

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**REHABILITAČNÍ OŠETŘOVÁNÍ U PACIENTA
PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ADÉLA PAVLÍKOVÁ

Praha 2013

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

**REHABILITAČNÍ OŠETŘOVÁNÍ U PACIENTA
PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ADÉLA PAVLÍKOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2013



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

Pavlíková Adéla
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 8. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Rehabilitační ošetřování u pacienta po cévní mozkové příhodě

Rehabilitation Treatment for Patients after Stroke

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 27. 3. 2013

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Ivaně Jahodové za cenné rady, konzultace a připomínky při tvorbě této práce, Fakultní nemocnici Plzeň za svolení nahlédnout do dokumentace pacienta a standardu ošetrovatelské péče.

ABSTRAKT

PAVLÍKOVÁ, Adéla. *Rehabilitační ošetřování u pacienta po cévní mozkové příhodě*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Stupeň kvalifikace bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2013. 59 s.

Tématem bakalářské práce je rehabilitační ošetřování pacienta po cévní mozkové příhodě. První část práce je věnována stručné charakteristice daného onemocnění, klinickým projevům, diagnostice, léčbě a rehabilitačnímu ošetřování pacienta. Druhá část práce je zaměřena na komplexní ošetrovatelskou péči u pacienta s tímto onemocněním. Tato péče musí splňovat veškeré požadavky, které jsou nutné pro zajištění všech základních potřeb pacienta. Součástí práce jsou také přílohy, kde je vyobrazena stavba a funkce mozku, motorické funkce mozku, rehabilitační záznam a obrázky z rehabilitačního oddělení.

Klíčová slova: Cévní mozková příhoda. Mozek. Ošetrovatelská péče. Pacient. Rehabilitace.

ABSTRAKT

PAVLÍKOVÁ, Adéla. *Rehabilitation Treatment for Patients after a Stroke*. The College of Nursing, o.p.s. Qualifications degree: Bachelor(Bc). Head of work: PhDr. Ivana Jahodová, PhD., MPH. Praha. 2013. 59 s.

The topic of this bachelor thesis is the rehabilitation treatment of patients after a stroke. The first section is dedicated to a brief characteristic of the condition, its clinical symptoms, diagnostics, treatment and rehabilitation care of the patients. The second section deals with the comprehensive care of stroke patients. Such care must also ensure that all the patients' basic needs are met. Additionally, the bachelor thesis includes appendices depicting the structure and function of the brain, its motor function, rehabilitation records and photos of a rehabilitation hospital ward.

Key words: Brain. Patient. Rehabilitation care. Rehabilitation (Physical therapy). Stroke.

OBSAH:

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	8
ÚVOD	9
1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	10
1.1 Etiologie vzniku CMP	10
1.2 Rizikové faktory CMP	11
1.3 Klinický obraz CMP	12
1.4 Vyšetřovací metody CMP.....	13
1.5 Léčba CMP	15
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	16
2.1 Poloha a pohybový režim	16
2.2 Monitoring	16
2.3 Hygienická péče.....	16
2.4 Výživa	17
2.5 Vyprazdňování.....	17
2.6 Rehabilitace	17
2.7 Odpočinek a spánek	17
2.8 Psychosociální potřeby	18
2.9 Domácí péče	18
3 NEUROREHABILITACE, REHABILITACE PO CMP	19
3.1 Co se děje s pacientem po cévní mozkové příhodě	20
3.2 Plánování rehabilitačního programu	22
3.3 Rehabilitační tým.....	22
3.4 Polohování na lůžku a fyzioterapie.....	23

3.5	Vstávání z lůžka, pohyb mimo lůžko.....	23
3.6	Příjem potravy a polykání.....	24
3.7	Řeč a psaní.....	25
3.8	Zvládání běžných denních činností.....	26
3.9	Předcházení pádům.....	27
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO CMP.....	28
	ZÁVĚR.....	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI – index tělesné hmotnosti

CMP – cévní mozková příhoda

CT – počítačová tomografie

DK – dolní končetina

EKG – elektrokardiografie

EEG – elektroencefalografie

GSC - Glasgow Coma Scale

HK – horní končetina

i.v. – intravenózní podání

JIP – jednotka intenzivní péče

NMR – nukleární magnetická rezonance

mmHg – jednotka tlaku

RHB – rehabilitace

s.c. – subkutánní podání

tbl. - tablety

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TT – tělesná teplota

WHO – světová zdravotnická organizace

ÚVOD

K výběru tématu této bakalářské práce nás přivedl blízký zájem o rehabilitační ošetřování a obliba v neurologických oborech. Cévní mozková příhoda je onemocnění velmi aktuálním tématem pro dnešní dobu. Cévní mozková příhoda neboli iktus, lidově mrtvice je jedním z nejčastějších závažných onemocnění dnešní doby. Toto onemocnění má velmi častý výskyt v produktivním věku a je to závažný, život ohrožující stav, který vyžaduje urgentní diagnostiku a včasnou terapii. Iktus patří mezi nejčastější příčiny úmrtí, poruch hybnosti nebo nenávratného poškození řeči pacienta. Takovéto následky souvisí s místem, kde byl mozek a jeho funkce přesně poškozena. Proto má velký význam aktivní vyhledávání pacientů s rizikovými faktory a jejich preventivní ovlivňování.

Cílem bakalářské práce je nejprve seznámení všeobecných sester a studentů zdravotnických škol s problematikou tohoto závažného onemocnění a přiblížení rehabilitace a rehabilitačního ošetřování, které je pro tuto nemoc velmi významné a nezbytné. Po léčebné stránce je rehabilitační období časově nejnáročnější. K dosažení stanovených cílů rehabilitace je důležitá snaha jak ze strany pacienta, tak i ze strany zdravotníka. Rehabilitační proces je záležitostí nejen hospitalizace, ale i po připuštění pacienta do domácí péče.

Třetí část je zaměřena na komplexní ošetřovatelskou péči u pacienta s tímto onemocněním, kde byl kompletně a podrobně zhodnocen stav vybrané pacientky, sestaveny ošetřovatelské diagnózy dle Nanda taxonomie II, naplánovány ošetřovatelské intervence které byly později zhodnoceny. Závěrem je připojeno doporučení pro praxi, které je přínosem zejména pro studenty zdravotnických škol, všeobecné sestry a rodinu pacienta s diagnózou cévní mozková příhoda.

1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

„Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje cévní mozkovou příhodu jako rychle se rozvíjející ložiskové, někdy i celkové příznaky poruchy funkce mozku, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí k úmrtí nemocného, které nemají jinou zjevnou příčinu než cévní onemocnění mozku“ (KÁŇOVSKÝ, 2007. s. 27).

„Roční výskyt cévní mozkové mrtvice se u nás pohybuje podle lokality mezi 150-200/100 000 obyvatel. Iktus zaujímá třetí místo v příčinách smrti po chorobách srdce a rakovině. CMP je charakterizována akutně vzniklými klinickými fokálními či globálními příznaky poruchy funkce mozku trvajícími déle než 24 hodin bez zjevné jiné než vaskulární příčiny. Poškození mozku na vaskulárním podkladě je z 80% akutní ischemické a z 20% hemoragické.

Cévní mozková příhoda je urgentní stav vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie. CT i MR zaručeně krvácení prokazují, diagnostika ischemie z hlediska zobrazovacích metod však není v prvních hodinách snadná“ (SEIDL, 2008. s. 83).

1.1 Etiologie vzniku CMP

Cévní mozkovou příhodou se rozumí náhlé selhání funkcí v určitém místě mozku. Příčina může být buď:

- **Ischemická**, to znamená, že uzávěr zapříčiní přítok krve do určité části mozku. Uzávěrem může být trombus neboli krevní sraženina, zúžení cévy nebo embolická blokáda.
- **Hemoragická**, kdy dochází k ruptuře neboli prasknutí cévy zásobující mozek. Tato céva je chorobně změněná a to nejčastěji aterosklerózou.

Podle průběhu můžeme cévní mozkovou příhodu rozdělit na:

- **TIA** – neboli tranzitorní ischemická ataka, znamená stav ischemie mozkových cév, který se většinou upraví do 24 hodin. O tomto stavu pacient nemusí vždy ani vědět. Ataka nastává jako vážnější forma CMP.
- **Postupující** – tento stav se rozvíjí delší dobu a neupraví se do 24 hodin. Trvá přibližně 3-5 dnů.
- **Dokončená CMP** – u pacienta v tomto stavu přervávají příznaky až několik týdnů a nemoc se dále rozvíjí (SLEZÁKOVÁ, 2012).

1.2 Rizikové faktory CMP

Mezi nejčastější rizikové faktory cévní mozkové příhody lze zařadit mnoho vlivů:

- věk,
- pohlaví,
- kouření,
- hypertenze,
- nezdravá výživa s vysokým obsahem tuků,
- nedostatek pohybu,
- obezita – vysoká hladina cholesterolu v krvi,
- stres, časté migrény,
- nadměrná konzumace alkoholu
- genetické dispozice,
- metabolický syndrom inzulínové rezistence,
- diabetes mellitus.

Všechny tyto rizikové faktory se navzájem prolínají a jejich interakce je odlišná s věkem i pohlavím (SLEZÁKOVÁ, 2012).

1.3 Klinický obraz CMP

„Dvě třetiny cévních mozkových příhod mohou být bezpříznakové, u jedné třetiny jsou však varovné příznaky viditelné. Varovnými příznaky a projevy mozkové mrtvice mohou být:

- Ztráta svalové síly, nebo náhlý vznik nemotornosti a nekontrolovanosti pohybů určitých částí těla jedné poloviny. Objevuje se zejména ve tváři, na horní nebo dolní končetině.
- „Poruchy citlivosti - dotykové otupení, nebo jiné neobvyklé pocity v některých částech těla, obzvláště pokud jsou jednostranné.
- Úplná nebo částečná ztráta zraku na jedné straně, nebo na jednostranných polovinách obou zorných polí“ (FEIGIN, 2007. s. 41).
- Potíže při mluvení nebo porozumění řeči.
- Ztráty rovnováhy, mdloby, zmatenost, nebo nečekaný pád.
- Polykací potíže.
- Poruchy paměti.
- Bolesti hlavy, které vznikají náhle, jsou velmi silné a mají odlišný charakter.
- Mohou se projevit i nevysvětlitelné poruchy vědomí či křeče.

Tyto varovné příznaky se většinou kombinují, ale mohou se vyskytovat i samostatně. Jejich trvání může být pouze několik vteřin až po několik hodin a mohou se projevit opakovaně nebo jen jednou. Tyto příznaky nemusí hned při prvním projevu signalizovat CMP, ale v případě že jsou tyto příznaky ponechány bez povšimnutí a bez lékařského vyšetření může dojít až ke vzniku iktu (FEIGIN, 2007).

1.4 Vyšetřovací metody CMP

Mezi vyšetřovací metody, kterými lze zjistit cévní mozkové příhody, nebo její varovné příznaky patří:

Anamnéza pacienta - osobní, farmakologická, rodinná, pracovní, alergie a prodělaná onemocnění. U pacientů v bezvědomí odebírá anamnézu lékař od rodinných příslušníků.

Vyšetření fyziologických funkcí pacienta – lékař pacientovi změří krevní tlak, puls, tělesnou teplotu, dech a stav vědomí.

Vyšetření neurologem zahrnuje základní vyšetření reflexů, svalové síly, vnímání dotyku a bolesti, reakce na světlo, pohyby a držení těla. K tomuto vyšetření se používá hodnotící škála např. Glasgow Coma Scale – GSC. Lékař vyšetřuje také oční pozadí.

Laboratorní vyšetření moči a krve, se provádí z důvodu zjištění hodnot srážlivosti, počtu krvinek, přítomnosti zánětlivých markerů, jaterních nemocí, stanovení metabolických poruch či cukrovky. Odebírá se tedy krev na krevní obraz, hemokoagulaci, glykémii, jaterní testy, ionty, ureu, astrup, moč a sediment.

