

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ S CÉVNÍ
MOZKOVOU PŘÍHODOU**

Bakalářská práce

MARKÉTA JURKOVÁ, DiS

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Dobromila Hrušková

Praha 2013



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

Jurková Markéta
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 9. 7. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou

Nursing Care of Patients with Stroke

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Dobromila Hrušková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 1. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 13. 12. 2013

.....

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat paní profesorce Mgr. Dobromile Hruškové za cenné připomínky, rady a odborné vedení práce.

ABSTRAKT

JURKOVÁ, Markéta. *Ošetrovatelská péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Dobromila Hrušková, Praha. 2013. 67 s.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacientů s cévní mozkovou příhodou. V práci se setkáváme jak s teoretickou, tak i s praktickou částí.

Teoretická část práce je zaměřena na definici onemocnění, příčinu, epidemiologii, klinický obraz, vyšetřovací metody a léčbu. V teoretické části je též zmíněna ošetrovatelská péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou, kde je zahrnuta monitorace, výživa a hydratace, bolest, spánek, komunikace, domácí péče a jiné. Neméně důležitá je pro pacienta po cévní mozkové příhodě rehabilitace, která je popsána v celé kapitole.

Praktická část je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s cévní mozkovou příhodou.

Klíčová slova: *cévní mozková příhoda, ošetrovatelská péče*

ABSTRAKT

JURKOVÁ, Markéta. *Nursing Care for Patients with Stroke*. College of Health, o.p.s. Degree of qualifications: Bachelor (Bc). Supervisor: Mgr. Dobromila Hrušková, Prague. 2013. 67 p.

The bachelor thesis deals with the nursing care of patients with stroke. In this work, we meet with both the theoretical and practical part is.

The theoretical part contains the definition of CMP, CMP cause, epidemiology, clinical presentation, diagnostic methods and treatment. The theoretical part is also mentioned nursing care for patients with stroke, which includes monitoring, nutrition and hydration, pain, sleep, communication, home care, and others. Equally important is the patient post-stroke rehabilitation, which is described in chapter.

The practical part is focused on the processing of nursing process in a patient with stroke.

Keywords: *stroke, nursing care*

OBSAH

ÚVOD	12
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	14
1.1 Charakteristika cévní mozkové příhody.....	14
1.1.1 Ischemické cévní mozkové příhody	15
1.1.2 Hemoragické cévní mozkové příhody	15
1.2 Příčina cévní mozkové příhody	15
1.2.1 Ischemické cévní mozkové příhody	16
1.2.2 Hemoragické cévní mozkové příhody	16
1.3 Epidemiologie cévní mozkové příhody	16
1.4 Rizikové faktory cévní mozkové příhody	17
1.4.1 Rizikové faktory ischemické cévní mozkové příhody.....	17
1.4.2 Rizikové faktory hemoragické cévní mozkové příhody	17
1.5 Klinický obraz cévní mozkové příhody	18
1.6 Diagnostika cévní mozkové příhody	19
1.7 Léčba cévní mozkové příhody	20
1.7.1 Ischemické cévní mozkové příhody	21
1.7.2 Hemoragické cévní mozkové příhody	23
1.8 Prevence cévní mozkové příhody	24
1.8.1 Primární prevence	24
1.8.2 Sekundární prevence.....	24
1.9 Komplikace cévní mozkové příhody	24
2 REHABILITACE U CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	26
2.1 Akutní léčba rehabilitace	28
2.2 Subakutní rehabilitace	29
2.3 Rehabilitace následného období	30
2.4 Cvičení hybnosti.....	30
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU	36
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU	45

ZÁVĚR.....	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERAURY	77
SEZNAM PŘÍLOH	80

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CMP	cévní mozková příhoda
COM	cévní onemocnění mozku
DSA	digitální substrakční angiografie
CT	výpočetní tomografie
EKG	elektrokardiografie
HCMP	hemoragická cévní mozková příhoda
IA trombolýza	intraarteriální trombolýza
ICH	intracerebrální hemoragie
ICMP	ischemická cévní mozková příhoda
IM	infarkt myokardu
IV trombolýza	intravenózní trombolýza
Trombektomie	chirurgické odstranění trombu
MRI	magnetická rezonance
PRIND	prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický defekt
SAH	subarachnoideální hemoragie
SPECT	jednofotonová emisní výpočetní tomografie
TIA	tranzitorní ischemická ataka
WHO	World Health Organization

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Ischémie - místní nedokrevnost tkání nebo orgánů

Hemoragie - krvácení, výstup krve z cév mimo krevní řečiště

Iktus - mozková mrtvice

Embolizace - uzavření tepny různými mechanizmy

Trombóza - ucpaní cévy trombem, který vznikl na místě ucpaní

Hemiplegie - úplná ztráta hybnosti jedné poloviny těla, ochrnutí poloviny těla

Hemiparéza - částečné ochrnutí poloviny těla

Afázie - porucha řeči

Hemihyperstezie - brnění

Hemianopsie - omezení zorného pole

Disabilita - omezení až znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí

Trombolýza - rozpuštění krevní sraženiny - trombu

Kraniotomie - operativní otevření lebky

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Polohování pacienta s centrální hemiparézou, poloha na zádech (a), na neparetické straně (b), na paretické straně (c)	28
Obrázek 2 Správné a špatné polohování	29
Obrázek 3 Špatné a správné uchopení paže s použitím proximální a distální podpory	29
Obrázek 4 Noční stolek u pacientů po CMP by měl být umístěn z postižené strany pacient	30
Obrázek 5 Leh na boku na postižené straně	31
Obrázek 6 Leh na boku na nepostižené straně	31
Obrázek 7 Poloha na břicho	32
Obrázek 8 Přetočení na postiženou stranu	32
Obrázek 9 Správné a špatné posazování se na lůžku	32
Obrázek 10 Pasivní asistovaný pohyb	33
Obrázek 11 Aktivní asistovaný pohyb	33
Obrázek 12 Transfer z lehu do sedu z nepostižené strany	34
Obrázek 13 Posazování se s nohama spuštěnými z lůžka	34
Obrázek 14 Vstávání z lůžka	35
Obrázek 15 Chůze do schodů a ze schodů	35

ÚVOD

Výběr tématu bakalářské práce byl pro mě jednoznačný. Pracuji na neurologické jednotce intenzivní péče a s pacienty s cévní mozkovou příhodou se setkávám téměř každý den. Pacientů trpících s cévní mozkovou příhodou není v naší republice málo. S přibývajícím rokem pacientů přibývá, a čím dál častěji se toto onemocnění vyskytuje u stále mladších ročníků. Cévní mozková příhoda se řadí mezi nejčastější onemocnění v České republice. Cévní mozkovou příhodu pokládáme za akutní stav, u kterého hraje velice důležitou roli čas. Včasné a vhodně zvolená léčba může pacienta zachránit na životě. Cévní onemocnění mozku je onemocněním na „dlouhou trať“. Pacienti potřebují laskavý a trpělivý přístup jak ze strany zdravotnického personálu, tak i podporu od své rodiny. Postihne-li pacienta cévní mozková příhoda, je zasažena jak oblast fyzická, tak i psychická. Pro pacienta je takové období velice náročné, pacient může díky cévní mozkové příhodě ztratit schopnost sebeobsluhy a stát se závislým na ostatních lidech. Proto je důležité, abychom pacienty povzbuzovali k trpělivosti, k pravidelné pohybové aktivitě, tréninku řeči a jiných podobných aktivit, které mohou vrátit pacienta zpět do běžného denního života.

Cílem bakalářské práce je zjistit a definovat informace z odborných publikací o onemocnění cévní mozkové příhody a seznámit s nimi širokou veřejnost. Dále také popsat proces péče o pacienta, který je přijat do nemocnice s akutní cévní mozkovou příhodou k intravenózní trombolýze, kam spadá veškerá ošetrovatelská péče. V neposlední řadě je našim cílem vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou a specifikovat jeho nejdůležitější ošetrovatelské diagnózy. Mimo toho stanovit určitá doporučení, kterými by se měl pacient nejen po dobu hospitalizace ale i po propuštění domů řídit.

Bakalářská práce se skládá z 2 částí: teoretické a praktické. V teoretické části se zabýváme charakteristikou onemocnění, epidemiologií, příznaky, diagnostikou, léčbou, atd. Samostatnou kapitolu věnujeme rehabilitaci u pacientů s cévní mozkovou příhodou. Samotná rehabilitace je u takového onemocnění velice důležitou součástí. Pravidelné cvičení a vůle pacienta napomáhá zlepšení sebeobsluhy a navrácení se do běžně denních aktivit. V třetí kapitole popisujeme ošetrovatelskou péči u pacienta s cévní mozkovou příhodou.

Pro závěrečnou část bakalářské práce jsme zvolili vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta s cévní mozkovou příhodou. V této části jsme zahrnuli důvody k přijetí pacienta do nemocnice, pacientovu anamnézu a také objektivní a subjektivní hodnocení pacientových aktuálních a potencionálních problémů, které jsou zpracovány do ošetrovatelských diagnóz. V neposlední řadě jsme sem zahrnuli kapitolu „Doporučení pro praxi“.

Vypracovaná práce by měla sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry, studenty, ale i laickou veřejnost, která též může načerpat potřebné informace.

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozkové příhody dělíme na dvě základní skupiny: na **ischemické cévní mozkové příhody** (ICMP) a **mozková krvácení** (hemoragie - HCMP). Rozlišit ischemické cévní mozkové příhody od hemoragických cévních mozkových příhod nemůžeme pouze klinickým vyšetřením, musíme provést též vyšetřovací metodu a to výpočetní tomografii (CT). V případě hemoragie nám CT zobrazí lokalizaci a rozsah ihned po jejím vzniku, ale u ischemie jsou změny patrné až za 48 hodin. U ischemické formy jsou důležité vyšetřovací metody MRI nebo SPECT, jelikož dovedou zobrazit časná stádia ischemie (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008).

