolek a v případě potřeby jsem mu pomohla rozkrájet jídlo. Vždy jsem ho chválila a podporovala jeho psychický stav.

Po uplynutí tří dnů došlo k výraznému zlepšení stavu nemocného. Pacient byl v rámci lůžka plně samostatný. Hygiena byla prováděna ve sprše, kam byl pacient dovezen na vozíčku, kde se s menší dopomocí nejen osprchoval, ale i oholil.

Hodnocení: efekt úplný

7.2. 2013 pacient- je s hygienickou péčí spokojen a má velikou radost, že ji zvládá sám s menší dopomocí, sám se nají

sestra- pacient v hygienické péči a stravování je samostatný, vyžaduje jen menší dopomoc

2.4.3 Zhoršená pohyblivost z důvodu poškození cití a motoriky projevující se omezeným rozsahem pohybu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

- obnovení tělesné hybnosti- do 72hodin

Cíl krátkodobý:

- pacient se bude aktivně podílet v oblasti sebekéče- do 12hodin

Výsledná kritéria:

- pacient chápe nutnost systematické rehabilitace a pohybu- do 12hodin
- pacient dovede využívat správnou techniku pohybu- do ukončení hospitalizace
- pacient se umí posadit na lůžku- do 3dnů
- pacient umí vstávat z lůžka- do 4dnů

Intervence:

- vysvětlí pacientovi nutnost včasné vertikalizace- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeutka
- ukaž správnou techniku posazování a vstávání z lůžka-fyzioterapeut, všeobecná zdravotní sestra

- edukuj pacienta o možném riziku pádu a vysvětli mu nutnost přítomnosti zdravotnického pracovníka při přesunu z lůžka- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeutka
- ved' pacienta k soběstačnosti či k udržení částečné soběstačnosti- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- za pacienta nedělej činnost, kterou je schopný zvládat sám- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut
- za každou samostatně a dobře provedenou činnost pacienta pochval, oceňuj jeho snahu a pokroky- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka, fyzioterapeut

Realizace: 5.2. 2013

Fyzioterapeutka edukovala pacienta o správném používání kompenzačních pomůcek a správné mechanice pohybu. Tato intervence je průběžně plněna ošetřovatelským personálem.

Hodnocení: efekt úplný

Pacient se aktivně podílí v oblasti vertikalizace, spolupracuje s ošetřovatelským personálem. Po 3 dnech je schopen pacient se samostatně najíst a napít. V oblasti hygieny a pohybu pacient vyžaduje menší dopomoc.

2.4.4 Strach z důvodu změny zdravotního stavu, projevující se slovním vyjádřením

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

- pacient nejeví známky strachu- do 72hodin

Cíl krátkodobý:

- pacient mluví o svém strachu- do 24hodin
- pacient využívá všech možných druhů podpory- do 48hodin

Výsledná kritéria:

- pacient zná důvod strachu- do 24hodin
- pacient využívá možných prostředků k odpoutání od strachu- do 48hodin
- pacient působí klidněji- do 48hodin

Intervence:

- zjistí, jak pacient vnímá ohrožení v současné situaci- do 24hodin- všeobecná zdravotní sestra
- buď k dispozici a vytvoř si s pacientem vstřícný vztah- každý den- všeobecná zdravotní sestra
- dej příležitost k otázkám a vhodně reaguj- každý den- všeobecná zdravotní sestra

- seznam pacienta novým prostředím- do 3hodin- všeobecná zdravotní sestra
- zajisti rozhovor s lékařem- všeobecná zdravotní sestra
- zapoj pacienta do nejrůznějších aktivit, které mohou odvádět pozornost od strachu (televize, rodina, rozhovor s personálem a ostatními pacienty)- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka

Realizace: 4.2. 2013

- proběhl rozhovor s lékařem o prognóze a možných následcích tohoto onemocnění

4.2.- 8.2. 2013

- Jsem pacienta průběžně seznamovala s novým prostředím a ošetřovatelským personálem. S pacientem jsem komunikovala a snažila jsem se mu být oporou a naslouchat mu. Při návštěvě manželky či rodiny byl pacient klidnější a měl lepší náladu.