Mezi zobrazovací metody k odhalení CMP patří:

Echokardiografie patří mezi ultrazvukové diagnostiky iktů, odhaluje aterosklerotické pláty a tromby, strukturální poškození srdce a krevní sraženiny. Možné je také vyšetření skrz jícn (transezofageální echokardiografie), kde se zjišťuje abnormalita uvnitř srdce nebo oblouku aorty.

Elektrokardiografie (EKG), Elektroencefalografie (EEG). Tyto metody patří k základním diagnostikám. EKG se používá k odhalení srdečního onemocnění nebo poruchy srdečního rytmu, což může být příčinou CMP.

Rentgenové vyšetření (RTG) při kterém se provádí vyšetření srdce, plic a lebky. Lze vyhledat ukryté poranění lebky, hrudní abnormality, onemocnění srdce nebo plic jako je zánět nebo embolie.

Ultrasonografické vyšetření karotid dokáže identifikovat změny přívodných mozkových tepen a zobrazuje průtok krve těmito tepnami. Toto vyšetření řadíme mezi hlavní metody při diagnostice CMP.

Lumbální punkce neboli vyšetření likvoru se provádí u nejasného CT vyšetření za pomoci místního znecitlivění bederní oblasti. Odebírá se vzorek mozkomíšního moku, který se posílá na rozbor. Jehla s mandrémem se zavádí mezi trny obratlů L 4/5 nebo L5/ S1. Mícha nemůže být poškozena, jelikož vpich není veden do míchy. Po odstranění mandrinu necháme mok natéct do připravených zkumavek (SEIDL, 2008, s. 61).

Výpočetní tomografie (CT) je jednou z nejdůležitějších a hlavních vyšetřovacích metod u CMP. Dokáže spolehlivě odhalit nitrolební krvácení.

Nukleární magnetická rezonance (NMR) je indikována při nejasném CT vyšetření. Toto vyšetření dokáže stanovit, jak dlouho mozkové krvácení probíhá, nebo jestli jsou přítomné drobné ischemické ikty, což CT vyšetření spolehlivě odhalit nedokáže.

Pozitronová emisní tomografie (PET) určuje metabolismus glukózy nebo kyslíku, případně rozpoznává průtok krve v určitém místě.

Mozková angiografie je vyšetření, které za pomoci kontrastní látky zobrazí tepny zásobující mozek. Výsledkem vyšetření jsou rentgenové snímky s výraznými cévami krku a hlavy.

O všech prováděných vyšetřeních, postupech a rizicích, které mohou nastat, by měl být pacient předem a plně informován od lékaře a sester. Před vyšetřením zobrazovacími metodami podepisuje pacient souhlas s provedením vyšetření kde je podrobně popsáno, jak diagnostika probíhá (SLEZÁKOVÁ, 2012, KÁŇOVSKÝ, 2007, FEIGIN, 2007).

1.5 Léčba CMP

U léčby cévní mozkové příhody je velmi rozhodující včasnost zahájení léčebného programu. Léčba zahrnuje komplexní zajištění mozkové oxygenace a perfuze, přívod dostatečné energie a důležité předcházení komplikacím.

Konzervativní léčba spočívá v udržování stabilních vitálních funkcí pacienta, v léčbě otoků mozku, v podávání farmak předepsaných lékařem jako jsou nootropika, vasodilatancia, antikoagulancia a kortikoidy. V některých případech může lékař navrhnout také trombolitickou léčbu. Jednou z nejdůležitějších složek léčby cévní mozkové příhody je včasná a správně prováděná rehabilitace pacienta, které je konkrétněji věnována další kapitola.

Chirurgická léčba lze rozdělit na léčbu hemoragické a ischemické CMP. Léčba ischemické CMP spočívá v odstranění blokády, která brání průtoku krve do mozku. Mezi nabízené metody patří systémová trombolýza, intraarteriální trombolýza, trombektomie, sonotrombolýza nebo sosnotrombotripse. U hemoragické cévní mozkové příhody se provádí výkon představující odstranění nebo zmenšení hematomu (SLEZÁKOVÁ, 2012).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Ošetřovatelská péče začíná při přijetí pacienta na neurologické oddělení jednotky intenzivní péče, nebo na standardní neurologické oddělení.

2.1 Poloha a pohybový režim

Důležité je, aby sestra zhodnotila stupeň soběstačnosti a dle toho sestavila intervenční opatření. Sestra musí také zajistit bezpečnost pacienta v poloze na lůžku, při pohybu v rámci lůžka a pohybu mimo něj. Pro pacienta jsou také potřebné kompenzační a rehabilitační pomůcky, které by měla sestra pacientovi zajistit a ukázat jak se s nimi zachází. V rámci lůžka jsou pro pacienta důležité také postranice a signalizační zařízení, které musí být vždy dostupné.

2.2 Monitoring

Všeobecná sestra musí pravidelně u pacienta sledovat výsledky vyšetření, příznaky onemocnění a stav vědomí pacienta. Sestra musí pravidelně měřit fyziologické funkce jako je krevní tlak, puls, počet dechů za minutu a tělesná teplota. Může proto založit akutní kartu pacienta, do které se všechny naměřené hodnoty zapíše. Jakékoliv zhoršení stavu, projevy neklidu, zvracení, změny dýchání, poruchy hybnosti nebo poruchy smyslového vnímání musí sestra hlásit okamžitě lékaři. Sestra sleduje také stav periferního žilního katétru, diurézu, bilanci tekutin, stav kůže a sliznic, účinky podaných léků a vyprazdňování tlustého střeva. Vše musí být zapsáno do dokumentace.

2.3 Hygienická péče

U pacienta se nejprve provádí zhodnocení úrovně soběstačnosti v hygieně. Dle zjištěného stavu sestra zajistí pacientovi dopomoc v oblasti hygieny. Po provedené hygieně může sestra namasírovat pacientovi záda a namazat je vhodným přípravkem. V rámci prevence dekubitů musí zajistit pacientovi čisté ložní prádlo.

2.4 Výživa

Opět je důležité nejprve zhodnotit úroveň soběstačnosti pacienta v oblasti výživy a stravovacích návyků. Dle zhodnocených výsledků je buď zapotřebí pacientovi poskytnout pomoc, nebo jen podporovat soběstačnost. Kontrola kolik pacient potravy snědl a kolik vypil tekutin je také jednou z intervencí sestry.

2.5 Vyprazdňování

Po zhodnocení míry soběstačnosti sestrou v oblasti vyprazdňování může sestra v případě potřeby pacienta zacévkovat, zajistit mísu pro vyprázdnění, nebo jen doprovodit z lůžka na toaletu. Sestra musí sledovat vyprazdňování moči i stolice, diurézu, odchod plynů a veškeré zjištěné změny musí nahlásit lékaři a zapsat do dokumentace.

2.6 Rehabilitace

Je velmi podstatná a nenahraditelná část léčby po cévní mozkové příhodě. Celý rehabilitační proces musí být naplánovaný a plynulý pod odborným dohledem fyzioterapeutického pracovníka. Rehabilitační plán je zaměřen na nácvik běžných denních aktivit a nácvik veškerého pohybu. Sestra zajišťuje pacientovi dostatek informací ohledně rehabilitace, aby nedošlo ke stavům úzkosti a nejistoty. Rodinné příslušníky lze do programu rehabilitace také zapojit a je důležité vysvětlit jim správnost provádění cviků.

2.7 Odpočinek a spánek

Po náročném rehabilitačním programu je pro pacienta dostatečný odpočinek a spánek velmi důležitý. Aby spánek probíhal u pacienta nerušeně a měl by mít zajištěné klidné a příjemné prostředí, upravené lůžko, vyvětraný vzduch a dostatek informací o svém zdravotním stavu.

2.8 Psychosociální potřeby

K pacientovi se zdravotnický personál chová s úctou, s trpělivostí a vstřícností. Všeobecná sestra může zajistit návštěvy rodinných příslušníků. V oblasti psychosociálních potřeb je také důležité zajistit pacientovi dostatek informací o jeho zdravotním stavu a prováděných výkonech. S pacientem je nutné komunikovat, nechat ho verbalizovat své pocity a taktním přístupem mu umožnit najít pocit bezpečí a jistoty.

2.9 Domácí péče

Po propuštění pacienta do domácí péče následuje pravidelná rehabilitace, pravidelné návštěvy u lékaře, pravidelné užívání předepsaných v předepsaném množství a v některých případech i spolupráce s psychologem. Před propuštěním musí sestra informovat pacienta o všech možnostech další léčby (SLEZÁKOVÁ, 2012).

3 NEUROREHABILITACE, REHABILITACE PO CMP

Velká většina neurologických onemocnění zanechává buď trvalé, nebo dlouhodobé následky v různém stupni rozsahu. S moderní dobou přibývá počet pacientů s poškozením mozku zejména z důvodu používání dopravních prostředků a provozováním oblíbených nebezpečných adrenalinových sportů. Ze zdravotně-politických a etických problémů je základním kritériem dosažení co nejlepší kvality života a soběstačnosti pacienta po ukončení akutní péče, která umožňuje plnohodnotný život. Kvalita života pacientů po neurologických onemocněních tedy závisí zejména na rychlém zahájení neurorehabilitace.

„Principy neurologické rehabilitace jsou:

- **Princip celistvosti.** Rehabilitace se neorientuje jen na stávající funkční deficity, ale musí vždy obsáhnout celou osobnost a vztahovat se k životní situaci pacienta i jeho sociálnímu zázemí. Podkladem terapie v rehabilitaci nejsou diagnózy, ale přesná analýza funkčních deficitů a schopností rehabilitanta a jejich dopad na jeho osobnost sociální zázemí.
- **Princip včasnosti a dlouhodobosti.** Rehabilitace musí začínat co nejdříve, již v akutní fázi hospitalizace a může trvat mnoho týdnů, měsíců, v některých případech až celý život pacienta.
- **Princip týmové práce.** Během rehabilitace hraje hierarchická organizační struktura, která je nám známa z akutní medicíny, jen podřízenou roli. V popředí terapeutického dění stojí princip týmové práce.
- **Princip interdisciplinarity a multidisciplinarity.** Z důvodů komplexnosti funkcí, které jsou při onemocnění CNS narušeny, je nutno vytvořit vysoce specializované komplexní terapeutické koncepty.
- **Princip přijetí občanů se zdravotním postižením společností.** Dlouhodobý úspěch rehabilitace závisí v rozhodující míře na tom, podaří-li se zabránit sociální izolaci občanů se zdravotním postižením a do jaké míry se následně znovu zařadí do společnosti“ (LIPPERTOVÁ-GRÚNEROVÁ, 2005. s. 25).

Včasná neurorehabilitace by měla začínat už v akutním stádiu na jednotce intenzivní péče či jednotce ARO. Tato rehabilitace je sjednocená součástí terapie, která pacienta provází až do konce léčebného programu. Cílené předcházení komplikacím, které mohou nastat v raném ale i pozdním stádiu cévní mozkové příhody. Vedle medikamentózní léčby obsahuje rehabilitační program také polohování pacienta, mobilizaci, prevenci kontraktur, prevenci tromboembolické nemoci, prevenci pneumonie a vzniku dekubitů, ale také prevenci inkontinence a poruch příjmu potravy.

K dosažení všech těchto opatření se používají metody z oborů fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, neuropsychologie, muzikoterapie a arteterapie.

3.1 Co se děje s pacientem po cévní mozkové příhodě

U pacienta po cévní mozkové příhodě pozorujeme následující fáze nemoci:

- **Počáteční období mozkového šoku** nastupuje okamžitě po mozkovém infarktu. Toto období může mít různou dobu trvání od několika dní po několik týdnů. Svalový tonus je během tohoto období ochablý neboli hypotonický. Pohyb pacienta na postižené straně je velmi obtížný. Jedná se o pohyb svalů obličeje, jazyka, končetin a trupu.
- **Fáze zotavování** začíná po období mozkového šoku. Velmi často začíná mezi druhým a šestým týdnem po mozkové příhodě. Doba trvání zotavovací fáze je ale u každého pacienta odlišná a není nikdy zcela přesný začátek a konec.