1.1 Charakteristika cévní mozkové příhody

„Termín cévní onemocnění mozku (zkratka COM) označuje skupinu chorob, které se projevují postižením normální funkce mozku a jsou způsobeny poruchou v jeho krevním zásobení“ (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008, s. 129).

„WHO (World Health Organization) dosud definuje cévní mozkovou příhodu (CMP) jako rychle se rozvíjející ložiskové, někdy i celkové příznaky poruchy funkce mozku trvající více než 24 hodin nebo vedoucí k úmrtí nemocného, které nemají jinou zjevnou příčinu než cévní onemocnění mozku“ (KAŇOVSKÝ a kol, 2007, s. 25).

„Akutní cévní mozková příhoda (CMP) neboli iktus (nevhodný termín mozková mrtvice) je stejně urgentní stav jako závažné poranění mozku nebo infarkt myokardu. Jde o akutní postižení určité oblasti mozku na podkladě náhlé cévní poruchy v příslušné oblasti mozku, která buď poškodí mozkovou tkáň náhlou poruchou dodávky kyslíku a živin/porucha prokrvení), nebo poškodí mozkovou tkáň mechanicky – výronem krve“ (KALITA, 2010, s. 8).

1.1.1 Ischemické cévní mozkové příhody

Ischemické cévní mozkové příhody jsou nejčastějším typem iktů (KALITA a kol., 2006). „*Ischemické cévní mozkové příhody s ložiskovými příznaky (fokální cerebrální dysfunkce) se podle klinického průběhu dělí na tranzitorní ischemickou ataku, prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický defekt, rozvíjející se příhodu a dokončenou příhodu*“ (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008, s. 138).

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TIA je mozková příhoda, u které vymizí příznaky do 24 hodin od vzniku (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008).

PRIND – prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický defekt

PRIND je mozková příhoda, při které příznaky trvají déle než 24 hodin, ale zcela vymizí do 3 týdnů.

TIA nebo i PRIND často předcházejí těžkým mozkovým příhodám, proto je nutné pacienta podrobně vyšetřit a zvolit vhodnou léčbu (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008).

1.1.2 Hemoragické cévní mozkové příhody

Akutní hemoragické cévní mozkové příhody rozdělujeme na intracerebrální hemoragie (ICH) a subarachnoideální hemoragie (SAH). U těchto mozkových příhod je daleko větší úmrtnost, morbidita (KALITA a kol., 2006). „*ICH může být markerem pro ischemický iktus, ale nemocný po ICH je rizikový i pro vznik TIA i nové ICH*“ (KALITA a kol., 2006, s. 425).

1.2 Příčina cévní mozkové příhody

Postižení mozku, výskyt neurologických obtíží a nakonec i léčba a prognóza jsou ovlivněny příčinou vzniku cévní mozkové příhody, jejím rozsahem i lokalizací v mozkové tkáni (KALITA a kol., 2006).

1.2.1 Ischemické cévní mozkové příhody

„K ischemické cévní mozkové příhodě tedy dojde při nedostatečnosti krevního zásobení v určité oblasti na dostatečně dlouhou dobu. K tomu může dojít zúžením nebo uzávěrem přívodné tepny (nejčastěji při cévní ateroskleróze nebo embolizaci), náhlým zvýšením krevního tlaku (při hypertenzní chorobě), poklesem krevního tlaku (při srdečním selhání nebo šokových stavech) nebo zvýšením krevní viskozity (při některých chorobách hematologických, dehydrataci)“ (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008, s. 131). Tedy nejčastější příčinou bývá embolizace nebo trombóza (KALITA, 2010).

1.2.2 Hemoragické cévní mozkové příhody

„Při mozkovém krvácení (hemoragii) dojde k porušení celistvosti stěny arterie a poškození mozkové tkáně vzniklým intracerebrálním hematodem“ (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008, s. 132). Nejčastější příčinou hemoragie bývá arteriální hypertenze. Dalšími příčinami, které vedou k hemoragii, mohou být například cévní malformace, tepenná výduť (aneurysma) nebo porucha krevní srážlivosti (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008).

1.3 Epidemiologie cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody jsou v ČR již řadu let na třetím místě příčinou kardiovaskulárních úmrtí. Se zvyšujícím počtem seniorů cévní mozková příhoda stále vzrůstá. Velmi závažným problémem je též, že incidence vzrůstá i u mladších ročníků. V dnešní době je cévní mozková příhoda stejně závažný stav jako infarkt myokardu. Z tohoto důvodu se v současnosti můžeme setkat s větším počtem specializovaných pracovišť, jako jsou iktové jednotky či cerebrovaskulární centra (KAŇOVSKÝ a kol, 2007).

„O cévních onemocněních mozku se sice hovoří podstatně méně než o srdečních infarktech, častosti svého výskytu se však počtu srdečních cévních onemocnění velmi blíží. Navíc následky nedokrevnosti, či různých druhů krvácení jsou pro mozek stejně fatální jako pro srdce“ (ŠETLÍK, 2005, str. 35).

„V posledních letech je patrný vzestupný výskyt případů CMP, který je dán řadou vnějších faktorů (prodloužení lidského věku, větší počet přežívajících po CMP, mírnější průběh díky prevenci). V České republice je ročně postiženo 40 000 osob, z toho přibližně 2/3 přežívají. Cévní mozkové příhody vznikají v důsledku ischemie (představují 80% všech příhod), nebo následkem hemoragie do mozkové tkáně“ (VRBATA, 2008, str. 43).

1.4 Rizikové faktory cévní mozkové příhody

„Většina cévních mozkových příhod vzniká jako následek kombinace medicínských příčin (např. vysoký krevní tlak) a příčin návykových (např. kouření). Takové příčiny nazýváme rizikovými faktory. Některé rizikové faktory mohou být regulovány nebo i zcela eliminovány, a to buď léčebnými prostředky – např. užíváním určitých léků, nebo prostředky nemedicínskými, jako např. změna životního stylu. To jsou tzv. ovlivnitelné rizikové faktory. Udává se, že až 85% cévních mozkových příhod lze přecházet kontrolou těchto ovlivnitelných rizikových faktorů. Nicméně existují faktory, které změnit nemůžeme. Mezi tyto neovlivnitelné rizikové faktory patří stárnutí, dědičné dispozice a rasový původ“ (FEIGIN, 2004, str. 49).

1.4.1 Rizikové faktory ischemické cévní mozkové příhody

- vysoký krevní tlak
- aterosklerotické postižení cév
- uvolnění trombu nebo sklerotického plátu z cév či tepen
- srdeční arytmie (především fibrilace síní!)
- trombofilní stavy
- výjimkou není ani dehydratace

1.4.2 Rizikové faktory hemoragické cévní mozkové příhody

- vysoký krevní tlak
- "prasknutí" mozkové výdutě, krvácení z cévní malformace

- následek zánětu cévní stěny, některých infekcí
- nadužívání drog
- při úrazu (MLČOCH, 2000)

1.5 Klinický obraz cévní mozkové příhody

Charakteristické pro klinický obraz je, že se objeví náhlé neurologické příznaky. Specifické příznaky závisí na lokalizaci mozkového postižení (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008).

Příznaky cévní mozkové příhody řadíme do 5 hlavních skupin:

- a) náhlá slabost, necitlivost a porucha hybnosti tváře, horní a dolní končetiny na jedné polovině těla**
 - brnění (hemihyperstézie) nebo ztuhnutí tváře, pokles koutku, pacient se nemůže usmát, zapískat, vyskytují se problémy s polykáním, při cévní mozkové příhodě pacient nemůže ovládnout ruku i nohu na stejné straně, hemiparéza, hemiplegie, pokles víčka
- b) náhlá nerozhodnost, potíže s mluvením nebo porozuměním**
 - afázie, pacient si nemůže vzpomenout na slova, nemůže se vyjádřit, marně hledá správné výrazy slov, slova komolí, přeřikává se, nerozumí řeči, vyskytují se problémy s psaním, počítáním, čtením
- c) náhlá porucha zraku**
 - v akutním stavu může pacient vidět rozmazaně, nebo vidět jen na jedno oko, či nemusí vidět vůbec, naopak vidí i dvojité, hemianopsie
- d) náhle vzniklé problémy s chůzí nebo závratě**
 - pacient ztrácí rovnováhu
- e) náhle silné bolesti hlavy bez zjevné příčiny**
 - bolest někdy přechází ve ztuhlost krku (KALITA, 2010)

1.6 Diagnostika cévní mozkové příhody

Diagnostika u cévní mozkové příhody je velmi obtížná a složitá. Často bývá průběh u cévní mozkové příhody atypický. Příznaky mohou připomínat například i mozkový nádor nebo nitrolební krvácení (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008). V některých případech je diagnostika tak složitá, že i ten nejlepší diagnostik není schopen určit správnou diagnózu bez doplňujících vyšetření (MUMENTHALER, 2001). U diagnostiky CMP, jako i u jiných onemocnění je důležitou součástí **anamnéza, klinické vyšetření, rychlé zhodnocení laboratorních výsledků a především zobrazovací metody** (KAŇOVSKÝ a kol., 2007). „*Klinický obraz může být jistým vodítkem v diferenciálně diagnostické rozvaze. Přesto na jeho základě nelze diagnózu jednoznačně stanovit*“ (KAŇOVSKÝ a kol., 2007, s. 33).

Anamnéza

Na základě anamnéze je lékař schopný vyhodnotit aktuální stav pacienta.

Anamnézu můžeme odebrat přímo od pacienta eventuelně od svědků.