Hodnocení: efekt úplný

6.2.2013

- pacient- cítí se v daleko lepší pohodě při návštěvě manželky a je mu jeho velkou oporou nejen její návštěvy, ale i jeho lepší se stav
- všeobecná zdravotní sestra- pacient je klidnější a má daleko lepší náladu, objektivně se jeví šťastnější

2.5 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

2.5.1 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

1. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení invazivního žilního vstupu
2. Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního močového katetru
3. Kožní integrita, riziko porušení z důvodu imobility
4. Zácpa, riziko vzniku, z důvodu změny prostředí a nesamostatnosti

2.5.2 Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení invazivního žilního vstupu

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

- pacient nejeví známky infekce po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

- pacient zná důvod zavedení PŽK- do 1hodiny

Intervence:

- vysvětlí postup a důvod zavedení PŽK- do 1hodiny- všeobecná zdravotní sestra
- dodržuj aseptický postup při zavádění a ošetřování PŽK- každý den a při potřebě- všeobecná zdravotní sestra

- pouč pacienta o známkách počínající infekce (bolest, otok a zarudnutí v místě a okolí zavedení)- do 1hodiny- všeobecná zdravotní sestra
- kontroluj funkčnost a riziko vzniku infekce- každý den- všeobecná zdravotní sestra
- podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich možný nežádoucí účinek- všeobecná zdravotní sestra
- odstraň PŽK při prvotních projevech počínající infekce- všeobecná zdravotní sestra
- vše poctivě zaznamenávej do dokumentace- každý den- všeobecná zdravotní sestra

Realizace: 4.2.- 7.2. 2013

První den hospitalizace byl pacientovi zaveden invazivní žilní vstup. Pacientovi jsem vysvětlila nutnost a důvod zavedení. Kontrolovala jsem funkčnost a možné projevy počínající infekce.

6.2. 2013

- byl zaveden po 72hodinách nový PŽK, 7.2. 2013 byl odstraněn, bez známek infekce.

Hodnocení: efekt úplný

7.2. 2013

- pacient- udával nepříjemný pocit v okolí zavedení PŽK, ulevilo se mu po jeho odstranění
- všeobecná zdravotní sestra- po dobu zavedení invazivního vstupu bez komplikací a projevů infekce.

2.5.3 Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního močového katetru

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

- pacient nejeví známky infekce po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

- pacient zná důvod zavedení PMK- do 1hodiny
- pacient umí manipulovat s permanentním močovým katetrem- do 1hodiny

Intervence:

- vysvětlí postup a důvod zavedení PMK- do 1hodiny- všeobecná zdravotní sestra
- dodržuj aseptický postup při zavádění PMK- všeobecná zdravotní sestra
- pouč pacienta o známkách počínající infekce- do 1hodiny- všeobecná zdravotní sestra
- kontroluj průchodnost a odváděnou moč- každý den, minimálně 2 × denně- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- vše poctivě zaznamenávej do dokumentace- každý den- všeobecná zdravotní sestra

Realizace: 4.2.- 7.2. 2013

Při každé hygieně jsem kontrolovala funkčnost a možné riziko vzniku infekce. PMK odváděl čistou moč bez příměsí a zápachu. Dle zdravotního stavu pacienta byl močový katetr

odstraněn. Pacient vyprazdňování zvládal sám. Všechny provedené úkony byli poctivě zaznamenávány do dokumentace.