Stádia fáze zotavování

1. Přetrvávání hypotonu (stádium ochablosti)

Toto stádium může u některých pacientů trvat velmi dlouho. Objevuje se motorická a silná sensorická ztráta. Paže pacienta je ochablá, svěšená a kvůli svalové slabosti a nízkému tonu ji pacient nedokáže udržet ve vzduchu. Tato fáze je nejvíce náročná na psychiku pacienta.

2. Vývoj směrem k normálnímu tonu (stádium zotavování)

Pacient začíná znovu hýbat svými končetinami. Nejprve ruka a paže, postupně také rameno. Na dolní končetině nejprve chodidlo a noha dříve než bok. Cévní mozková příhoda usmrtí velké množství mozkových buněk, ale buňky, které zůstali, mají schopnost převzetí funkce a obnovení pohybu je tak zachováno. Invalidita však v mírném stupni většinou zůstane.

3. Vývoj směrem k hyperonu (spastické stádium)

Velmi často dojde k obnovení motorické funkce s vývojem směrem ke spasticitě. Nejdříve se obnoví funkce pohybů kyčle a ramene. U každého konkrétního pacienta bude spasticita různá. Stav pacienta ovlivní kvalitu pohybu tak, že je spasticita nejdříve silná, následuje střední a ke konci mírná, kdy pacient provádí hrubé pohyby končetinou, ale jemné pohyby jsou zatím obtížné.

4. Ataxie

U úrazových příhod kdy je poškozen mozeček, nebo mozečkový systém dochází k ataxii, kdy pacient neumí své nepřiměřené pohyby kontrolovat. Pacient má často potíže při udržování přechodných poloh pohybu. Tyto pohyby se pacient snaží často tlumit a tím dochází k intenčním tremoru a dysmetrii.

Během celého programu rehabilitace je nutností předejít spasticitě tím, že se používá antispastický neboli obnovovací vzorec. To například znamená, že pokud se spasticita u pacienta vyvíjí, při flexi bude paže při antispastickém vzorci otočená ven s narovnaným loktem a zápěstím, dlaň při tom směřuje vzhůru a všechny prsty jsou natažené. Všechna cvičení jsou tedy zaměřena na obnovovací vzorec. Důležité je zaměřit se na části jako je rameno, loket, pánev, kyčel a prodloužení trupu (ŠECLOVÁ, 2004.).

3.2 Plánování rehabilitačního programu

V první řadě je důležité stanovení cílů. Nejprve se hodnotí celkový stav pacienta a pak se stanovují reálné dosažitelné cíle. Důležité je vědět, že každý pacient je odlišný a každý má jiné možnosti a schopnosti. Tyto schopnosti je třeba posoudit opakovaně a podle výsledků navrhnout léčebný rehabilitační postup. Postup léčby musí být navržen a sestaven tak, aby byli brány v potaz vždy všechny aspekty ztrát člověka. Rehabilitace pacienta po cévní mozkové příhodě má za cíl dosáhnout nejvyššího možného stupně fyzické a psychické soběstačnosti a sebepéče nejen v nemocničním, ale především v domácím a společenském prostředí. Proto by se měl rehabilitační program zaměřit na všední denní činnosti a měl by být brán jako rutina každodenního života pacienta. Tyto činnosti mohou být v nemocničním prostředí například vstávání z lůžka, rovnováha při sezení, používání toalety, hygienické návyky apod. Výběr činností musí být podmíněn tím, co je pacient schopný provádět, ale také se musí pacient motivovat činnostmi, kterými se posouvá na vyšší úroveň funkčnosti. Každou činnost musí pacient pravidelně opakovat a procvičovat. Nutné je pacienta neodradit činností, kterou zpočátku nezvládne. Neustálé povzbuzování a motivace pacienta vede k úspěšnému stanovení cílů rehabilitace (ŠECLOVÁ, 2004).

3.3 Rehabilitační tým

Rehabilitační tým je skupina odborníků, kteří na sebe vzájemně navazují a spolupracují v oblasti rehabilitační medicíny k dosažení společných cílů. Tento tým se má v procesu ucelené rehabilitace skládat z odborníků jako je lékař, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, klinický psycholog, sociální pracovníci, logopeda a sociálního pedagoga. Do týmu rehabilitace patří také zdravotní sestry, protetičtí odborníci včetně ortopedického protetiky (NEUBAEROVÁ aj., 2011).

3.4 Polohování na lůžku a fyzioterapie

Lůžko by mělo být staticky bytelné, pevné a přístupné alespoň ze tří stran. Ne každé oddělení má ale pokoje se speciální funkčními lůžky, které jsou ovšem pro dlouhodobě ležící pacienty nejvhodnější. Polohování na lůžku je významné z důvodu prevence tromboembolické nemoci, dekubitů, kontraktur kloubů a bolestí. Polohování by se mělo měnit každé dvě až tři hodiny z jednoho boku na druhý a do polohy na zádech. Horní a dolní končetiny se musí prokládat kompenzačními pomůckami. Nehybné končetiny se pravidelně masírují a promazávají. Klouby končetin se musí procvičovat pomalými pohyby ohýbáním a natahováním 5krát až 7krát každý větší kloub. V každé pozici je zapotřebí setrvat alespoň 30 vteřin. Nehybnou končetinu je třeba podkládat polštářem a je za tuto končetinu zakázané jakkoliv táhnout.

K výměně poloh by mělo docházet u imobilního pacienta každé 2 až 3 hodiny i v nočních hodinách. K obracení pacienta na lůžku slouží nylonové potahy. Při otočení pacienta na bok prohlédne sestra záda a sakrální oblast pacienta, zdali nedošlo ke vzniku proleženin. Záda je proto vhodné pravidelně omývat, masírovat a promazávat.

Posazování na lůžku by mělo probíhat co nejdříve a to přibližně týden po cévní mozkové příhodě. Poloha vsedě je důležitá při podpoře dýchání, při prevenci vzniku plicního zánětu a také lepší příjem stravy. Do polohy vsedě může imobilnímu pacientovi pomoci zdvihadlo. I při poloze vsedě by měla být ochrnutá ruka podložena polštářem (FEIGIN, 2007).

3.5 Vstávání z lůžka, pohyb mimo lůžko

Dle posloupnosti by měl pohyb pacienta probíhat nejprve pohybem na lůžku, sezením na lůžku, následovně sezením na lůžku se spuštěnými nohama dolů, stáním u postele, pohybem k židli, sezením na židli a chůzí po hladkém povrchu. Vstávání z lůžka by mělo probíhat co nejdříve, jakmile je toho pacient schopen. První posazování by mělo trvat pár minut a je důležité pacientovi do sedu pomoci. Do polohy vsedě

usazuje fyzioterapeut pacienta při rehabilitaci, ale například i při stravování. Postupem času je poloha vsedě přidána o spuštěné nohy z lůžka.

Vstávání z lůžka je pro pacienta po CMP velmi náročné, a proto je zapotřebí asistence zdravotníka a připravená pevná vyšší židle u lůžka. Při stání a chůzi je pro pacienta důležité aby zatěžoval i ochrnutou končetinu. Zatěžování končetiny pacient provádí přenášením váhy z jedné strany na druhou, ale jen tolik, kolik sám zvládne. Zprvu by chůze měla obsahovat jen pár krátkých malých kroků. Na složitosti pohybu a zátěže přibývá postupem času podle stavu pacienta. Pokud získá pacient jistotu v chůzi po rovině, může přidávat do rehabilitace i chůzi po schodech.

U přesunu z lůžka na určité místo by měl fyzioterapeut nejprve vysvětlit, jak bude přesun probíhat, vytyčit cíl přesunu, poté pacienta uchopit pažemi okolo zad a začít odpočítávat dobu do zvednutí z lůžka. Po zvednutí pacienta může probíhat pomalá chůze, kdy fyzioterapeut stále stojí při pacientovi a jistí jeho tělo (FEIGIN, 2007).

3.6 Příjem potravy a polykání

Problém se stravováním a polykáním mají většinou pacienti s pokleslým ústním koutkem, nebo se špatně srozumitelnou řečí. Zjistit to lze pomocí malého množství vody za asistence profesionálního zdravotníka, může totiž dojít k aspiraci. Nemá-li pacient žádné potíže s polykáním, může se normálně stravovat a pít tekutiny. Zpozoruje-li zdravotník nějaké potíže, je zapotřebí vyšetření logopeda, který podle polykání určí jaká forma stravy je pro pacienta vhodná. Nedoporučuje se strava obsahující jídla tvrdá, suchá nebo drobná. Tekutiny mají mít hustou konzistenci a tu lze získat různými zahušťovadly dostupnými v lékárnách, nebo například mléko lze zahustit například rozmixovaným ovocem a polévky rozmixovanou zeleninou. Pokud nezvládá pacient příjem stravy ústy, může dočasně přijímat stravu nasogastrickou sondou. Podávaná strava musí být vyvážená, chutná, s dostatečným množstvím vitamínů, vlákniny, stopových prvků a minerálů. Předcházet riziku zaskočení nebo aspirace lze posazením pacienta před jídlem do polohy vsedě (FEIGIN, 2007).

3.7 Řeč a psaní

Asi polovina pacientů po cévní mozkové příhodě má v prvních fázích problém s řečí a vyjadřováním. Častěji je tato porucha spojena s pravostrannou poruchou poloviny těla. U těchto pacientů je pak problém v jasném vyjádření mluveného slova, porozumění řeči druhé osoby, neschopnost najít správné slovo, používání nesmyslných slov a neschopnost vyslovovat. Ne vždy musí být porušena řeč pacienta, přesto může pacient mít problém s porozuměním psaného slova a s neschopností psát. Kvůli těmto problémům často propadají pacienti depresím a frustraci. Je proto důležité pacienta povzbuzovat a snažit se o jakoukoliv komunikaci, když by to měli být jen gesta, psaní, kreslení nebo jen posunky.

Není nutné dbát na správnosti používání slov, ale je podstatné dát pacientovi na přiměřený čas na odpovědi. Sestavený program logopeda může obsahovat poslouchání rozhovorů druhých osob, komunikaci psaním, kreslením, gesty a očním kontaktem. Nejlépe zvolenými tématy rozhovoru jsou rodinné záležitosti, minulost s prohlížením starých fotek a povídání o přátelích.

Jestliže hledá pacient správná slova ke komunikaci, mohou pomoci různé metody jak se přes tuto bariéru přenést. Například místo slova klavír může pacient naznačit svými prsty hru na hudební nástroj. Nebo místo slova obchod, může říci místo, kde se nakupují věci. Další metodou je možnost na věci ukazovat, psát použitím klávesnice počítače, kreslit je nebo hláskovat.

Existuje také cvičení rtů a jazyka pro pacienty, kteří mají potíže se zřetelným vyslovováním. „Toto cvičení se provádí dvakrát denně, každý cvik desetkrát v každé sekci. Mezi tyto cviky lze zařadit:

- Zaokrouhlování rtů a úsměvy.
- Střídané zaokrouhlování rtů s úsměvem na písmeno Ó nebo Í.
- Široké otevírání úst a poté jejich zakulacení jako při polibku.
- Pevné sevření úst, jako byste chtěli říci dlouze písmeno M.
- Říkání co nejrychleji ma-ma-ma-ma, poté me-me-me-me.