- čas rozvoje příznaků eventuelně kdy byl pacient naposled viděn v pořádku
- u tranzitorních příznaků odhadnout dobu jejího trvání (delší trvání zvyšuje pravděpodobnost dg infarktu)
- okolnosti vzniku příznaků, pátrat po projevech epileptického záchvatu
- anamnéza předchozí - cévní mozková příhoda, infarkt myokardu, diabetes mellitus
- anamnéza poruch koagulace, recentního krvácení či operace
- medikace (hlavně antikoagulace), přidružená onemocnění, alergie
- anamnéza kouření, abusu drog, alkoholu, i hormonální antikoncepce (MLČOCH, 2000)

Klinické vyšetření

- vyšetření pohledem, pohmatem, poslechem, poklepem (zjištěné parézy, plegie, afázie, poklesu koutku, stavu vědomí, dýchání atd.)
- zjištění aktuální váhy pacienta
- orientační interní vyšetření
- neurologické vyšetření

- o symptomatická terapie (analgetika, antiemetika, rehydratace apod.) (AMBLER a kol., 2004)

Laboratorní hodnoty

Při diagnostice je důležité komplexní biochemické, hemokoagulační vyšetření a krevní skupina (KAŇOVSKÝ a kol., 2007). Laboratorní hodnoty nám dokážou ukázat spoustu patologických jevů, které mohou a nemusí souviset s cévní mozkovou příhodou, jako například zvýšená hladina lipidů, porucha krevní srážlivosti, úbytek krevních elementů, záněty apod. (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008).

Zobrazovací metody

výpočetní tomografie
magnetická rezonance
digitální substrakční angiografie
ultrazvukové vyšetření

Ostatní vyšetření:

likvorové vyšetření, interní vyšetření, elektrokardiografie, vyšetření očního pozadí (MLČOCH, 2000)

1.7 Léčba cévní mozkové příhody

U léčby cévní mozkové příhody je nejdůležitější zahájit léčbu co nejdříve. Čas u tohoto onemocnění hraje velmi důležitou roli. Cévní mozková příhoda patří mezi akutní stavy, které ohrožují život, a které vyžadují rychlou zdravotní pomoc. Pro pacienty s cévní mozkovou příhodou existují specializovaná centra, jako jsou například iktové jednotky či cerebrovaskulární centra, která obsahují všechna potřebná diagnostická vyšetření a léčebná opatření (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008).

1.7.1 Ischemické cévní mozkové příhody

Cévní mozkovou příhodu je nutno považovat za akutní stav, který vyžaduje okamžité odeslání na specializovanou iktovou jednotku a rychlé zahájení odpovídající léčby. U ischemické cévní mozkové příhody je obzvláště důležitá doba vzniku, která je v prvních 4 až 4,5 hodinách od vzniku cévní mozkové příhody, ale čím dříve se léčba uskuteční, tím je větší šance na lepší výsledný efekt. Proto je velmi důležité, aby laická veřejnost znala základní příznaky cévní mozkové příhody a neodkladně zajistila rychlou záchrannou službu k poskytnutí první pomoci a transportu do specializovaných pracovišť. Existují tři základní postupy v léčbě u ischemické cévní mozkové příhody. V první řadě je to celková léčba fyziologické kondice tzv. obecná léčba, kterou je snaha optimalizovat stav pacienta. Druhým postupem je specifická léčba zaměřena na patogenezu vlastního iktu. Třetí je prevence a léčba komplikací (BEDNAŘÍK a kol., 2010).

Celková léčba

Jako i u ostatních akutních stavů je třeba nejprve stabilizovat základní životní funkce a zajistit jejich monitoraci, respiraci, dostatečnou ventilaci, oxygenaci, zajistit krevní oběh, monitoraci atd. U pacientů s cévní mozkovou příhodou je třeba dbát na dostatečnou hydrataci a výživu, vhodné laboratorní výsledky a ostatní parametry vnitřního prostředí. (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008).

Specifická léčba = systémová trombolytická (fibrinolytická) terapie

Tato terapie je společně s intenzivní péčí jedinou účinnou léčbou akutního stádia ischemického iktu. Naopak má i svá rizika, a to zejména krvácení. Trombolytická terapie smí být indikována pouze lékařem, který je specialistou v diagnostice cévní mozkové příhody. Rovněž CT vyšetření mozku musí zhodnotit zkušený odborník. *„Zcela zásadním momentem je rozpoznání časných známek projevu ischemického infarktu na CT a přísné dodržování všech vylučovacích kritérií léčby“* (BEDNAŘÍK a kol., 2010).

Způsoby trombolýzy jsou:

a) intravenózní terapie (IVT)

V akutní fázi ischemické cévní mozkové příhody se podává tzv. celotělová neboli systémová trombolýza. Je to lék, který se podává pacientovi v lineárním dávkovači nebo jako infuzní roztok, který rozpouští v cévě uzávěr (KALITA, 2010).

INDIKAČNÍ KRITÉRIA PRO INTRAVENÓZNÍ PODÁNÍ TROMBOLÝZY:

- akutní začátek neurologického deficitu, který odpovídá některému cévnímu teritoriu
- přesný časový údaj o vzniku příznaků
- věk nad 18 let, horní hranice se většinou udává mezi 75 až 80 roky
- nativní CT

KONTRAINDIKACE PODÁNÍ INTRAVENÓZNÍ TROMBOLÝZY:

- mezi kontraindikace k podání intravenózní trombolýzy patří řada faktorů:

Klinické:

- hypertenze nad 185/110
- malý deficit s NIHSS nižší než 4
- velmi rychlá progresse příznaků a NIHSS vyšší než 25
- doba vzniku cévní mozkové příhody mimo „časové okno“
- sopor nebo kóma od vzniku příznaků
- epileptický záchvat při vzniku příznaků nebo během doby intravenózní trombolýzy

Laboratorní:

- glykémie méně než 2,8 (3,0) a více než 20 (22) mmol/l
- INR vyšší než 1,7
- aPTT vyšší než 1,2

Anamnestické:

- drobná cévní mozková příhoda v uplynulém měsíci
- velká cévní mozková příhoda nebo kraniocerebrální trauma v uplynulých 3 měsících

- podezření na akutní infarkt myokardu
- pacient na warfarinu s INR vyšším než 1,7
- lumbální punkce v posledních 3 dnech aj. (KALINA a kol., 2008)

b) intraarteriální trombolýza a mechanické odstranění trombu - trombektomie

U intraarteriální trombolýzy je časové okno až 6 hodin od doby vzniku cévní mozkové příhody, která se provádí na angiolinece. Výhodou je zobrazení uzávěru příslušné tepny při angiografii. Nevýhodou je složitější organizace s časovou prodlevou, která je dána přípravou angiolinky a dále přítomnost intervenčního radiologa (BEDNAŘÍK a kol., 2010). „*V současné době se k rekanalizaci tepny používají i mechanické extraktory trombu, které mohou úspěšně rekanalizovat cévu v terapeutickém okně do 8 hodin, a to i v případě, že trombolýza nebyla úspěšná*“ (BEDNAŘÍK a kol., 2010, s. 79).

„*Samotná trombolytická terapie je však pro většinu nemocných stále obtížně dostupná. Důvodů je mnoho: úzké terapeutické okno, přísná kritéria léčby s řadou kontraindikací, nutnost nákladné moderní diagnostiky ke stanovení typu a charakteru léze, nutnost monitorace a intenzivní péče v průběhu léčby a po jejím ukončení, nezkušenost týmu provádějícího diagnostiku a terapii, obavy z komplikací léčby i důvody ekonomické*“ (BEDNAŘÍK a kol., 2010, s. 79, 80).

1.7.2 Hemoragické cévní mozkové příhody

Hemoragické mozkové cévní příhody se v určitých případech indikují i k chirurgickému výkonu. Podstatou je odstranění či zmenšení hematomu, který tlačí na ostatní části mozku, zejména u krvácení do mozečku. Hematom se může odstranit pomocí klasického otevření lebky (= kraniotomie) nebo šetrnějším způsobem, a to stereotaktickou metodou – „*pomocí speciálního rámu na hlavě pacienta a CT vypočítaných prostorových souřadnic hematomu se zavádí nástroje malým návrtem v lebce*“ (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008, s. 138). Konzervativní léčba je obdobná jako u ischemických iktů, kromě antikoagulační léčby. Čím dál více je používána antiedematózní léčba (TYRLÍKOVÁ a kol., 2008).

1.8 Prevence cévní mozkové příhody

U cévní mozkové příhody je prevence pacientů velmi důležitá (KALITA, 2010).

1.8.1 Primární prevence

Primární prevence spočívá v tom, že ovlivníme rizikové faktory, a to zejména životní styl. Základní prevencí je upravení jídelníčku omezením živočišných tuků, soli a cholesterolu. Je důležité mezi denní jídlo zařadit více ovoce, zeleniny, celozrnné potraviny a luštěniny. Dalším cílem prevence je udržování váhy, je doporučený aktivní styl života, dostatek pohybu. Doporučuje se skončit s kouřením a alkoholem (KAŇOVSKÝ a kol., 2007). Mezi hlavní rizikové faktory cévní mozkové příhody patří hypertenze, proto by si měli všechny věkové kategorie hlídat krevní tlak a chodit na pravidelné preventivní prohlídky k praktickému lékaři. Když už se někdo léčí s hypertenzí, měl by dodržovat pokyny lékaře a užívat všechny předepsané léky. Stejně tak by si měli diabetici kontrolovat hladinu glykémie a brát příslušné léky či inzulín, tak i kardiotonici chodit na pravidelné návštěvy ke kardiologovi (KALITA, 2010).

1.8.2 Sekundární prevence

Hlavním cílem je předcházet recidivě cévní mozkové příhody (KAŇOVSKÝ a kol., 2007). Pacient, u kterého už jednou proběhla cévní mozková příhoda či TIA je vysoce rizikovým pro další prodělání cévní mozkové příhody. Z toho důvodu musí být zahájena sekundární prevence do 24 hodin. Ta může být v lehčím případě farmakologická (antikoagulační), ale i chirurgická – endarterektomie.