Hodnocení: efekt úplný

7.2.2013

- pacient- bez obtíží
- všeobecná zdravotní sestra- bez známek infekce, po odstranění PMK se pacient vyprazdňuje sám

2.5.4 Kožní integrita, riziko porušení z důvodu imobility

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý:

- pacient nejeví po dobu hospitalizace známky porušení kožní integrity

Cíl krátkodobý:

- pacient zná zásady péče o kůži a chápe nutnost polohování- do 24hodin

Intervence:

- zjistí individuální rizikové faktory pomocí škály Nortonové- všeobecná zdravotní sestra
- zajisti vhodné lůžko- všeobecná zdravotní sestra
- polohuj pacienta dle polohovacího plánu každé 2hodiny- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- kontroluj stav kůže- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- povzbuzuj pacienta k sebeděči- každý den- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- buď k pacientovi trpělivá a dávej mu dostatek času- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka

Realizace: 4.2.- 8.2. 2013

Rizikové faktory jsem zhodnotila dle škály Nortonové a zkontrolovala, zda má pacient na lůžku vhodnou matraci. Podle plánu jsem pacienta polohovala a kontrolovala stav pokožky. Při ranní a večerní hygieně jsem pacienta zapojovala v oblasti sebeděče.

Hodnocení: efekt úplný

8.2. 2013

pacient- bez obtíží

všeobecná zdravotní sestra- zvolená opatření byla účinná, pacient nemá porušenou kožní integritu

Potencionální riziko je ukončeno z důvodu pacientovi samostatnosti.

2.5.5 Zácpa, riziko vzniku, z důvodu změny prostředí a nesamostatnosti

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý:

- pacient se vyprázdní do 4dnů

Cíl krátkodobý:

- pacient zná příčinu zácpy do 2dnů

Intervence:

- zhodnot' možnou příčinu zácpy- do 24hodin- všeobecná zdravotní sestra
- zhodnot' vliv současného podávání stravy a tekutin na funkci střev- do 24hodin- všeobecná zdravotní sestra
- sleduj příjem a výdej tekutin dle ordinace lékaře- všeobecná zdravotní sestra
- pouč nemocného o nutnosti vyprazdňování stolice do podložní mísy na lůžku- do 3hodin- všeobecná zdravotní sestra
- dbej na dostatek času a soukromí při vyprazdňování- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka
- zajisti dostatečnou hygienu a ošetření konečníku po vyprázdnění- všeobecná zdravotní sestra, ošetřovatelka

Realizace: 5.2- 8.2. 2013

Nemocnému jsem vysvětlila význam pravidelného vyprazdňování a důležitosti příjmu potravy a tekutin. Pacient udává, že doma problémy s vyprazdňováním netrpí a žádná laxancia neužívá. Poslední stolicí měl předešlý den. Nyní má, ale nepříjemné pocity z toho, že je v této situaci odkázaný na pomoc druhých.

Nastávající den pacient udává nepříjemné pocity v břiše a cítí se být nafouklý. Vyprázdnění na podložní mísu odmítá. Z důvodu zdravotního stavu pacienta jiné řešení není možné.

Druhý den se pacient cítí o něco lépe a proto po poradě s ošetřujícím lékařem pacienta odvážím na WC. Pacient je zde seznámen se signalizačním zařízením a v případě potřeby zazvoní.

Zde se pacient vyprázdnil. Konzistence stolice byla normální, bez příměsí. Nemocný se cítí mnohem lépe.

Hodnocení: efekt úplný

8.2. 2013

- pacient- pochopil význam defekace, přesto odmítal vyprázdnit se na lůžku
- současný zdravotní stav umožňuje, aby se pacient vyprázdnil na WC
- sestra- pacient je nyní schopen se vyprázdnit na WC, kam je odvezen

2.6 Zhodnocení ošetřovatelské péče

Ošetřovatelská péče probíhala dle stanoveného ošetřovatelského plánu. Pacient byl informován o svém onemocnění a o průběhu plánované léčby. Během hospitalizace se velice snažil aktivně zapojovat do všech činností, které se týkaly jeho zdraví. Velice dobře spolupracoval a vycházel s ošetřujícím personálem a svůj pobyt v nemocničním zařízení hodnotil kladně. Nejzávažnějším problémem pro pacienta bylo přijmout onemocnění, které ho

postihlo a nejistota ohledně budoucnosti. Nejvíce se mu však ulevilo při pozorování, že se jeho zdravotní stav lepší a upravuje. Největší oporou pro něj byla manželka a děti, které ho pravidelně navštěvovali.