- Pevně sevřené rty s nafouknutými tvářemi vzduchem, držet 5 vteřin, poté povolit.
- Vypláznutí jazyku a dotknout se špičkou jazyka a poté brady.
- Rychlé pohyby jazyka zprava doleva.
- Jazykem kroužit okolo rtů.
- Se zvyšující rychlostí říkat ta-ta-ta-ta-ta.
- Tlačení jazyka proti horní a poté proti dolní dásni.
- Jazyk tlačit zevnitř do levé a pravé tváře“ (FEIGIN, 2007, s. 146).

Při komunikaci s pacientem musí zdravotník mluvit srozumitelně, pomalu, používat krátké a jednoduché věty a měl by sedět očima přímo proti němu. Rozhovor by neměl být rušen okolím, rádiem nebo televizí. Rehabilitace řeči nesmí být příliš dlouhá, protože je pro pacienta velmi unavující. Přesto musí být její opakování časté a pravidelné (FEIGIN, 2007).

3.8 Zvládání běžných denních činností

U pacientů po cévní mozkové příhodě je zásadní návrat k běžným činnostem, které před onemocněním pacient prováděl. K takovým činnostem patří nejen běžné denní aktivity života ale i aktivity, které pacient prováděl rád jako své koníčky. Zprvu je jistější provádění činností za pomoci asistenta, fyzioterapeuta nebo všeobecné sestry. Pomoc je potřeba při oblékání, stravování, hygieně a pohybu. V oblasti oblékání je problém hlavně v zapínání knoflíků, přetahování trička přes hlavu, nazouvání a zavazování bot, nebo natahování kalhot. Pacientovi pomůžeme tak že mu například zajistíme boty bez tkaniček nebo košile se suchým zipem. Je však nutné dbát na to, aby byly úpravy oblečení pro pacienta vyhovující.

Pro běžné aktivity denního života může ergoterapeut zajistit různé pomůcky, které činnosti usnadňují. Lze zajistit také domácí sociální péči, která zajišťuje nákupy, úklid domácnosti či pomoc při činnostech nezvládnutelných pacientem (FEIGIN, 2007).

3.9 Předcházení pádům

Prevence pádu po iktu je velmi důležitá z hlediska předcházení dalším poraněním. K takovým pádům jsou náchylní zejména pacienti s problematickou chůzí a držením těla, užívající léky na uklidnění, imobilní a inkontinentní pacienti nebo pacienti se slabým zrakem. Zásadní je vyvarovat se rychlým změnám poloh těla a hlavy. Například u rychlého vstávání z lůžka nebo rychlým pohybům hlavy při česání je riziko závratě vysoké a pád tedy předpokladatelný. Také snížený příjem tekutin může mít dopad na pád pacienta. Zapotřebí je tedy dostatečný příjem tekutin alespoň dva litry denně.

Fyzioterapeut by se měl postarat o posílení lýtek a zlepšení rovnováhy pacienta tím, že bude pravidelně s pacientem provádět určené cviky. U velmi rizikových pacientů, kteří žijí sami, je možnost nošení alarmu na zápěstí. Tento alarm dokáže přivolat pomoc díky spojení s monitorem, nebo přímo s ambulantní službou (FEIGIN, 2007).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO CMP

Pro ošetřovatelský proces byla vybrána pacientku s diagnózou cévní mozková příhoda s pravostrannou hemiparézou, která byla přijata z interní JIP. Veškeré informace jsem získala rozhovorem s pacientkou, průběžným pozorováním, z lékařské a ošetřovatelské dokumentace a z překladových zpráv. Na základě získaných informací byl vypracován ošetřovatelský proces, stanoven základní ošetřovatelské diagnózy a dle toho jsem sestaven individuální ošetřovatelský plán.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA:

Jméno a Příjmení: XX	Pohlaví: Žena
Datum narození: 1938	Věk: 75 let
Adresa bydliště a telefon: nezjišťováno	
Adresa příbuzných: nezjišťováno	
Rodné číslo: nezjišťováno	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: švadlena
Stav: vdaná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: nezjišťováno	Typ přijetí: akutní hospitalizace
Oddělení: nezjišťováno	Ošetřující lékař: nezjišťováno

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Přijali mě kvůli mrtvici, kterou jsem prodělala a kvůli doléčení a rehabilitaci. Kvůli nemoci potřebuji při všem dopomoc. Sama zatím nic nezvládnou.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Subakutní cévní mozková příhoda s pravostrannou hemiparézou

Medicínská diagnóza vedlejší:

Hypertenze

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ:

TK: 155/90 mmHg	Výška: 163 cm
P: 67/min	Hmotnost: 70 kg
D: 19/min	BMI: 26,35
TT: 36,6 °C	Pohyblivost: pravostranná hemiparéza HK, DK
Stav vědomí: při vědomí, orientovaná	Krevní skupina: nezjišťováno

Nynější onemocnění:

Pacientka byla přeložena z interní JIP na neurologické oddělení k doléčení základního onemocnění a postupné rehabilitační ošetrovatelské péči. Pacientka byla při příjmu orientovaná, při vědomí, je téměř imobilní a spolupracuje. Pacientka trpí hypertenzí a je oběhově stabilní.

Informační zdroje:

Informace byly získány z lékařské dokumentace (chorobopis), ošetrovatelské dokumentace, rozhovorem s pacientkou a od zdravotnického personálu.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: v 88 letech zemřela na infarkt

Otec: v 90 letech zemřel stářím

Sourozenci: nezjišťováno

Děti: dcera- zdravá

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: Hypertenze

Hospitalizace a operace: stav po operaci slepého střeva

Úrazy: neudává

Transfúze: nepamatuje si

Očkování: běžná povinná očkování

Léková anamnéza

Název léku	Síla	Forma	Dávkování	Skupina
Lomir SR	5 mg	tbl.	1 – 0 – 1	Vazodilatancium, Antihypertenziva
Prestarum neo forte		tbl.	1 – 0 – 0	Antihypertenziva Diuretikum
Betaloc Zok	25 mg	tbl.	0 – 0 – 1	Antihypertenziva
Vasocardin	50 mg	tbl.	1 – 0 – 0	Antihypertenziva

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy:

Alkohol: Příležitostně víno

Kouření: nekouří

Káva: 1x denně

Jiné drogy: nikdy žádné nebrala

Gynekologická anamnéza

Menarché: ve 14 letech, pravidelný menstruační cyklus, antikoncepci neužívala

Menopauza: v 52 letech

Samovyšetření prsou: neprovádí

Poslední gynekologická prohlídka: v roce 2012

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije s manželem v řadovém domě

Vztahy, role a interakce v rodině: v rodině nejsou žádné problémy ve vztazích

Vztahy mimo rodinu: s lidmi z okolí vychází dobře

Záliby: zahrada, čtení, ruční práce

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: švadlena

Čas odchodu do důchodu: v 58 letech

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: „zatím dobré, vystačím si s důchodem na pokrytí výdajů“

Spirituální anamnéza: nevěřící

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

RTG srdce plic a lebky, laboratorní vyšetření krve a moči + sediment, neurologické vyšetření, rehabilitační konzilium

Výsledky: nezjišťováno

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 3 racionální

Výživa: per os

Pohybový režim: pacientka potřebuje při chůzi dopomoc, na lůžku se pohybuje sama

RHB: s fyzioterapeutem a rehabilitační sestrou nácvik chůze, běžných denních činností, hygieny, řeči, psaní atd.

Medikamentózní léčba:

Per os:

Neurol, Anopirin, Lomir SR, Betaloc Zok, Orcal, Prestarium neo Forte

Intravenózní:

FR – fyziologický roztok i.v., 16:00 – 18:00 + 50 mg Tramalu

Subkutánní:

Clexane 0,4 ml s.c. (antikoagulancium)

**POSOUZENÍ SOUČASNÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU ze dne
17. 1. 2013**

Vědomí: plné a jasné, Glasgow Coma Scale 15.

Orientace: orientovaná místem, časem i osobou.

Celkový vzhled: upravený.

Výška: 163 cm **Váha:** 70 kg **BMI:** 26,35

Dýchání: 18/min

Puls: 68/min

Krevní tlak: 155/90 mmHg

Teplota: 36,5 °C

Dutina nosní: bez sekrece

Dutina ústní: rty vlhké, jazyk bez povlaku, chrup vlastní

Řeč: pomalá, srozumitelná

Sluch: slyší dobře

Zrak: nosí brýle na čtení

Kůže: suchá

Poloha: aktivní

Chůze: nejistá, s hrozícím pádem

Postoj: vzpřímený, nejistý

Rozsah pohybu kloubu: neomezený

Kompenzační pomůcky: chodítka při nácvičku chůze

Chybějící část těla: ne

Hlava a krk: hlava pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, reagují na osvit, bulby ve středním postavení, skléry anikterické, spojivky prokrvené, bez sekrece, oči, uši a nos bez sekrece, mimické svaly inervovány normálně, jazyk bez povlaku, ve střední čáře, krk souměrný s mírnou pohybovou dysfunkcí, uzliny a štítná žláza nejsou zvětšené, náplň krčních žil fyziologická.

Hrudník: poklep jasný plný, souměrný tvar, dýchání čisté, akce srdeční pravidelná, srdce pokleповě nezvětšené.

Břicho: palpačně nebolestivé, měkké prohmatné, bez patologické rezistence, játra a slezina nezvětšeny, peristaltika přiměřená, jizva na bříše po operaci slepého střeva.

Končetiny: bez otoků, známek zánětů, bez patrné poruchy prokrvení, hybnost omezená díky pravostranné hemiparéze.

Močově - pohlavní systém: pacientka kontinentní, moč čirá, v dostatečném množství.

Kosterní – svalový systém: pacientka má problém při chůzi a pohybu, při chůzi se naklání na pravou stranu.

Nervově smyslový systém: pacientce se projevila porucha cití a jemné motoriky.

Endokrinní systém: bez patologického nálezu.

Imunologický systém: bez patologického nálezu, TT: 36,5 °C, alergie nemá.

Kůže a její adnexa: kůže je suchá, bez známek zánětu, kožní turgor zachovalý.

Posouzení pacienta dle modelu Hendersonové ze dne 17. 1. 2013

Pomoc při dýchání:

Subjektivně: „Nikdy jsem neměla potíže s dýcháním, nezadýchávám se ani při náročných fyzických nebo stresových situacích. Kašel nemám a momentálně se mi dýchá dobře.“

Objektivně: Frekvence dýchání je 18 dechů za minutu. Jinak pravidelné, bez kašle, chraptu či přítomnosti sputa. Pacientka nepotřebuje žádné pomůcky na podporu dýchání a vzduch a vlhkost na oddělení jí vyhovuje.

- **Měřicí technika:** Měření saturace pomocí saturačního přístroje, na periférii 97 % a měření dechové frekvence.
- **Ošetrovatelský problém:** v této oblasti nebyl problém nalezen.

Pomoc při přijímání jídla a pití:

Subjektivně: „Jím třikrát až čtyřikrát denně, nejsem alergická na žádné potraviny. Vypiju asi tak dva a půl litru denně a to vodu a čaj. Nemám žádná stravovací omezení, akorát moc nejím luštěniny.“

Objektivně: pacientka má dietu číslo 3 racionální. Chuť k jídlu má normální a pije dostatečné množství tekutin. Pacientka potřebuje při stravování mírnou pomoc, kvůli pravostranné hemiparéze drží špatně příbor a nemá sílu v končetině. BMI má pacientka 26,35.

- **Měřicí technika:** měření příjmu a výdeje tekutin, pozorování pacientky při stravování a výpočet BMI.
- **Ošetrovatelský problém:** pacientka potřebuje mírnou pomoc při stravování.

Pomoc při vylučování:

Subjektivně: „S močením nemám žádné potíže, chodím na WC pětkrát denně. Na toaletu si sama nedojdu, potřebuji doprovod, protože se bojím, že upadnu. Jinak nemám žádné potíže při močení. Na stolici chodím také pravidelně dvakrát nebo třikrát denně a nemám žádné problémy.“

Objektivně: Pacientka nemá žádné patologie v moči ani ve stolici. Nemá problémy při jejich vylučování. Má problém při chůzi na toaletu, proto s ní musí vždy doprovod. Pocení je u pacientky v normě.