1.9 Komplikace cévní mozkové příhody

- hemoragická transformace ischemie
- progresse ischemie/časná recidiva ischemické cévní mozkové příhody
- edém/intrakraniální hypertenze

- akutní symptomatické epileptické záchvaty
- delirantní syndrom
- infekce, sepse
- poruchy vnitřního prostředí
- kardiovaskulární a respirační komplikace
- hluboká žilní trombóza a plicní embolie
- ostatní – dekubity, psychické komplikace, pády (KALITA a kol., 2006)

2 REHABILITACE U CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní mozková příhoda patří k nejčastějším onemocněním v neurologii (VAŇÁSKOVÁ, 2004). Právě díky včasné rehabilitaci v akutní fázi cévní mozkové příhody dochází k pokrokům v léčbě, snížení mortality a prodloužení délky života postižených. Ale i přesto zůstává disabilita závažným problémem ve zdravotnictví (KALITA a kol., 2006). U mnohých postižených cévní mozkovou příhodou se vyskytuje deficit, který značně vyžaduje velké finanční náklady na dlouhodobou léčbu po cévní mozkové příhodě. Vhodně zvolená rehabilitace může právě vrátit člověka k životu, který doposud vedl (VAŇÁSKOVÁ, 2004).

Abychom dosáhli dobrých léčebných výsledků, je zapotřebí vyhledávat parametry, které předpovídají výsledek péče. Stav po cévní mozkové příhodě je ovlivněn mnoha faktory:

- typ a stupeň neurologického postižení
- další onemocnění
- změny psychiky
- omezení aktivit denního života
- bariéry v okolí (KALITA a kol., 2006)

Abychom poskytli pacientovi vhodnou rehabilitaci, musíme vycházet z těchto faktorů, které nám umožní stanovit pacientův rehabilitační potenciál. Údaje získáme z individuálních testů, které charakterizují dané faktory. Na tomto základě můžeme vyhodnotit nejvhodnější rehabilitační režim pro pacienta po cévní mozkové příhodě (VAŇÁSKOVÁ, 2004).

Faktory v rehabilitaci, které ovlivňují zotavení

Faktorů, které ovlivňují zotavení je velká škála. Někteří pacienti mají to štěstí, že jsou po mozkové příhodě zcela zdraví, jejich zotavení je velmi rychlé a efektivní, jiným může trvat zotavení daleko déle, i po roce mohou mít ještě určité problémy, dokonce se může stát, že některé problémy mohou být trvalé.

Mezi faktory patří:

- **kvalita rehabilitační péče**

Kvalitu velmi ovlivňuje péče poskytovaná jak v nemocnici, tak v domácím prostředí. Radíme sem prevenci a léčbu komplikací, které mohou nastat během hospitalizace, jako například proleženiny. Důležité jsou první týdny po prodělané cévní mozkové příhodě. Během této doby, bychom měli pacienta stimulovat.

- **motivace pacienta a jeho rodiny**

Motivace je důležitá zejména pro psychiku jedince. Podpora od rodiny a blízkých přátel může též napomoci v zotavení. Jedince může rodina motivovat v běžných denních činnostech, jako jsou umývání, stravování, oblékání atd. Motivace a povzbuzení mohou vést k lepšímu zvládnání každodenních činností pro postiženého.

- **věk pacienta**

U mladých lidí se předpokládá rychlejší zotavení. U starších osob se mohou vyskytnout i další problémy – srdeční selhání, rodinné problémy.

- **přetrvávání fáze ochabnutí a odklad léčby (ŠECLOVÁ, 2004)**

Zásady rehabilitační léčby

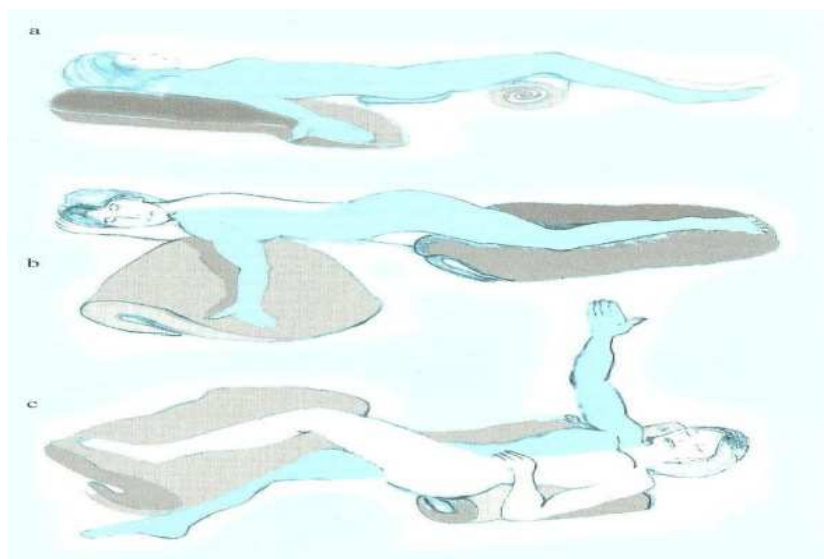
V akutní fázi je nejdůležitější léčba zachraňující život. Musíme však brát ve zřetel prevenci kontraktur a proleženin. Tomu můžeme předejít správným polohováním na lůžku a řadou pohybových aktivit. Pokud je pacient již stabilizován, může začít léčba aktivní. Léčba by měla být včasná, intenzivní a opakovaná. Naším cílem je: zabránit vzniku abnormálních pohybových vzorců a učít pacienta, aby zbytečně a škodlivě nezatěžoval pouze nepostiženou stranu. Pohyby postižené končetiny by se měly provádět v následujícím pořadí: pasivní pohyb, asistovaný aktivní pohyb a aktivní pohyb. Při dostatečném zotavení můžeme zapojit rezistenční cviky. Je vhodné též pacienta stimulovat a motivovat k provádění běžných denních činností, aby byl co nejvíce soběstačný (ŠECLOVÁ, 2004).

2.1 Akutní léčba rehabilitace

Akutní rehabilitace začíná prvním dnem a obvykle se uvádí sedm dní po iktu. Cílem je zabránění sekundárních změn (KALITA a kol., 2006).

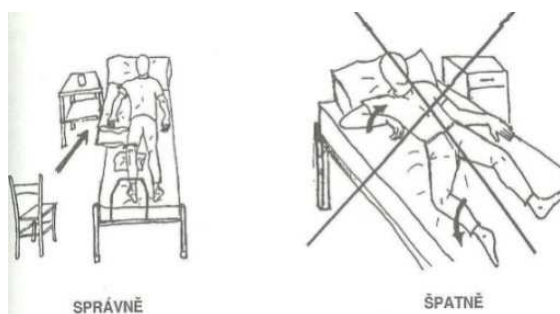
„Správné polohování pacienta pozitivně ovlivní svalový tonus, zajistí optimální aferentaci, pomáhá zpětnému nácviku rovnovážných funkcí, zajistí centraci postavení klíčových kloubů, zabrání vývoji syndromu bolestivého ramene, je prevencí rozvoje dalších sekundárních změn“ (KALITA a kol., 2006, s. 496).

Obrázek 1 - „Polohování pacienta s centrální hemiparézou, poloha na zádech (a), na neparetické straně (b), na paretické straně (c)“ (KALITA a kol., 2006, s. 497)



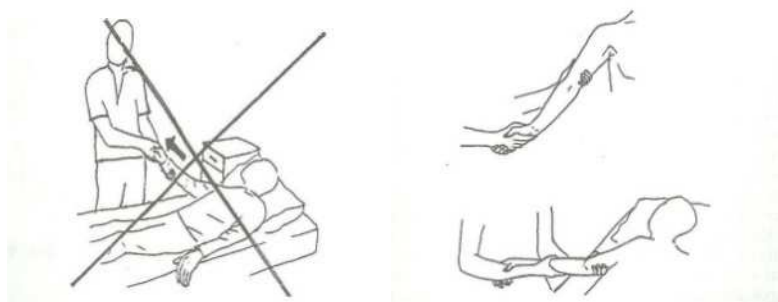
Po pacienta není vhodné ležet neustále v jedné poloze, každá změna polohy stimuluje senzorycké funkce. Špatné polohování může vést například k omezení rozsahu pohybu, ke ztuhlosti. Důležité je v této fázi pasivní polohování, u kterého můžeme využít například měkkých polštářů, ručníků (ŠECLOVÁ, 2004).

Obrázek 2 - Správné a špatné polohování (ŠECLOVÁ, 2004, s. 21)



Polohování kyčle a ramene má prvořadou důležitost. Obojí je třeba udržovat směrem v před, přičemž noha je mírně otočena dovnitř a paže je otočena ven. Při polohování pacienta, není správné tahat za jeho paži, tak že ji uchopíme za ruku nebo zápěstí. Musíme paži podepřít v proximální a distální rovině (ŠECLOVÁ, 2004).

Obrázek 3 - Špatné a správné uchopení paže s použitím proximální a distální podpory (ŠECLOVÁ, 2004, s. 22, s. 23)



2.2 Subakutní rehabilitace

Subakutní rehabilitace nastupuje po 1. týdnu léčby. Většinou dochází i ke změnám u zdravé poloviny těla, proto je rehabilitace zaměřena nejen na postiženou stranu, ale rovnou na celou pohybovou soustavu (KALITA a kol., 2006). Patří sem například posazování na lůžku, sed na lůžku s nohama spuštěnýma z lůžka, postavování u lůžka, chopení v chodítku, chůze s oporou. Mimo rehabilitaci má pacient možnost cvičit jemnou motoriku pomocí gumových balónků, nejrůznějších skládacích věcí atd. (ŠECLOVÁ, 2004)

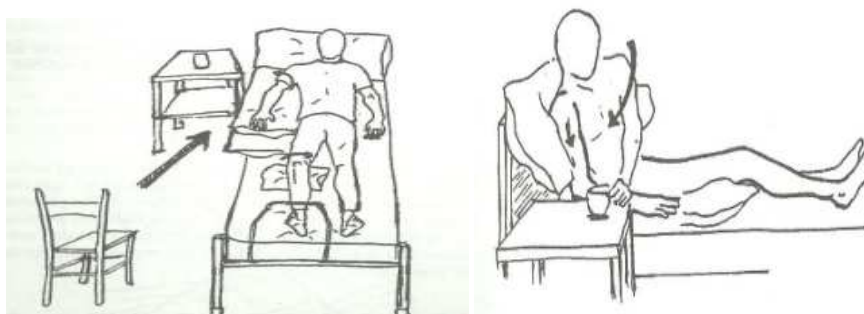
2.3 Rehabilitace následného období

V tomto období se musí pacient vypořádat s každodenními činnostmi. Pacient musí jednat s lidmi z jeho okolí, umět se rozhodnout a sám vyřešit vznikající problémy, jak osobní, tak sociální i finanční. Nejdelším takovým cílem je, aby pacient získal opět schopnost se o sebe sám postarat a následně být schopný přežít ve své vlastní domácnosti. Pro pacienta je velmi důležité, aby měl po boku nějakou oporu – rodinu, přátele, sociální pracovníky, ambulantní rehabilitační pracovníky, logopeda, popřípadě psychologa. Pokud by se pacientovi nedařilo zařadit se do společnosti, je nutno volit následná zařízení do ústavní péče (KALITA a kol., 2006).