Vzhledem k lékařským a ošetrovatelským intervencím a hlavně spolupráci nemocného došlo k velké úpravě zdravotního stavu. Dá se říci, že již čtvrtý den byl pacient soběstačný s menší dopomocí při potřebě. Den po ukončení mé praxe na neurologickém oddělení byl pacient propuštěn do následné domácí péče.

2.7 Doporučení pro nemocného

Z hlediska medicínského je prognóza pro pacienta velice dobrá. Nemocný byl dostatečně informován o nynějším onemocnění, možném vývoji a možných komplikacích. Jediným způsobem, jak ovlivnit svůj osud je dodržování správné životosprávy. Pacient je poučen o nevhodné konzumaci alkoholických nápojů, černé kávy a vhodném pravidelném pohybu. Dále je pacient poučen o významu rehabilitačního cvičení po proběhlé CMP. Zároveň musí pacient pravidelně užívat předepsané léky a dodržovat pravidelné kontroly u lékaře. Tato doporučení byla zároveň sdělena manželce.

2.8 Závěr

Mým cílem této bakalářské práce bylo přiblížit problematiku CMP s důrazem na individuální ošetrovatelskou péči. U pacientů s CMP nelze stanovit jednotný postup, jelikož musí být terapie vždy přizpůsobena stavu a možnostem pacienta. Nejdůležitější je zahájit terapii co nejdříve. I přes velké možnosti současné medicíny je vždy nejvhodnější prevence. Z tohoto důvodu by měla být veřejnost informována o správném životním stylu a faktorech, které jsou rizikové. U CMP je vždy zásadní rehabilitační péči zajistit již v akutní fázi tohoto onemocnění.

Ošetrovatelský proces byl realizován na jednotce intenzivní péče neurologického oddělení. Při shromažďování informací byl použit funkční model vzorců podle Marjory Gordonové. Pacient byl velmi ochotný spolupracovat a proto byli stanovené cíle ať dlouhodobé či krátkodobé splněny.

2.9 Seznam použitých zdrojů

2.9.1 Tištěné publikace

FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2

NEBUDOVÁ, J. *Cévní mozkové příhody: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 1999. 103 s. ISBN 80-7254-41-6

NEUWIRTH, J. – FIFERNOVÁ, G. *Ošetrovatelství II: Učebnice pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 226 s.

NEUWIRTH, J. – FIFERNOVÁ, G. *Ošetrovatelství II: Učebnice pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1989. 226 s.

DOENGES M. E., MOORHOUSE M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s.. ISBN 80-247-0242-8

SEIDL, Z. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4

TÓTHOVÁ, V. *Kapitoly z ošetrovatelství: Pro posluchače studijního programu Radiologický asistent*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 1999. 110 s. ISBN 80-7040-332-2

TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1

2.9.2 Internetové zdroje

LMC s.r.o. *Encyklopedie profesí: Ošetřovatel*. [online]. c1996-2013. Zdroj dostupný v rámci systému LMC s.r.o. z WWW: <<http://www.prace.cz/poradna/encyklopedie-profesi/o/osetrovate/>>

MLČOCH, Z. *Cévní mozková příhoda - příběhy lidí - začátek a příznaky, průběh, léčba*. [online]. [cit. 1. března 2008.] Zdroj dostupný z WWW: <<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/cevni-mozkova-prihoda-pribehy-lidi-zacatek-a-priznaky-prubeh-lecba>>

MEDICAL TRIBUNE. *CMP – nutnost specifické akutní i následné péče*. [online]. c2000-2012 [cit. 20. dubna 2009]. Zdroj dostupný z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13727>>

MLČOCH, Z. *Cévní mozková příhoda - příběhy lidí - začátek a příznaky, průběh, léčba*. [online]. [cit. 1. března 2008.] Zdroj dostupný z WWW: <<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/poradna/medicina-pravo/cevni-mozkova-prihoda-cmp-statistiky-cr-a-prevence>>