- **Měřicí technika:** měření příjmu a výdeje tekutin, hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – 29, bez rizika vzniku.
- **Ošetrovatelský problém:** pacientka potřebuje doprovod při chůzi na toaletu. V oblasti vylučování problém nenalezen.

Pomoc při pohybu a udržení žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy:

Subjektivně: „Před nemocí a hospitalizací jsem nepotřebovala žádnou pomoc při pohybu. Po mrtvici jsem chromá na jednu polovinu těla a potřebuji při všem pomoc. Pravidelně rehabilituji se sestrou a fyzioterapeutem.“

Objektivně: Pacientka má po cévní mozkové příhodě pravostrannou hemiparézu. Potřebuje pomoc při chůzi, doprovod na toaletu. Pravidelně rehabilituje se sestrou a docházejícím fyzioterapeutem. Chůzi po chodbě nacvičují s chodítkem, aby byla pacientka vzpřímená a kroky byli oboustranně správně prováděné. Další rehabilitační cvičení provádí pacientka vsedě mačkáním míčků hlavně v pravé ruce.

- **Měřicí technika:** Barthelův test všedních denních činností – lehká závislost.
- **Ošetrovatelský problém:** Pacientka má problém při chůzi, potřebuje pomoc.

Pomoc při odpočinku a spánku:

Objektivně: „Před onemocněním jsem žádné problémy se spaním neměla. Po mrtvici se mi špatně spí, nemůžu ležet na pravém boku a hůř se mi usíná. V nemocnici se mi nespí dobře.“

Subjektivně: Pacientka má po dobu hospitalizace problémy se spánkem, hlavně při usínání. Usíná až ve 23 hodin. Nesmí zatěžovat pravou stranu těla, a proto nesmí ležet na pravém boku. Medikamenty pro navození spánku neužívá.

- **Měřicí technika:** pozorování a rozhovor s pacientkou.
- **Ošetrovatelský problém:** pacientka má porušený spánek.

Pomoc při oblékání a svlékání:

Objektivně: „Mám mírné problémy při oblékání i svlékání, protože nemohu tolik hýbat pravou rukou.“

Subjektivně: Pacientka potřebuje dopomoc při oblékání a svlékání oděvů kvůli pravostranné hemiparéze. Oblečení a pyžamo má vlastní. Rodina se stará o čisté prádlo po dobu hospitalizace.

- **Měřicí technika:** Barthelův test všedních denních činností – lehká závislost.
- **Ošetrovatelský problém:** pacientka má deficit v oblasti oblékání.

Pomoc při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot:

Objektivně: „Teplotu momentálně zvýšenou nemám. V bytě mívám kolem 23°C. Zima mi není.“

Subjektivně: Teplota je Pacientce měřena pravidelně dvakrát denně – ráno a večer digitálním teploměrem a vše je zapisováno do dokumentace. Nebylo zaznamenáno žádné zvýšení teploty nad 36,6 °C. Teplota pokoje a oddělení pacientce vyhovuje.

- **Měřicí technika:** měření tělesné teploty dvakrát denně, pomocí digitálního teploměru.
- **Ošetrovatelský problém:** v této oblasti nebyl problém nalezen.

Pomoc při udržování čistoty, úpravy těla a ochranně pokožky:

Subjektivně: „Doma se sprchuji jedenkrát denně a po koupeli používám tělový krém. V nemocnici potřebuji mírnou dopomoc nebo alespoň někoho, kdo bude stát poblíž při hygieně, protože se bojím, že ve sprše uklouznou.“

Objektivně: Pacientka je čistá a upravená. Do koupelny si sama nedojde - potřebuje doprovod. Při hygieně je zapotřebí vždy asistence všeobecné sestry, ošetrovatelky nebo sanitářky, protože má pacientka strach z možného pádu. Po koupeli se pacientka maže krémem a sestra jí pomáhá s namazáním zad.

- **Měřicí technika:** Barthelův test všedních denních činností, lehká závislost.
- **Ošetrovatelský problém:** pacientka má deficit sebepěče v oblasti hygieny.

Pomoc při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou:

Objektivně: „Stále se bojím chodit sama a jsem ráda, když se mnou jde vždy nějaký doprovod. S fyzioterapeutem nacvičujeme chůzi na chodbě. Den ode dne jsem si více jistá, ale pořád to není ono.“

Subjektivně: Pacientka je plně při vědomí a orientovaná. Po cévní mozkové příhodě má problém s chůzí a strach z pádu, proto se personál snaží o bezpečnost pacientky a vždy ji při pohybu doprovází. Občas používá při rehabilitaci a nácvičku chůze s fyzioterapeutem chodítko.

- **Měřicí technika:** pozorování a rozhovor s pacientkou a fyzioterapeutem, vyhodnocení rizikových faktorů pro vznik pádu.
- **Ošetrovatelský problém:** pacientka má problém s chůzí a veškerým pohybem kvůli pravostranné hemiparéze. Má strach z pádu.

Pomoc při komunikaci:

Objektivně: „S manželem si často a rádi povídáme. S dcerou a vnoučaty se často scházím a máme výborné vztahy. Rodina mě chodí do nemocnice pravidelně navštěvovat. O svém zdravotním stavu jsem plně informována od ošetřujícího lékaře. Bojím se toho, co mě čeká a že to nezvládnu“

Subjektivně: Pacientka je komunikativní a nemá problém se na cokoliv zeptat. Rodina jí pravidelně navštěvuje, zajímá se o její zdravotní stav a mají velmi dobré vztahy. Pacientka je o svém stavu plně informována. I přesto má strach z budoucnosti.

- **Měřicí technika:** pozorování a rozhovor s pacientkou.
- **Ošetrovatelský problém:** pacientka má strach z budoucnosti.

Pomoc při přijímání víry, přijímání dobra a zla:

Subjektivně: „Nejsem věřící, ale ráda věřím v dobré věci.“

Objektivně: Pacientka nevyznává žádnou víru.

- **Měřicí technika:** v této problematice žádná není.
- **Ošetrovatelský problém:** v této oblasti nebyl problém nalezen.

Pomoc při práci a produktivní činnosti:

Subjektivně: „Před hospitalizací jsem se ráda starala o svou malou zahrádku, četla si a s vnoučaty jsem se věnovala ručním pracím. Bojím se, že po mrtvici mi to už tolik nepůjde. Při rehabilitacích s fyzioterapeutem se moc snažím, abych mohla vše dělat jako dříve.“

Objektivně: Před hospitalizací byla pacientka aktivní. V rámci rehabilitace spolupracuje a snaží se o návrat plné soběstačnosti.

- **Měřicí technika:** pozorování a rozhovor s pacientkou.
- **Ošetrovatelský problém:** pacientka má problém s prováděním běžných činností.

Pomoc při relaxačních aktivitách:

Objektivně: „Velmi ráda čtu například romány, takže si tím krátím dlouhé chvíle v nemocnici. Také ráda sleduji seriály, na které se mohu v nemocnici dívat častěji.“

Subjektivně: Pacientka ráda čte a sleduje televizi. Knihy jí nosí rodina.

- **Měřicí technika:** pozorování pacientky.
- **Ošetrovatelský problém:** v této oblasti nebyl problém nalezen.

Pomoc při učení:

Objektivně: „O svém zdravotním stavu jsem plně informována. O každém výkonu mě sestra předem informuje“

Subjektivně: Pacientka se zajímá o svůj zdravotní stav a nemá problém se na cokoli zeptat. Je plně edukovaná o své diagnóze, o průběhu a způsobu léčby a rehabilitačním plánu.

- **Měřicí technika:** v této problematice žádná není.
- **Ošetrovatelský problém:** v této oblasti nebyl problém nalezen.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

75letá pacientka byla přijata z jednotky intenzivní péče na neurologické oddělení na doléčení a rehabilitaci. Pravostranná hemiparéza pacientce brání v soběstačnosti, chůzi a běžných denních činnostech, a proto je u ní důležitý sestavený rehabilitační program a dopomoc zdravotnického personálu. Na lůžku se pacientka pohybuje sama, ale při pohybu mimo lůžko potřebuje dopomoc druhé osoby. Za doprovodu sestry chodí na WC, potřebuje dopomoc při hygieně a mírnou dopomoc při stravování. Pacientka pravidelně rehabilituje a spolupracuje se zdravotnickým personálem. Má problémy s usínáním a ráno má pocity únavy. Komunikace je s pacientkou bezproblémová. Pacientka také trpí hypertenzí, proto se jí měří pravidelně krevní tlak, vše se zapisuje do ošetrovatelské dokumentace a je domluvené vyšetření interním lékařem. Pacientka má zavedený permanentní žilní katétr, do kterého je podávána infuzní terapie, žádné jiné katétry pacientka nemá. Rodina pacientku pravidelně navštěvuje a pomáhá například při hygieně a chůzi, aby po propuštění věděli, jak se mají o pacientku starat.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetřovatelské diagnózy byly sestavy dle NANDA taxonomie II s použitím (MAREČKOVÁ, 2006) a byly seřazeny dle priorit pacientky.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

1. **Deficit sebeděče** v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování a oblékání z důvodu parézy (neadekvátní vnímání části těla) projevující se verbalizací.
2. **Zhoršená pohyblivost** z důvodu poškození cití a motoriky projevující se omezeným rozsahem pohybu.
3. **Spánek porušený** z důvodu změny prostředí a denních aktivit projevující se verbalizací a únavou.
4. **Strach** z budoucnosti z důvodu nejistých výsledků rehabilitace projevující se verbalizací.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního žilního katétru.
2. Riziko pádu z důvodu pravostranné hemiparézy.

STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORITY:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

- 1. Deficit se péče v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování a oblékání z důvodu parézy (neadekvátní vnímání části těla) projevující se verbalizací.**

Cíl krátkodobý: Pacientka verbalizuje zlepšení se péče ve všech oblastech.

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zachovanou se péči ve všech oblastech.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka zná příčiny porušené soběstačnosti do jednoho dne.

Pacientka je schopna požádat o pomoc kdykoliv potřebuje po celou dobu hospitalizace.

Pacientka se aktivně podílí při nácviu soběstačnosti po celou dobu hospitalizace.

Pacientka verbalizuje zlepšení se péče v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování a oblékání do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

Zhodnoť stupeň soběstačnosti pacientky dle Barthelova testu všedních denních činností – provede všeobecná sestra.

Zapojuj pacientku do sebeobsluhy a se péče, podle jejího aktuálního zdravotního stavu – provede všeobecná sestra nebo ošetrovatelka.

Před prováděním rehabilitace zajisti pacientce bezpečné prostředí – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Vysvětlí pacientce nutnost a důležitost rehabilitace – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Motivuj Pacientku při prováděni se péče a sebeobsluhy – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Veď pacientku k soběstačnosti při běžných denních činnostech jako je hygiena, stravování, oblékání, chůze či vyprazdňování – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Poskytni pacientce dostatek času na provádění běžných denních činností, povzbuzuj a pochval pacientku při sebemenším úspěchu – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Pravidelně prováděj rehabilitaci s pacientem a při chůzi mu buď vždy oporou – provede fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Zajisti vhodné pomůcky k rehabilitaci (chodítko, míčky,...) – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Realizace: 17. 1. 2013 – 21. 1. 2013

9.00 hodin – Zhodnocení stupně soběstačnosti dle Barthelova testu všedních denních činností – 60 bodů závislost středního stupně

9.45 hodin – Pacientce je vysvětlen celý rehabilitační plán a používání pomůcek.

10.00 hodin – Provádění rehabilitace, nácvik vstávání z lůžka, chůze na toaletu a chůze po chodbě s chodítkem.