Přístup k pacientovi a další smyslové vstupy

K pacientovi přistupujeme vždy z postižené strany. Toto pravidlo by měli dodržovat všichni, kteří přijdou do kontaktu s pacientem – zdravotnický personál, rehabilitační pracovníci, ale i rodina a přátelé. Tímto způsobem stimuluje pacient postiženou stranu. Veškerý nábytek a potřeby by měly být z postižené strany pacienta, a tím napomáhat zotavení (například noční stolek se musí postavit na postiženou stranu pacienta).

Obrázek 4 - Umístění stolku z postižené strany (ŠECLOVÁ, 2004, s. 24, s. 25)



2.4 Cvičení hybnosti

Polohy na boku:

- lež na boku na postižené straně

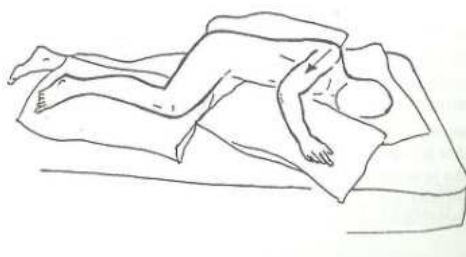
- pacient po CMP by se neměl nikdy přetočit na postižené rameno => syndrom „bolestivého ramene“
- 1) rameno je taženo vpřed
- 2) loket je napnutý
- 3) ruka je umístěna tak, že dlaň leží nejvýše
- 4) postižená noha je napnutá, koleno mírně ohnuté
- 5) nepostižená noha je ohnutá

Obrázek 5 - Leh na boku na postižené straně (ŠECLOVÁ, 2004, s. 32)



- leh na boku na nepostižené straně
- 1) postižená paže je tažena vpřed na polštáři
- 2) loket a zápěstí jsou natažené
- 3) postižená DK je ohnutá na polštáři
- 4) hlava by měla být podepřena

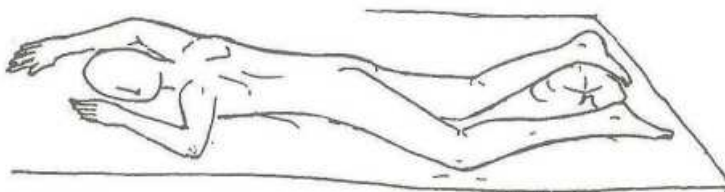
Obrázek 6 - Leh na boku na nepostižené straně (ŠECLOVÁ, 2004, s. 32)



Poloha na břiše

- tato poloha snižuje tlak na kost křížovou a hrudník, pro starší lidi může být poloha obtížná
- 1) hlava je otočena směrem k nepostižené straně
- 2) postižená paže je zdvižena nahoru a vpřed, loket, zápěstí a prsty jsou natažené
- 3) postižená kyčel je natažená, nepostižená noha je mírně ohnutá
- 4) holeň je položena na polštář, postižené koleno je mírně ohnuté

Obrázek 7 - Poloha na břicho (ŠECLOVÁ, 2004, s. 33)



Přetočení na postiženou stranu

- 1) pacient musí pokrčít obě nohy, s postiženou mu bude potřeba dopomocť
- 2) musíme přiložit ruce na jeho pánev, pomoci mu, aby zvednul hýždě a tak posunul pánev na stranu
- 3) dále musíme dopomocť pacientovi při přetočení směrem k postižené straně, nebo se přetočí sám

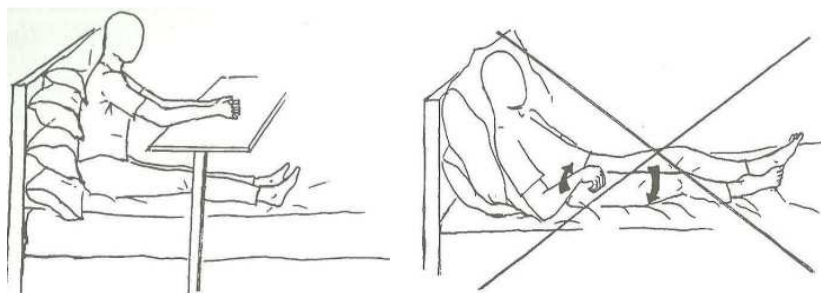
Obrázek 8 - Přetočení na postiženou stranu (ŠECLOVÁ, 2004, s. 38, s. 69)



Posazování se na lůžku

- opět je důležité polohování, správné vypořádání například pomocí polštářů
- 1) trup musí být ve vzpřímené poloze – polštáře dávat za záda, ne za hlavu
 - 2) váhu nesou obě hýždě
 - 3) rameno je taženo vpřed, paže je vytočena ven a natažena

Obrázek 9 - Správné a špatné posazování se na lůžku (ŠECLOVÁ, 2004, s. 35)

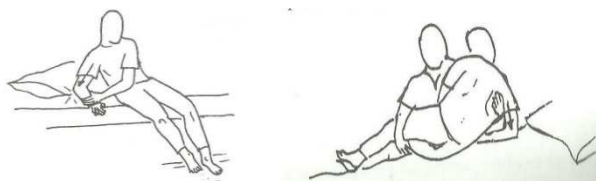


Transfer z lehu do sedu

A. z postižené strany

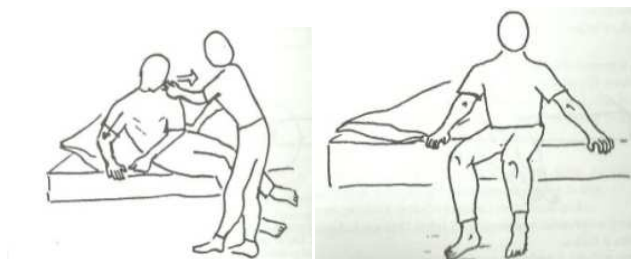
- pacient by měl umět zapojovat postiženou stranu při vstávání z lůžka
 - o pasivní asistovaný pohyb
- 1) pacient se otočí přes postiženou stranu (viz obrázek č.: 8)
- 2) jednou rukou uchopíme pacientovu lopatku, druhou rukou mu dopomůžeme dát nohy z lůžka
- 3) pacient musí tlačít pomocí sepnutých rukou, kdy se dlaně dotýkají

Obrázek 10 - Pasivní asistovaný pohyb (ŠECLOVÁ, 2004, s. 70)



- o aktivní asistovaný pohyb

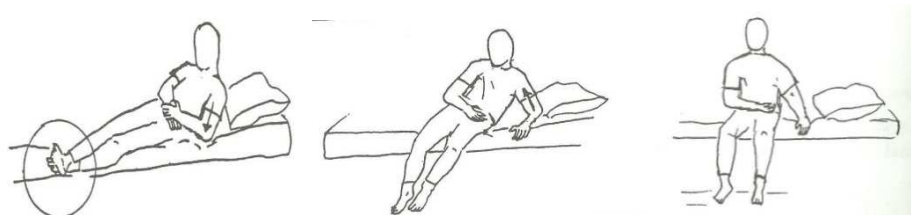
Obrázek 11 - Aktivní asistovaný pohyb (ŠECLOVÁ, 2004, s. 71)



B. z nepostižené strany

- někteří jedinci nejsou schopni zapojovat postiženou stranu, proto je i způsob dosažení polohy z nepostižené strany (bez pomoci)
- 1) pacient při pohybu bude držet nepostiženou rukou postiženou ruku
- 2) pomocí nepostižené nohy dostane postiženou nohu na okraj postele
- 3) dále zdvihne hlavu, opře se o nepostižený loket a dá postiženou nohu z lůžka
- 4) pacient zapojuje nepostiženou paži

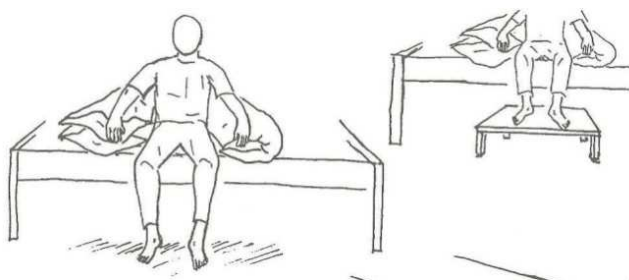
Obrázek 12 - Transfer z lehu do sedu z nepostižené strany (ŠECLOVÁ, 2004, s. 72, s. 73)



Posazování se s nohama spuštěnými z lůžka

- tato poloha zlepšuje dýchání, pacient touto polohou získává zpět motorické funkce
- při posazování se s nohama dolů je lépe se přetáčet přes postiženou stranu
 - 1) chodidla musí spočívat rovně na podlaze
 - 2) kotník a koleno musí být ohnuté v úhlu 90°

Obrázek 13 - Posazování se s nohama spuštěnými z lůžka (ŠECLOVÁ, 2004, s. 36)