PAVLÍČEK, M. *Hippokratova přísaha*. [online]. [cit. 23. října 2006]. Zdroj dostupný v rámci euromedicine.eu z WWW: <<http://www.euromedicine.eu/cze/clanky/detail/64/>>

SZILVÁSIOVÁ, M. *Nemoc: definice*. [online]. [cit. 13. listopadu 2010]. Zdroj dostupný v rámci systému Studentská encyklopedie SZŠ Beroun z WWW: <<http://zdravotka.mypage.cz/menu/studentska-encyklopedie/klinicka-propedeutika/nemoc-definice>>

VITALION.CZ. *Cévní mozková příhoda*. [online]. c2012. Zdroj dostupný v rámci systému Vitalion.cz z WWW: <<http://nemoci.vitalion.cz/cevni-mozkova-prihoda/>>

VOJTOVÁ, J. *Zdraví, definice, modely*. [online]. [cit. 15. února 2012]. Zdroj dostupný v rámci systému osetrovatelstvi.eu z WWW: <<http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/komunitni-a-domaci-osetrovatelstvi/21-zdravi-definice-modely>>

FAKULTNÍ NEMOCNICE U SV. ANNY V BRNĚ. *Mrtvice*. . [online]. c2011. Zdroj dostupný z WWW: <<http://www.fnusa.cz/files/mrtvice.pdf>>

KLINIKA ZDRAVÍ.CZ. Cévní mozková příhoda. . [online]. [cit. 26. ledna 2013]. Zdroj dostupný z WWW: <<http://www.klinikazdravi.cz/clanky/cmp---cevni-mozkova-prihoda/>>

<http://www.tribune.cz/clanek/13727>

http://is.muni.cz/th/128248/lf_d/Ergoterapie_u_pacientu_s_cevni_mozkovou_prihodou.pdf

<http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1517.pdf>

Souhlas s poskytnutím CT a MR nálezů do bakalářské práce

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Radiodiagnostická klinika

U nemocnice 2, 128 08, Praha 2

Tel. 224 965 468

Věc: Souhlas se zpracováním a analýzou CT a MR nálezů jako součást bakalářské práce vypracované na CT oddělení radiodiagnostické kliniky, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Souhlasím s tím, aby **Hana Babková**, studentka Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5, na naší klinice realizovala výzkumnou část své práce formou analýzy nálezů CT a MR, a tak získala nezbytné informace k vypracování bakalářské práce na téma „*Ošetřovatelská péče u pacienta s akutní mozkovou příhodou*“.

Studentka se tímto zavazuje, že získané informace budou využity pouze ke zpracování bakalářské práce a jiným způsobem nebudou zneužity.

V Praze dne: 30.10.2012

Razítko a podpis.....

Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Vedoucí lékař



Souhlas s poskytnutím snímků do bakalářské práce

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Radiodiagnostická klinika
U nemocnice 2, 128 08, Praha 2
Tel. 224 965 468

Věc: Souhlas s poskytnutím snímků pořízených na pracovišti magnetické rezonance a výpočetní tomografie radiodiagnostické kliniky, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, jako součást bakalářské práce.

Souhlasím s tím, aby **Hana Babková**, studentka Vysoké školy zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5, použila snímky pořízené na pracovišti magnetické rezonance a výpočetní tomografie radiodiagnostické kliniky, Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, jako nedílnou součást bakalářské práce na téma „*Ošetrovatelská péče u pacienta s akutní mozkovou příhodou*“.

Studentka se tímto zavazuje, že získaný obrazový materiál bude využit pouze ke zpracování bakalářské práce a jiným způsobem nebude zneužit.

V Praze dne: 30.10.2012

Razítko a podpis.....

Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Vedoucí lékař



[Handwritten signature in blue ink]

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem *Ošetřovatelká péče u pacienta s akutní mozkovou příhodou* v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne:

.....

Jméno a příjmení studenta