11.30 hodin – Pacientka obědvá sama na lůžku vsedě, za dohledu zdravotní sestry.

13.00 hodin – Pacientka má na dosah tekutiny a odpočívá na lůžku při poledním klidu.

Hodnocení: 21. 1. 2013

Pacientka se aktivně podílí na rehabilitaci, spolupracuje a snaží se, aby byla soběstačná jako dříve. Pacientka zná příčiny deficitu soběstačnosti do jednoho dne. Při chůzi z lůžka na toaletu je pacientka soběstačná pod dohledem všeobecné sestry, fyzioterapeuta nebo rehabilitační sestry. Mimo pokoj používá pacientka při chůzi chodítko. Pacientka byla seznámena s nutností a důležitostí rehabilitačního programu.

Celkové hodnocení:

Cíle byly splněny částečně, intervence musí být nadále plněny.

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

Cíl krátkodobý: Pacientka verbalizuje zlepšení pohybu.

Cíl dlouhodobý: Pacientka obnovila svou hybnost v plném rozsahu.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka rozumí nutnosti včasného pohybu a rehabilitace do 12 hodin.

Pacientka umí používat správnou mechaniku pohybu do konce hospitalizace.

Pacientka zvládne sama dojít z lůžka na toaletu a zpět do konce hospitalizace.

Pacientka umí chodit pomocí chodítka alespoň 100 metrů do konce hospitalizace.

Plán intervencí:

Vysvětlí pacientce nutnost a včasnost vstávání z lůžka, chůze a správného držení těla. – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Předved' pacientce správné vstávání z lůžka, správnou techniku provádění chůze a správné držení těla – provede fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Při rehabilitaci spolupracuj s fyzioterapeutem a zajímej se správné provádění rehabilitace – provede všeobecná sestra.

Vysvětlí pacientce, jaké druhy pomůcek lze k rehabilitaci používat a jaké je jejich správné využití – provede fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Pobízěj pacientku k aktivizaci během dne, povzbuzuj ji a pochval ji i za sebemenší pokrok – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Neprováděj činnosti za pacientku, které je schopna provádět sama, dohlédni na ni – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Dbej na bezpečnost pacientky při jakémkoliv pohybu na lůžku či mimo lůžko – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Upozorni pacientku o možnosti pádu či úrazu při neopatrné chůzi a vysvětlí jí nutnost přítomnosti zdravotníka při jakémkoliv delším pohybu mimo lůžko – provede všeobecná sestra, fyzioterapeut nebo rehabilitační sestra.

Realizace: ze dne 17. 1. 2013 – 21. 1. 2013

Fyzioterapeut, nebo sestra edukuje pacientku a možnostech rehabilitace, její účinnosti, mechanice a správnosti pohybu při chůzi, o možných rizicích které mohou při neopatrnosti pacientky nastat a nabídce pomůcek k provádění rehabilitace. Ostatní intervence průběžně provádí zdravotnický personál.

Hodnocení: 21. 1. 2013

Pacientka rozumí nutnosti včasného pohybu a rehabilitace, zná pomůcky, které lze k rehabilitaci využít, spolupracuje se zdravotnickým personálem a částečně zvládá správnou mechaniku chůze. Po 14 dnech je pacientka v rámci lůžka soběstačná a mimo lůžko potřebuje jen dohled zdravotníka.

Celkové hodnocení:

Cíle byly splněny částečně, ošetrovatelské intervence musí být nadále plněny.

3. Spánek porušený z důvodu změny prostředí a denních aktivit projevující se verbalizací a únavou.

Cíl krátkodobý: Pacientka spí v noci alespoň 7 hodin, po spánku se cítí odpočínutá.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá problém se spánkem.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka usne po uložení na lůžko do jedné hodiny.

Pacientka se po spánku cítí odpočínutá každý den.

Pacientka verbalizuje zlepšení svého spánku do 4 dnů.

Plán intervencí:

Sleduj, jak dlouho pacientka v noci spí – provede všeobecná sestra.

Zajisti pacientce klidné a tiché prostředí v nočních hodinách – provede všeobecná sestra.

Umožni pacientce provádět rituály, na které je před usínáním zvyklá – čtení, sledování televize – provede všeobecná sestra.

Zajisti pacientce vhodnou polohu a podle toho nastav i lůžko – provede všeobecná sestra.

Aktivizuj pacientku během dne, nedovol, aby došlo ke spánkové inverzi – provede všeobecná sestra.

Realizace: ze dne 17. 1. 2013 – 21. 1. 2013

18.30 hodin Úprava lůžka pacientky před uložení.

19.00 hodin Zapnutí televizoru na pokoji pacientky.

22.00 hodin Pacientka spí, televizor je vypnutý.

2.00 hodin Kontrola pacientky, nerušeně spí i za příchodu sestry na pokoj.

6.00 hodin Pacientka se cítí částečně odpočínutá.

Hodnocení: 21. 1. 2013

Pacientka udává únavu a narušený spánek, spala téměř celou noc a cítí se částečně odpočínutá. Po čtyřech dnech sledování se pacientka cítí lépe a méně unavená.

Celkové hodnocení:

Cíle byly splněny částečně, ošetrovatelské intervence musí být nadále plněny.

4. Strach z budoucnosti z důvodu nejistých výsledků rehabilitace projevující se verbalizací.

Cíl krátkodobý: Pacientka verbalizuje svůj strach a verbalizuje zlepšení v této oblasti.

Cíl dlouhodobý: Pacientka udává odstranění strachu.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacientka si uvědomuje příčinu strachu do 12 hodin.

Pacientka dokáže verbalizovat svůj strach do 1 dne.

Pacientka není ovlivněna svým strachem do 4 dnů.

Pacientka nejeví známky strachu do 5 dnů.

Plán intervencí:

Zjistí příčinu strachu, komunikuj s pacientkou a pobízej ji vyjádřit své pocity – provede všeobecná sestra.

S pacientkou komunikuj plynule, srozumitelně a buď trpělivá a vstřícná – provede všeobecná sestra.

Zajisti pacientce dostatek informací rozhovorem s ošetřujícím lékařem – provede všeobecná sestra.

Edukuj pacientku o možnostech rehabilitace po propuštění – provede všeobecná sestra.

Vysvětlí pacientce přirozenost strachu v životě každého člověka – provede všeobecná sestra.

Realizace: ze dne 17. 1. 2013 – 21. 1. 2013

Pacientka je informována plně o svém zdravotním stavu a o dalších možnostech rehabilitačního programu po propuštění. Rehabilituje bez projevů strachu.

Hodnocení: 21. 1. 2013

Pacientka si po 12 hodinách uvědomuje příčiny jejího strachu, dokáže svůj strach verbalizovat a její rehabilitace a léčba není ovlivněna strachem. Pacientka nejeví známky strachu po 5 dnech.

Celkové hodnocení:

Cíl byl splněn, pacientka neprojevuje známky strachu a udává jeho odstranění.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního žilního katétru.

Cíl krátkodobý: Pacientka je seznámena s prevencí vzniku infekce.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá známky infekce.

Priorita: střední

Plán intervencí:

Vysvětlí pacientce rizika, které předcházejí vzniku infekce – provede všeobecná sestra.

Pravidelně proplachuj fyziologickým roztokem periferní žilní katétr – provede všeobecná sestra.

Před i po podání medikamentů do periferního žilního katétru proplachuj pomalým vpravením fyziologického roztoku – provede všeobecná sestra.

Po třech dnech proveď výměnu periferního žilního katétru – provede všeobecná sestra.

Pravidelně desinfikuj okolí místa vpichu periferního žilního katétru a prováděj výměny fixace periferního žilního katétru. – provede všeobecná sestra.

Veď pacientku k pravidelnému pitnému režimu, na dosah pacientce připrav láhev s čajem – provede všeobecná sestra, ošetrovatelka.

Nevracej nesterilní uzávěr zpět na konec hadičky periferního žilního katétru a edukuj o této intervenci i pacientku – provede všeobecná sestra.

Realizace: 17. 1. 2013 – 21. 1. 2013

Vysvětlení rizik pacientce, předcházejících vznik infekce.

Pravidelné proplachování katétru provedeno několikrát v průběhu každého dne. Proplachování fyziologickým roztokem provedeno před, i po každém podání medikamentů do periferního žilního katétru.

18. 3. 2013 – provedena výměna periferního žilního katétru.

Pravidelné desinfikování místa vpichu provedeno v průběhu dne a před podáním medikamentů do periferního žilního katétru.

Pitný režim zajištěn pobízením pacientky aby stále pila a stále měla na dosah láhev s čajem.

Hodnocení: 21. 1. 2013

Pacientka zná veškerá rizika, která předcházejí vzniku infekce a umí je sama vyjmenovat, pravidelně dodržuje pitný režim.

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn, pacientka neprojevuje známky infekce.

2. Riziko pádu z důvodu pravostranné hemiparézy

Cíl krátkodobý: Pacientka je seznámena s riziky pro vznik pádu.

Cíl dlouhodobý: Pacientka zná rizika a zásady pro vznik pádu a verbalizuje je.

Priorita: střední

Plán intervencí:

Vysvětlí pacientce možná rizika vzniku pádu – provede všeobecná sestra.

Odstraň z okolí pacientky všechny překážky, které by mohli zapříčinit pád – provede všeobecná sestra nebo ošetřovatelka.

Zajisti pacientce doprovod vždy, když to bude potřebovat – provede všeobecná sestra nebo ošetřovatelka.

Vysvětlí pacientce nutnost doprovodu nebo asistence při provádění a nácviku chůze a nutnost doprovodu na toaletu – provede všeobecná sestra.

Pozoruj u pacientky známky závratí nebo známky špatného držení těla – provede všeobecná sestra.

Zajisti pacientce pravidelný pitný režim a dbej na to, aby měla vždy tekutinka dosah – provede všeobecná sestra nebo ošetřovatelka.

Realizace: 17. 1. 2013 – 21. 1. 2013

Pacientce vysvětlena možná rizika vzniku pádu, nutnosti doprovodu při jakémkoliv chůzi či pohybu. Zajištěn pravidelný pitný režim a odstraněny všechny překážky, které by pád mohli zapříčinit.

Hodnocení: 21. 1. 2013

Pacientka zná možná rizika vzniku pádu, uvědomuje si nutnost doprovodu při veškerém pohybu a dodržuje pravidelný pitný režim.

Celkové hodnocení: Cíl byl splněn, u pacientky nedošlo k pádu. Pacientka verbalizuje zásady a rizika pro vznik pádu.

CELKOVÉ HODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU A PÉČE

Pacientka byla přijata z jednotky intenzivní péče na neurologické oddělení z důvodu doléčení přetrvávajících příznaků a rehabilitaci. Při přijetí na oddělení byla pacientka při plném vědomí, orientovaná a komunikovala bez problémů. Problém dělala pacientce sebepéče a sebeobsluha při běžných denních činnostech. Proto potřebuje vždy při takovýchto činnostech dohled nebo pomoc zdravotnického personálu. Měla zavedený periferní žilní katétr. Pacientka má také problém s vysokým krevním tlakem, který se jí musí pravidelně měřit.