Vstávání z lůžka

- 1) pacient se posadí s nohama spuštěnými z lůžka (s dopomocí nebo sám)
- 2) podepřeme pacientovi kolena svými koleny, popřípadě ho pobídneme, aby přenesl váhu dopředu přes chodidla
- 3) dáme pacientovi ruce na naše ramena
- 4) chytíme pacienta za lopatky a pomůžeme mu vstát

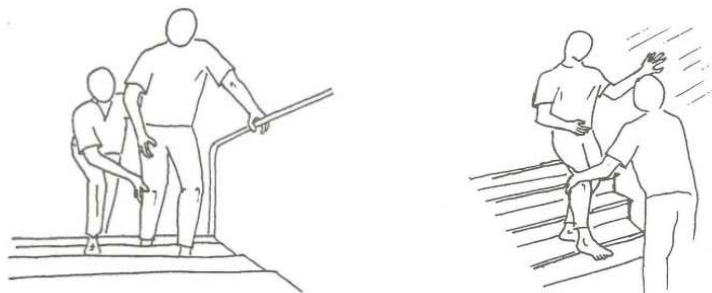
Obrázek 14 - Vstávání z lůžka (ŠECLOVÁ, 2004, s. 87)



Chůze do schodů a ze schodů

- při chůzi do schodů se dává nejdříve nepostižená noha
- při chůzi ze schodů naopak postižená noha
- nepostižená ruka se může přidržovat zábradlí popřípadě opírat o zeď
- pokud pacientovi pomáháme při chůzi do schodů, tak s postižené strany nebo zezadu, naopak, když jde ze schodů, je dobré stát před ním

Obrázek 15 - Chůze do schodů a ze schodů (ŠECLOVÁ, 2004, s. 115)



3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

Po diagnostice bývají pacienti hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče, eventuelně iktových jednotkách. Pokud je pacient přijat mimo „časové okno“ a nejsou důvody pro monitorování vitálních funkcí, je hospitalizován na standardní oddělení (KALITA a kol., 2006). *„Aby byla péče efektivní, je třeba vytvořit na těchto jednotkách multidisciplinární tým, který umožňuje specializovanou lékařskou a ošetrovatelskou péči, časnou rehabilitaci, zajistí optimální prevenci a adekvátní léčbu eventuálních komplikací a komorbidit a dokáže zapojit jak nemocného, tak jeho příbuzné do rehabilitačního procesu, reedukce poruch symbolických funkcí a zná principy psychoterapie“* (KALITA a kol., 2006, s. 261). Po zajištění akutní léčby je dle stavu pacient přeložen na rehabilitační oddělení, do léčebny dlouhodobě nemocných či do domácího ošetřování.

Poloha, uložení pacienta, pohybový režim

Pacienta při příjmu uložíme na monitorované lůžko, opatřené postranicemi, pro vlastní bezpečnost pacienta. Kolem lůžka musí být přístup ze tří stran. Lůžko je opatřeno monitorem, infuzními pumpami, enterální pumpou, lineárními dávkovači, popřípadě ventilátorem. U pacientů s cévní mozkovou příhodou je velice důležité polohování, které by se mělo provádět každé 2-3 hodiny. K polohování využíváme řadu antidekubitárních pomůcek – matrace, polohovací postele, klíny, polštáře atd. Pacienti s hemoragickou cévní mozkovou příhodou by měli ležet na zádech s mírnou elevací hlavy. Pacient by měl ležet v čistém, suchém a pořádně vypnutém lůžku. U inkontinentních pacientů můžeme využít gumové podložky či plenkové kalhotky. Důležité je, abychom u pacienta pečovali o kůži, podkoží a predilekční místa.

U pacientů po cévní mozkové příhodě můžeme použít i Bobath koncept. Cílem je zabránění nebo zmírnění spasticity, znovuoobnovení svalového tonu, navození normálního oboustranného pohybu, zabránění kompenzačního zapojení nepostižené strany, normalizace vnímání vlastního těla a okolí. Zásadou je mít vše na postižené straně – stoleček, dveře, návštěva – zatížení postižené strany. Vhodné je posazovat, otáčet pacienta přes postiženou stranu (ŠECLOVÁ, 2004).

U takových pacientů můžeme využít též neurofyziologické stimulace. Cílem stimulace je znovu cítit postiženou stranu těla. „*Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu, aby mohl klient integrovat postiženou stranu těla opět do tělesného schématu*“ (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 83). Pacient musí cítit nejprve zdravou stranu, aby mohl stimulovat stranu postiženou. Důležitá je zraková kontrola, jelikož by měl pacient sledovat stimulaci na svém těle. Neurofyziologickou stimulaci provádíme u pacientů s plegiemi, parézami po cévní mozkové příhodě, po mozkolebečních traumatech s následným postižením pohybového aparátu, po operacích mozku, v dětském a kojeneckém věku s dětskou mozkovou obrnou aj. (FRIEDLOVÁ, 2007).

Monitorace

U monitorace sledujeme fyziologické funkce – TK, P, D, TT, stav vědomí, laboratorní výsledky, příznaky onemocnění, zobrazovací vyšetření, invazivní vstupy, krvácivé stavy, ochrnutí, poruchu řeči, bilanci tekutin, stav kůže, prokrvení, psychiku pacienta, účinky podávané léčby, následné komplikace (KALINA, 2000).

Osobní hygiena

Ošetrovatelskou péčí a osobní hygienu provádíme dle stupně závislosti a postižení. Zhodnotíme činnosti, které pacient je schopen provést sám, u ostatních činností dopomůžeme. Může se stát, že i pacienti z jednotky intenzivní péče jsou schopni hygieny ve sprše, za doprovodu zodpovědné osoby. U imobilního pacienta provádí hygienu sestra. Celková toaleta by měla být provedena nejméně 2x denně. Pokud má oddělení možnost koupacího lůžka, je to pro pacienty velice výhodné. K hygieně řadíme i umytí vlasů a ostříhání nehtů. Péče o dutinu ústní by měla být prováděna nejlépe po každém jídle nebo dle přání pacienta. Výměnu prádla na lůžku provádíme dle potřeby.

Při hygieně u pacienta po cévní mozkové příhodě můžeme též využít Bobath koncept. Při hemiparéze myjeme nejprve zdravou polovinu těla, zdůrazníme středovou linii. Poté ochrnutou polovinu těla, pacient si lépe uvědomuje polovinu těla, kterou necítí, byla by tu vhodná i zrcadlová terapie. U pacienta částečně schopného dopomáháme s tím, co není schopen udělat sám. Vedeme mu zdravou končetinu (pokud je to nutné) při hygieně na postižené straně těla. Při hygieně nepostižené horní končetiny přidržujeme plegickou končetinu a dopomáháme pacientovi. U tohoto způsobu hygieny je pacient stále aktivní, při hygieně trupu, dolních končetin musí vždy

aktivizovat břišní svalstvo. Tím, že se dotýká hemiplegické části těla, uvědomuje si její existenci (ŠECLOVÁ, 2004).

Dobře provedena hygienická péče může předejít řadu komplikací. Myslím tím například plísňové infekce, které vznikají ve vlhkých, špatně osušených místech, které nejčastěji vznikají v záhybech těla pacienta. Takové komplikaci můžeme snadno předejít, tím, že budeme pacienta důkladně otírat ručníkem. Další komplikací, která může vzniknout, jsou opruzeniny. Opruzenina je pro pacienta velice nepříjemná, svědí, je zarudlá, mohou se vyskytnout i dokonce puchýřky. Vhodné je používat různé krémy či zásypy. Hlavním důvodem, proč právě pacienty polohujeme a snažíme se dělat co nejkvalitnější hygienickou péči je, že chceme předejít dekubitům. Dekubity jsou velice závažným problémem pro organismus člověka.

Výživa a hydratace

Sestra by měla v první řadě zhodnotit stav pacienta, zda je schopen polykat sám, či je nutné zavést nasogastrickou sondu. Dále by měla zhodnotit, kterou stravu pro pacienta objedná. Pacienti s cévní mozkovou příhodou mají často problémy s polykáním. Hlavním problémem je riziko aspirace. V některých situacích jsou vhodná různá zahuš'ovadla jídla. Pacienti by měli u jídla, sedět v polosedě, stoleček bychom měli dávat z postižené strany, pacient si aspoň položí paretickou ruku na stoleček. Pokrmy by měli být spíše kašovitě nebo mleté konzistence. Jídlo podáváme po malých soustech. Napít dáváme z hrníčku, nejlépe pomocí slámky (BEDNAŘÍK a kol., 2010).

Vylučování

Pacienti ležící na jednotce intenzivní péče obvykle využívají inkontinentních pomůcek, jako je podložní mísa nebo močová láhev. U inkontinentních pacientů můžeme použít plenkové kalhotky nebo zavádíme permanentní močový katétr, dle standardu oddělení a dle rozhodnutí lékaře. Pomocí permanentního močového katétru sledujeme přesný výdej moči. Permanentní močový katétr zbytečně nerozpojujeme, používáme sběrné sáčky s antibakteriálním filtrem, nezvedáme sběrný sáček nad úroveň močového měchýře.

U imobilních pacientů musíme dávat pomoc na pravidelné vyprazdňování stolice. Díky snížené aktivitě či úplné imobilitě dochází ke snížení střevní peristaltiky, hrozí zde riziko zácpy. Zácpě můžeme předejít vhodnou stravou, pravidelným pohybem na lůžku v rámci možnosti pacienta. Pokud se pacient nevyprázdní, podáváme laxantiva dle

ordinace lékaře. Při průjmu zhodnotíme stav a informujeme lékaře, dle ordinace odebereme stolicí na bakteriologické vyšetření.

Spánek

Spánek je nezbytný pro normální funkci organismu. V nemocničním zařízení existuje spousta faktorů, které narušují spánek. Pacienta zbytečně nerušíme, dbáme na jeho denní rytmus, střídání dne a noci. Nerušíme pacienta zbytečným svícením do očí v nočních hodinách, v noci ztišíme monitorovací přístroje, zbytečně neměříme fyziologické funkce, pokud to stav dovolí. Neuvazujeme pacienta zbytečně k lůžku při jeho neklidu, často je lepší přítomnost sestry a slovo, neboť uvázaný pacient ztrácí pocit bezpečí a odpovídá agresí. U neklidných pacientů můžeme využít koncept basální stimulace.

Bolest

U každého pacienta se projevuje bolest jinak. Někdo vyjadřuje svou bolest sténáním, jiný například mimikou. Existuje spousta škál a stupnic, které nám bolest vyhodnotí. Pomocí různých škál a stupnic určíme příčinu, charakter, lokalizaci, nástup a trvání bolesti. Nejprve se snažíme zvládat bolest bez medikamentů, pomocí úlevových poloh, odvedením pozornosti, zajištěním vhodným prostředím. Teprve poté podáváme pacientům analgetika dle ordinace lékaře (KALINA, 2000).

Komunikace (logopedie)

Porucha řeči, tedy komunikace je jedním z příznaků u cévní mozkové příhody. Jde o neschopnost rozumět jazykovým symbolům a neschopnost je užívat. Proto je důležité komunikovat s dostatečnou **trpělivostí**, vyčkávat na odpovědi, pokládat **jasné otázky** a poskytnout **nestresující prostředí** bez případných rušivých vlivů.

Obecné zásady komunikace a přístupu ke klientům:

- pozorně nasloucháme, jsme trpěliví
- náš pohled je přátelský, náš hlas je přívětivý
- signalizujeme uznání za drobný pokrok v komunikaci, povzbuzujeme
- komunikujeme se samotným klientem, nikoliv pouze s jeho případným doprovodem
- mluvíme srozumitelně a ujišťujeme se, že nám klient rozumí
- vždy jednáme s respektem, vážností, uctivostí, ohleduplností

- neděláme a neříkáme něco, co bychom nechtěli, aby někdo dělal a říkal nám
- neslibujeme nic, co nemůžeme splnit
- nezacházíme s klientem jako s dítětem, nerozhodujeme za klienta
- přistupujeme k člověku individuálně
- dodržujeme etické kodexy

Zásady komunikace s klienty trpící afázií

- pamatujte na vysokou unavitelnost osob s afázií, jakákoliv řečová aktivita si vyžaduje zvýšenou námahu - mluvte a cvičte raději krátce
- mluvte v krátkých, jasně strukturovaných větách, užívejte spíše konkrétní výrazy
- využijte všech vstupů pro komunikaci - ukažte, o čem mluvíte (někdy může pomoci i napsané slovo), popř. umožněte dotek, poslech, vůni, chuť, využijte mimiku a gesta
- používejte uzavřené otázky s možností odpovědi ANO/NE
- nezahlcujte, vnímání i rozumění je pomalejší a namáhavé
- dáváte-li v otázce na výběr, nabídněte max. dvě možnosti
- vždy poskytněte dostatek času na reakci - odpověď
- je-li to možné, spolupracujte s logopedem
- nezapomínejte, že afázie sama o sobě neznamená narušení mentálních schopností a to zejména u motorické afázie, kdy porucha produkce řeči neznamená, že klient nerozumí (CSÉFALVAY, 2007)

Edukace pacienta po cévní mozkové příhodě

Cévní mozková příhoda je velice závažné onemocnění, které se týká nejen pacienta, ale i celé jeho rodiny. Proto je velice důležité, aby všeobecná sestra byla schopna řádně pacienta edukovat v případě postižení touto nemocí.

1) uvést pacienta do problematiky

2) poučit pacienta o rehabilitaci a nácviku soběstačnosti

- rehabilitace je nedílnou součástí léčby akutní cévní mozkové příhody
- s rehabilitací a eventuelně vertikalizací je nutno začít v prvních hodinách po vzniku cévní mozkové příhody nebo okamžitě, jakmile to stav nemocného dovolí, významné jsou i pasivní formy rehabilitace a polohování

- rehabilitace musí být komplexní, zajištěná fyzioterapeutem, logopedem, psychologem, ergoterapeutem
- *polohu na zádech* používáme pokud možno co nejméně, protože způsobuje spasticitu na dolních končetinách, horní končetina je podložena polštářem, paže je mírně upažena, v lokti a zápěstí natažena, prsty nataženy, postižená dolní končetina je podložena pod pánví a stehnem, hlava je pootočena k postižené straně
- *poloha na zdravém boku*, pacient leží na boku, trup je mírně nakloněn dopředu, rameno ochrnuté horní končetiny je výrazně vysunuté dopředu, končetina je před tělem podložena polštářem, ochrnutá dolní končetina je v kyčli a koleni mírně ohnutá a podložena polštářem
- *poloha na boku ochrnuté strany*, pacient leží na boku, nepatrně přetočen na záda, stabilizován podloženým polštářem v hrudní i bederní oblasti, rameno na postižené straně musí být uloženo dopředu, paže je téměř v pravém úhlu také podložena a dlaň obrácena směrem vzhůru, ochrnutá dolní končetina v kyčelním kloubu je natažena, v koleni mírně pokrčena, nepostižená dolní končetina je ohnutá v kyčelním i kolenním kloubu pro zajištění stability
- *sed*, prvním krokem je posazení na lůžku, dbáme na to, aby pacientova záda byla podepřená, obzvláště důležité pro další období je nácvik rovnováhy vsedě, přemístění na židli a stoj u lůžka lze provádět, pouze pokud pacient zvládl leh na boku, sed a pokud má dobrou stabilitu vsedě
- *nácvik chůze*, nácvik začínáme ze sedu, při nácviku stoje je nutné použít oporu, nejlépe pevné chodítko, nemocný se posune na okraj lůžka, dolní končetiny opře o podlahu, chytne se chodítka a přesune váhu dopředu, doba stoje je individuální, podle fyzické zdatnosti. Stoj se prodlužuje podle momentálního stavu nemocného
- *cvičení mluvidel*, důležité je masírování ochrnutých svalů v oblasti úst, vyzýváme nemocného, aby cvičil pohyby jazyka a rtů, k lepší komunikaci používáme afatický slovník, afázie je porucha chápání, myšlení a nacházení slov.
- *nácvik kontinence*
 - nejdůležitější je zajistit soukromí a důstojnost
 - příslušenství v dostatečné blízkosti
 - průběžný příjem tekutin

3) poučit pacienta o dietě

- omezení živočišných tuků, soli, cholesterolu
- strava bohatá na ovoce, zeleninu, celozrnné potraviny, luštěniny

4) naučit pacienta soběstačnosti v aktivitách denního života

- vést nemocného po cévní mozkové příhodě k maximální soběstačnosti při činnostech, které bude postupně zvládat sám, nikdy nespíchejte a vždy nemocného pochvalte
- důležité je zařazení časně rehabilitace, rehabilitace se zaměřuje cíleně k návratu nebo úpravě narušených pohybových a řečových funkcí
- nejprve se začíná s pasivním cvičením postižených končetin
- procvičují se všechny klouby postižených končetin, důležitá je rehabilitace ramenního kloubu, kdy se jedná o prevenci syndromu „ztuhlého ramene“ 3 - 4 krát denně
- nacvičujeme úchop lžice, při jídle na nemocného nespěcháme
- nacvičujeme oblékání osobního prádla – například zapínání knoflíků
- nacvičujeme kontinenci

5) poučit pacienta o možnostech využití domácí péče

- v závislosti na míře postižení jsou k dispozici služby agentury domácí péče
- agentura dle možností může zapůjčit pomůcky pro domácí ošetření
- zajišťuje rehabilitaci a logopedickou péči v domácím prostředí
- v případě kožních defektů provádí jejich ošetření

6) poučit klienta o důležitých informacích pro nemocné po cévní mozkové příhodě

- po zvládnutí akutní fáze pacient nacvičuje soběstačnost
- mnohdy se dostávají pocity bezmocnosti, neschopnosti, hanby a viny
- pacient si stěžuje na ztrátu kontroly nad danou situací, je frustrován z neschopnosti vykonávat dřívější úkony rodina v péči o nemocné po cévní mozkové příhodě sehrává velmi důležitou roli

- rodinní příslušníci mohou čerpat příspěvek pro pečující o osoby s převážnou nebo úplnou bezmocností, příspěvek na bydlení či na kompenzační pomůcky

7) poučit pacienta o následné péči u pacienta po CMP

- již od prvních dnů od vzniku mozkové příhody je třeba společně s pacientem a jeho rodinou stanovit plán další péče a rehabilitace, který bude následovat po propuštění z nemocnice, proto je nezbytná úzká spolupráce rodinných příslušníků s pacientem
- před ukončením hospitalizace by měli lékař a všeobecná sestra poučit pacienta i jeho rodinu o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění, podat dostatek informací týkajících se zajištění ošetrovatelské péče (např. úpravy v domácnosti, stravování, problémy s vyprazdňováním, rozvoj soběstačnosti a pohyblivosti), někdy je třeba naučit pacienta i někoho z jeho blízkých zcela konkrétnímu výkonu (aplikace inzulínu, péče o permanentní katétr), dále je třeba seznámit blízké pacienta s možnostmi, jak získat kompenzační a ošetrovatelské pomůcky, umožňující vhodně vybavit domácnost
- v neposlední řadě je také nutné informovat pacienta i rodinu jak o sociálních doplňkových službách a sociální podpoře, tak o možnosti zajištění pečovatelských služeb (domácí ošetrovatelská a pečovatelská služba, služby domácí péče), a mimo jiné také o možnosti umístění v ústavech a domovech sociální péče (domy s pečovatelskou službou, domovy důchodců, penziony pro důchodce), pokud v místě bydliště pracuje organizace sdružující pacienty po cévní mozkové příhodě, je dobré poskytnout rodině i tyto informace, lékař by měl informovat pacienta a jeho rodinu o dalších možnostech rehabilitační péče “ (FEIGIN, 2004)

Psychosociální potřeby

Ke každému pacientovi se chováme s úctou, empaticky, nezapomínáme s pacientem komunikovat, nikdy nevíme na jaké aktuální úrovni je pacientovo vědomí a možnost vnímání. Měli bychom u pacienta vzbuzovat pocit bezpečí a jistoty. Informace i zdravotním by se měli sdělovat taktně a s ohledem na pacientův stav. Pozornost věnujeme i příbuzným, kteří často nevědí, jak se k pacientovi chovat, zažívají velký stres při pohledu na známou osobu, která je napojena na spoustu přístrojů a bojuje o

život. Můžeme využít i prvky bazální stimulace (poslech známé hudby, hlasy blízkých atd.) (CSÉFALVAY, 2007).