Druhý den na neurologickém oddělení bylo pacientce zajištěno konziliární vyšetření fyzioterapeutem a ten sestavil individuální terapeutický a rehabilitační plán. Pacientka začala třetí den hospitalizace rehabilitovat dle sestaveného plánu s docházejícím fyzioterapeutem. Všechny denní činnosti provádí pacientka za dohledu zdravotnického pracovníka. Pacientka spolupracuje a má velkou snahu navrátit veškeré schopnosti do normálního stavu. Nechce být stále závislá na druhé osobě. Po několika dnech byl už znatelný pokrok v chůzi a cvičení. Pacientka měla také strach z budoucnosti, který postupně dokázala verbalizovat a po několika dnech a po provedených intervencích došlo až jeho vymizení. Problém jí také činil spánek, po kterém se cítila stále unavená. Pomocí provedených intervencí pacientka dobře spala a cítila se téměř odpočínutá. Pacientka měla zavedený permanentní žilní katétr, do kterého dostávala infuzní léčbu. Po 5 dnech hospitalizace byla léčba zrušena a katétr byl pacientce vyndán. Na vysoký krevní tlak bere pacientka pravidelné medikamenty – antihypertenziva, předepsané lékařem a vše je zapsáno v dokumentaci. O podávání léků se stará sestra ve službě. Po 3 týdnech hospitalizace je pacientka téměř soběstačná. Při chůzi si je více jistá a v běžných denních činnostech má už jistotu plnou. Pacientka má optimistickou náladu a se těší domů na svou rodinu.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro veřejnost

V dnešní době se stále více setkáváme s nemocnými, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu. Je to celosvětový problém týkající se lidí vyššího věku, který postihuje stále více pacientů. Lidé často o existenci nemoci ví, ale už méně lidí zná rizikové faktory, které předcházejí vzniku CMP a jak tato nemoc probíhá. Proto je důležité, aby měla veřejnost možnost seznámit se s edukačním materiálem, který by měl být dostupný u praktických lékařů, nebo v ordinacích lékařů různých oborů.

Doporučení pro pacienty

U lidí, kteří mají rodinný výskyt iktu, je žádoucí vyhledávat preventivní vyšetření a vyhýbat se rizikovým faktorům, které se podílejí na vzniku nemoci. U pacientů, kteří prodělali CMP, je vhodné zajímat se o možnosti léčby, přehodnotit priority, žebříček hodnot a v první řadě se věnovat svému zdraví. V období hospitalizace se také mění sociální role pacienta, které musí také přehodnotit.

Doporučení pro rodinu

Rodina by měla být pro pacienta především oporou, tolerantním a trpělivým protějškem. Během hospitalizace by se měla rodina zajímat o zdravotní stav pacienta, aktivně se zapojit do péče a to především do rehabilitačního procesu. V domácím prostředí to budou totiž právě rodinní příslušníci, kteří budou pečovat o pacienta po propuštění. Měli by znát, jak s pacientem cvičit, komunikovat, rehabilitovat a asistovat mu při běžných činnostech. Rodina by měla být upozorněna na možná rizika, která mohou nastat u pacientů po CMP, jako jsou pády, zhoršení stavu atd. Předcházet pádům lze tím, že pacient nebude chodit sám a odstraní se z domácnosti veškeré překážky, jež mohou pád způsobit. Také by měla rodina vědět, že existují služby domácí péče, které obstarají pacientovi potřebnou péči, když rodina není momentálně k dispozici.

Doporučení pro studenty zdravotnických škol, pro všeobecné sestry a zaměstnance zdravotnických zařízení

Ke každému pacientovi by měl ošetrovatelský tým přistupovat jako k bio-psycho-sociální-spirituální bytosti. Při výkonu intervencí, rehabilitace a veškeré asistenci, je zásadní, aby zdravotník přistupoval k pacientovi s trpělivostí, empatií, vstřícností a v žádném případě nenechal pacienta v nejistotě. Studenti zdravotnických škol by měli být vždy doprovázeni všeobecnou sestrou, která bude dohlížet nebo asistovat studentům při naplánovaných intervencích. U studentů, kteří by samostatně prováděli výkony u pacientů po iktu, může dojít k poškození pacienta, k nechtěným pádům, nebo ke komplikacím způsobeným nepozorností či nezkušeností. Ošetrovatelský personál má také za úkol být pacientovi po ruce vždy, když je to zapotřebí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se v první části zabývá obecnou charakteristikou cévní mozkové příhody. Zahrnutý je popis etiologie vzniku CMP, rizikových faktorů, vyšetřovacích metod a léčby. Teoretická část této práce také přibližuje specifika ošetrovatelské péče u pacientů po cévní mozkové příhodě a neurorehabilitační proces.

V praktické části se práce zabývá ošetrovatelským procesem u pacientky s diagnózou cévní mozková příhoda s pravostrannou hemiparézou. Proces je zaměřen na zhodnocení stavu pacientky, sestavení ošetrovatelských diagnóz, plánování ošetrovatelských intervencí a jejich realizace. Pacientka byla přijata z jednotky intenzivní péče na neurologické oddělení z důvodu doléčení přetrvávajících příznaků a rehabilitace. Veškeré informace o pacientce byly získány z ošetrovatelské a lékařské dokumentace, rozhovorem a pozorováním pacientky. Celkový stav se během hospitalizace pacientce zlepšil, rehabilitovala, spolupracovala a po několika týdnech byla propuštěna do domácího léčení.

Rehabilitace je u tohoto onemocnění jednou z nejdůležitějších a nejdelších složek léčby. Pro pacienta je celé období léčení náročné jak po psychické tak po fyzické stránce. Ne každý pacient má ale to štěstí dostat se po iktu zpět do normálního života a opět provádět činnosti a záliby jako před tím než onemocněl. Někteří zůstanou upoutaní na lůžku, nebo imobilní. Proto má svůj velký význam především včasnost a pravidelnost léčebné rehabilitace, její správné provádění a vytrvalost zdravotníka i pacienta. V rámci hospitalizace není na škodu zapojit do rehabilitace i rodinu, zejména kvůli tomu, že po propuštění budou asistenty pro pacienta právě rodinní příslušníci. Ti by měli znát to, jak s pacientem správně zacházet, jak mu pomáhat, povzbuzovat ho a podporovat. Pacienti si také mohou vyhledat kluby pro ty, kteří CMP také prodělali.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

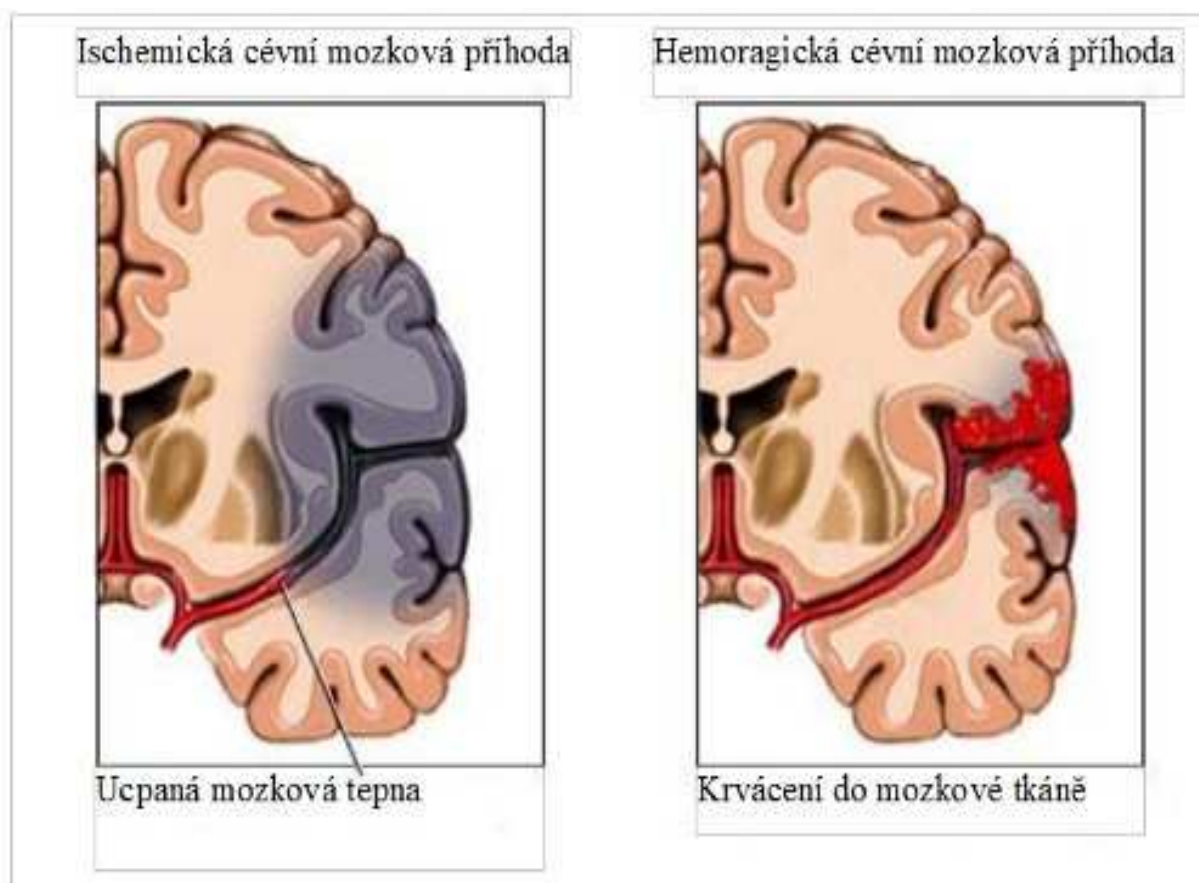
1. FEIGIN, Valery. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Z orig. přel. Blanka Kalvachová. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
2. HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 84 s. ISBN 978- 80-7345- 148-6.
3. HUTYRA, Martin a kol., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. 1.vyd. Praha: Grada, 167 s. ISBN 978-80-247-3816-1
4. KALINA, Miroslav. *Cévní onemocnění mozku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 206 s. ISBN 80-7254-198-6.
5. KALITA, Zbyněk a kol. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.
6. KÁŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG a kol. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 336 s. ISBN 978-80-244-1664-9.
7. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
8. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
9. LIPPERTOVÁ-GRŮNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
10. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nandách doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
11. MYSLIVEČEK, Jaromír a kol. *Základy neurověd*. 2 rozšířené a přepracované vydání. Praha: Triton, 2009. 390 s. ISBN 978-80-7387-088-1.
12. NEUBAEROVÁ, L., M. JAVORSKÁ a K. NEUBAER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 133 s. ISBN 978-80-7435-109-9.

13. POWELL, Trewor. *Poškození mozku*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
14. RUSSEL, J.Lowe a Wanda WEBB, *Mozek a řeč*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. 371 s. ISBN 978-80-7367-464-9.
15. SEIDL, Zdeněk, *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
16. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistent I: Interna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3.
17. SPENCE, David. *Mozková mrtvice*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 255 s. ISBN 978-80-7387-058-4.
18. ŠECLOVÁ, Simona. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3
19. TOMEK, Aleš. *Neurointenzivní péče*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta a.s., 2012. 479 s. ISBN 978-80-204-2659-8.
20. WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ, *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 396 s. ISBN 80-246-10-20-5.
21. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2006. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Ischemická CMP a Hemoragická CMP I	
Příloha B – Stavba mozku	II
Příloha C – Cévní zásobení mozku	III
Příloha D – Motorické oblasti mozku	IV
Příloha E – Lumbální punkce	V
Příloha F – Rehabilitační oddělení	VI
Příloha G – Rehabilitační záznam	VII
Příloha H – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce	VIII

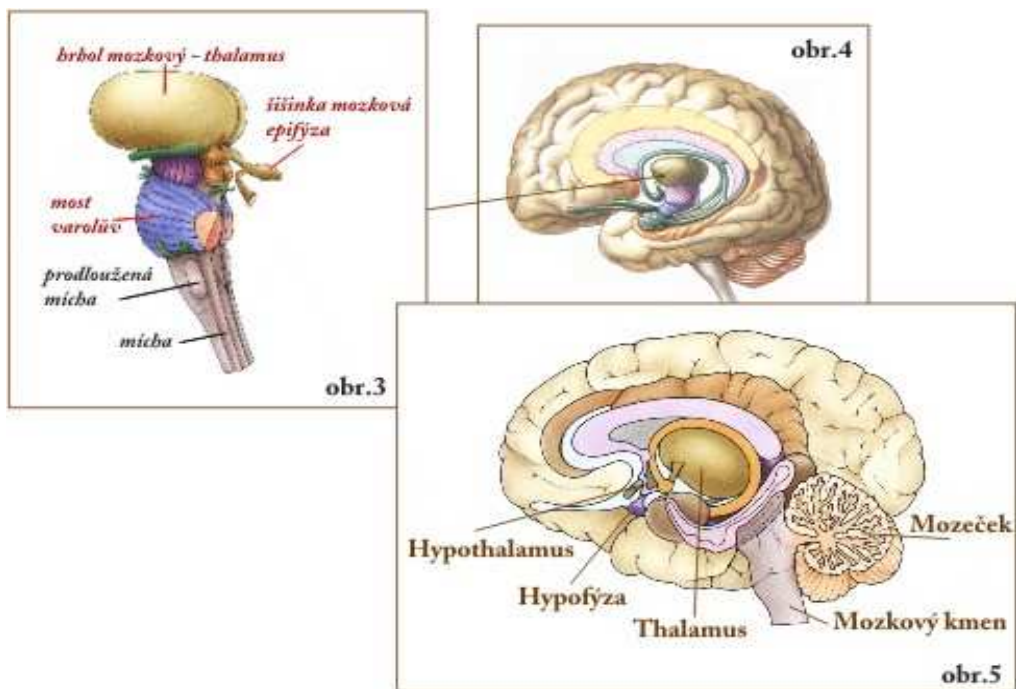
Příloha A - Ischemická CMP a Hemoragická CMP



Zdroj:

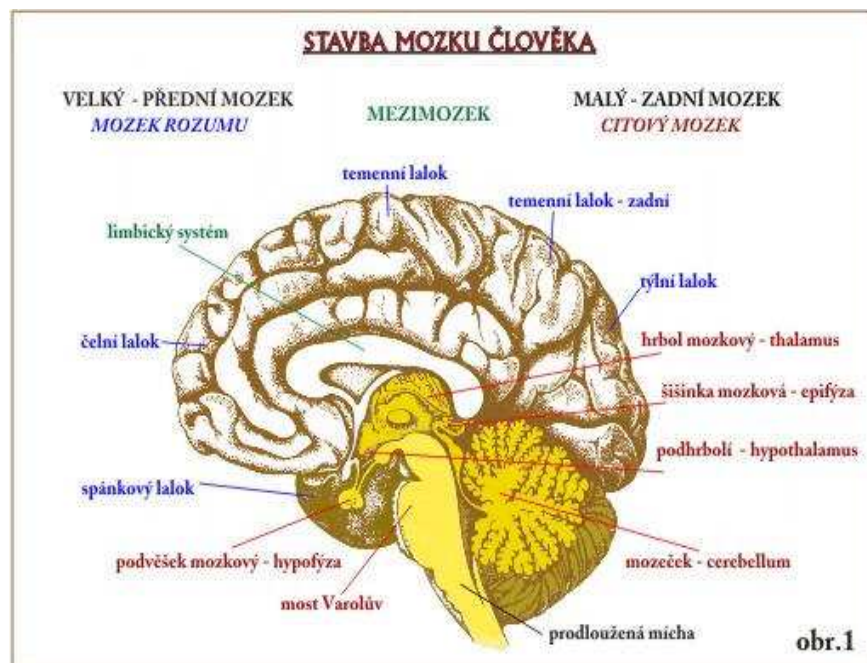
<http://zdravi-cz.blog.cz/0908/vybrana-kardiovaskularni-onemocneni-v-dusledku-aterosklerozy>

Příloha B – Stavba mozku



Zdroj:

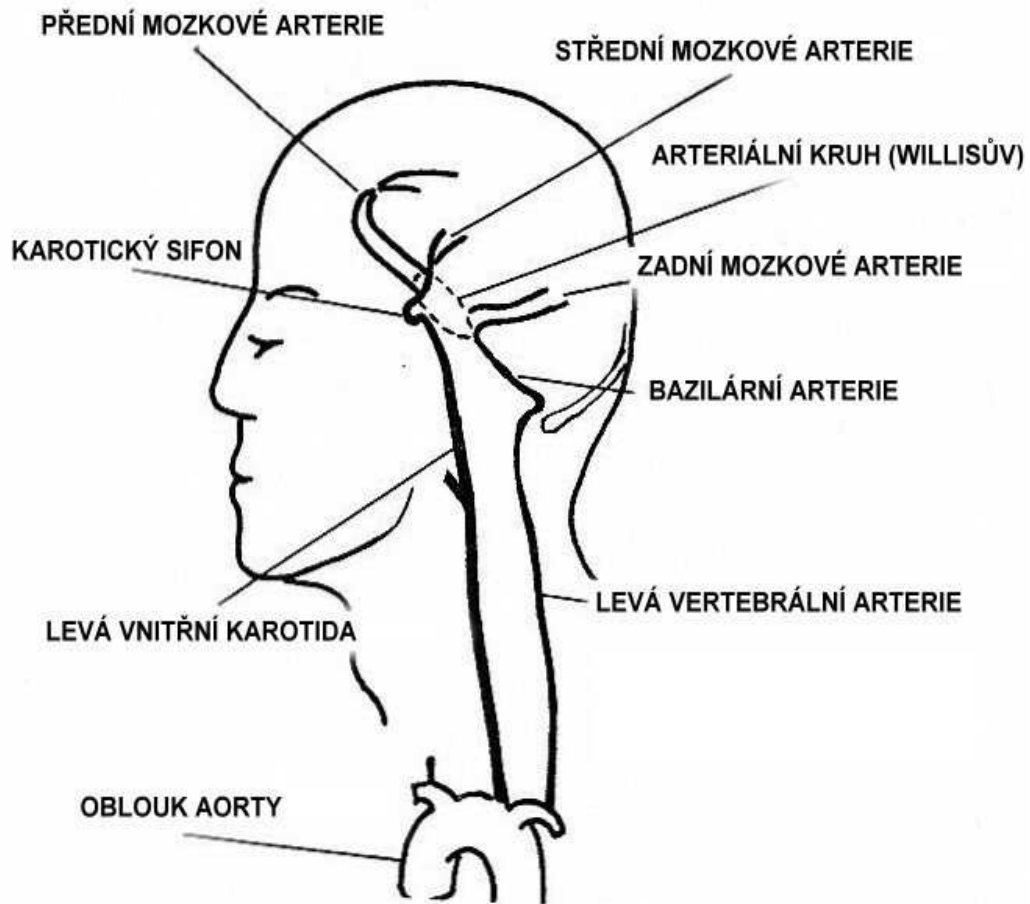
<http://lidsketelo.webnode.cz/regulacni-soustavy/>



Zdroj:

<http://kulturstika.rychlesnadno.cz/?cat=12&paged=2>

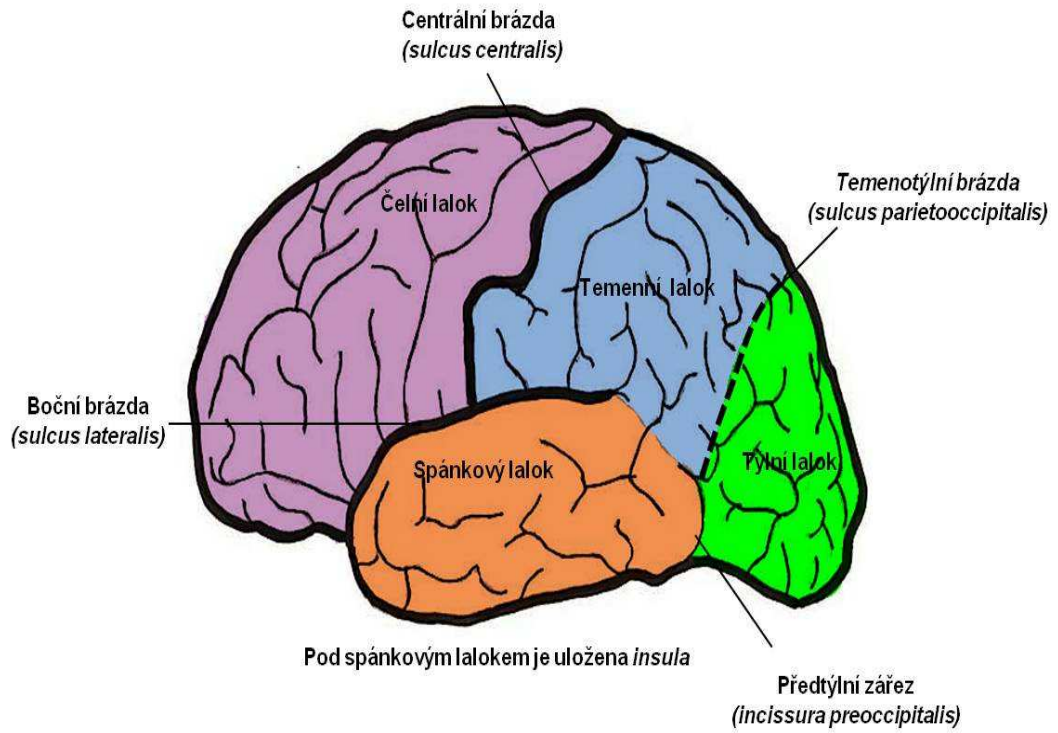
Příloha C – Cévní zásobení mozku



Zdroj:

http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categId=22&letter=C&termId=1391&tname=C%3%A9vn%3AD+mozkov%3%A9+p%5%99%3ADhody+-+poruchy+kognitivn%3ADch+funkc%3AD

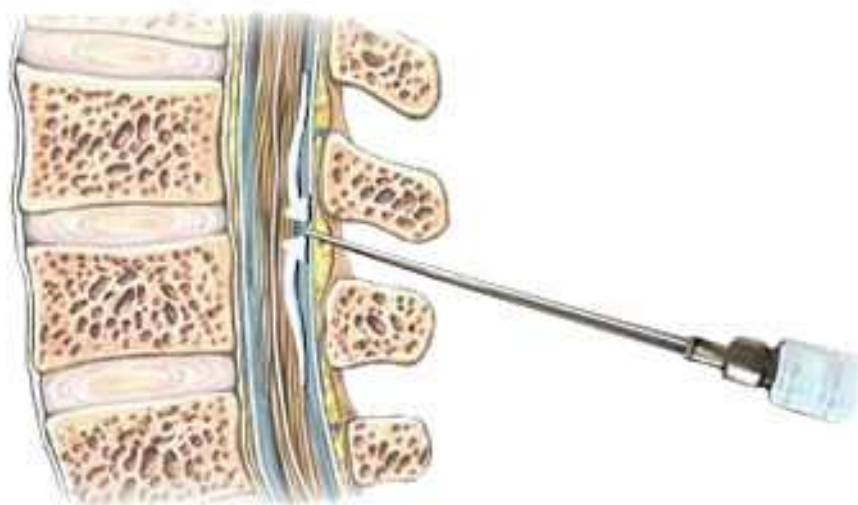
Příloha D – Motorické oblasti mozku



Zdroj:

<http://pfyziol.fup.upol.cz/castwiki/?p=3265>

Příloha E – Lumbální punkce



Zdroj:

<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/atramaticka-lumbalni-punkce-foto-vyhody-provedeni-typ-a-cena-jehly>



Zdroj:

<http://mojelekarskewebovky.webnode.cz/album/fotogalerie/lumbalni-punkce-obrazek-jpg/>

Příloha F – Rehabilitační oddělení



Zdroj:

<http://www.nnfp.cz/oddeleni/oddeleni-rehabilitace-a-fyzikalni-mediciny>



Zdroj:

<http://www.nemfm.cz/aktuality/rehabilitacni-oddeleni-336cz>

Příloha H – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala údaje a podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem Rehabilitační ošetřování u pacienta po cévní mozkové příhodě, v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne: 27. 3. 2013

.....

Jméno a příjmení studenta