Domácí péče

Domácí péče je závislá na délce trvání poruchy vědomí a na příčině, která poruchu vyvolala. Po zvládnutí kritického období je vhodné zařazení pacienta do rehabilitačního ústavu, kde se pod odborným dohledem postupně zařazuje do dalšího života, případně se učí žít s kompenzačními pomůckami. Nutný je kontakt s nejbližšími, pravidelné kontroly u lékaře, užívání léků. Postupné zařazení do lidských aktivit, řešení pracovní situace a smíření se stavem. Často je nutná spolupráce s psychologem, psychiatrem. Pacienti v domácí péči by měli dodržovat zásady správné výživy, vyvarovat se stresovým situacím, udržovat fyzickou i psychickou kondici, umět relaxovat, dodržovat lékařských pokynů, chodit na pravidelné kontroly k neurologickému lékaři.

Jaká je úloha rodiny?

CMP nepostihuje jen pacienta, ale i celou rodinu. Rodina by měla dostávat jasné informace, aby byli schopní stát se pacientovou oporou a řešit případné problémy s ošetrovatelským personálem. Pro rodinu je vhodné, aby byli seznámeni s ošetrovatelskou péčí o rodinného příslušníka trpící cévní mozkovou příhodou, popřípadě, aby si vyzkoušeli sami péči o nemocného pod dohledem všeobecné sestry (FEIGIN, 2004). *„Úloha rodiny je nejdůležitější ve chvíli, kdy pacient opouští nemocnici a začne se o něj pečovat doma. Pacient potřebuje být ujišťován, že ho rodina pořád chce a potřebuje, že je pro ni důležitý a zůstává členem její sociální struktury. Je důležité, aby se pacient nenechal příliš odradit svými neúspěchy. Potřebuje vědět, že mnoho lidí se po iktu zotavilo, že mnozí jiní byli schopní se navrátit do normálního života a pokračovat ve smysluplné práci“* (FEIGIN, 2004, s. 163).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: H.B.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1934	Věk: 70
Adresa bydliště a telefon: Brno	Číslo pojišťovny: Všeobecná zdravotní pojišťovna 111
Adresa příbuzných: Brno	Zaměstnání: nyní v důchodu, dříve dělnice v Zetoru
RČ : 650000/0000	Vzdělání: výuční list
Státní příslušnost: ČR	Stav: vdova
Datum přijetí: 16. 9. 2013	Typ přijetí : neodkladné
Oddělení: neurologická jednotka intenzivní péče	Ošetřující lékař: Mudr. S.P.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Začala mě brnět levá horní a dolní končetina a špatně se mi mluvilo.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Mozkový infarkt způsobený trombózou mozkových tepen

Medicínské diagnózy vedlejší:

Chronický revmatismus, chronická pankreatitida, ischemická choroba srdeční se sklonem k bradykardii, stenokardie, diabetes mellitus

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 180/90	Výška: 168cm
P: 56´	Hmotnost: 83kg
D: 19	BMI: 29,41
TT: 36,7°C	Pohyblivost: přivezena na lehátku
Stav vědomí: při vědomí	Krevní skupina: AB+

Nynější onemocnění:

Dne 16. 9. 2013 v 20:23 v sedě náhlý kolaps, pacientka zachycena při pádu na zem. Snad bylo i chvilkové bezvědomí. Při příjezdu zdravotnické záchranné služby byla při vědomí, afázie, levostranná hemiparéza, pokles koutku. Konzultováno s lékařem a následně pacientka přivezena přes urgentní příjem na neurologickou jednotku intenzivní péče. Před touto příhodou zcela soběstačná, starala se o domácnost, dodržovala osobní hygienu, chodila nakupovat, vařila.

Informační zdroje :

Rozhovor se synem, ošetrovatelská dokumentace pacientky, pozorování

ANAMNÉZA

- **Rodinná anamnéza:**

Matka: zemřela v 80 letech, zřejmě stářím

Otec: zemřel v 75 letech na cévní mozkovou příhodu

Sourozenci: nemá

Děti: má jedno dítě (syn) – zdravý, pouze běžné nemoci

- **Osobní anamnéza:**

Překonané a chronické onemocnění: v dětství plané něštovice, chronická ischemická choroba srdeční, chronická pankreatitida, chronický revmatismus, diabetes mellitus II. typu, na dietě

Hospitalizace a operace: hospitalizována v nemocnici již byla, pro kolaps na interní oddělení, minulý rok v dubnu, v roce 2004 byla provedena endoprotéza pravého kolene

Úrazy: kromě běžných v průběhu dětství žádné vážné nebyly

Transfúze: při předešlých hospitalizacích

Očkování: běžná dětská povinná očkování

- **Léková anamnéza**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Letrox	tbl	75 mg	1-0-0 ob den	hormony štítné žlázy
Prednison	tbl	5 mg	½-0-0	kortikoidy
Calcichew D3	tbl	500 mg	0-0-1	vitamín
Kreon 25 000	tbl		0-1-0	digestiva

Acidum folicum	tbl	10 mg	0-1-0	vitamín, antianemikum
Lokren	tbl	20 mg	½-0-0	antihypertenziva
Godasal	tbl	100 mg	0-2-0	antiagregancia
KCL	tbl	500 mg	1-1-1	solí a ionty
Diazepam	tbl	5 mg	1/N	anxiolytikum

- **Alergologická anamnéza**

Léky: jód

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: pyl

- **ABUSUS**

Alkohol: jen příležitostně – červené víno, pivo (oslavy,...)

Kouření: v mládí kouřila asi 15 cigaret denně, nyní nekouří

Káva: 2x denně – černá s mlékem

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

- **Gynekologická anamnéza**

Menarché: asi od 14ti let, pravidelná

Poslední mensesruace: asi před 20ti lety

Porody: 1 porod – syn

Aborty: 0

Poslední gynekologická prohlídka: na žádné nechodila, jen v těhotenství

Samovyšetření prsu: neprováděla

- **Sociální anamnéza**

Stav: vdova

Bytové podmínky: nyní v panelákovém bytě 2+KK, dříve bydlela ještě s manželem v rodinném domě

Vztahy, role, a interakce:

v rodině: žije sama v panelákovém bytě, bez výrazných společenských konfliktů, pouze klasické rodinné problémy, které nebyly nikdy závažné, se sousedy má dobrý vztah, syn s manželkou a dětmi ji neustále navštěvují

mimo rodinu: v počátku hospitalizace působila pacientka dost nejistě, po zlepšení komunikace a řeči se nejistota výrazně zlepšila, pacientka se snaží vycházet se zdravotnickým personálem

Záliby: četba, poezie, luštění křížovek, televize

Volno časové aktivity: vnoučata, kočka, televize, procházky

- **Pracovní anamnéza**

Vzdělání: výuční list

Pracovní zařazení: nyní důchodkyně, dříve pracovala jako dělnice v Zetoru

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: odchod do důchodu asi před 15ti lety

Vztahy na pracovišti: se s polupracovnicí se snažila vycházet vždy dobře

Ekonomické podmínky: pacientka si na ekonomickou nouzi nestěžuje

- **Spirituální anamnéza**

Religiozní praktiky: ateistka

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 16. 9. 2013

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Bolesti hlavy mám doma jen ojedinele.“	Hlava normocefalická, bez deformit, poklepově nebolestivá. Bulby ve středním postavení, bez nystagmu, hybné všemi směry, spojivky růžové, bez zánětu, skléry bílé. Nosí brýle na čtení. Uši bez výtoku. Dutina ústní bez patologií, sliznice vlhké, jazyk plazí středem, rty souměrné bez ragád, nosí horní a dolní zubní protézu, porucha

		polykání. Zavedená nasogastrická sonda dne 16. 9. 2013. Zápach z úst nepřítomný. Krk souměrný, bez deformit, náplň krčních žil nezvětšena, pulzace na a. karotis hmatná oboustranně. Šíje volná, lymfatické uzliny a štítná žláza bez patologií.
Hrudník a dýchací systém	„Při zvýšené námaze se občas zadýchám, jinak problémy nemám.“	Hrudník symetrický bez deformit a bez kožních eflorescencí, bez srdečního vyklenutí. Prsa bez tvarových odchylek. Dýchání alveolární, bez vedlejších fenoménů. Počet dechu: 19/ minutu. Na hrudníku nalepeny hrudníkové svody na kontinuální sledování srdeční akce. Saturace bez kyslíku 91%.
Srdcovo-cévní systém	„Nepocítuji žádné bolesti.“	Srdeční akce pravidelná, frekvence 56/ minutu. Puls je dobře hmatný na a. carotis i na obou dolních a horních končetinách. TK při přijetí 180/90 torrů. Na neurologické jednotce intenzivní péče tlak měřený á 1 hodinu 24 hodin denně. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn. Na pravé končetině je natočena manžeta pro sledování neinvazivního TK.
Břicho a GIT	„Břicho mě nebolí, mám nepravidelnou stolici.“	Břicho měkké, na pohmat nebolestivé. Peristaltika slyšitelná. Stolice nepravidelná 1x za 4-5 dní. Játra, slezina a pankreas nezvětšen.

Močovo - pohlavní systém	„S močením problémy nemám, jen co mám zavedenou hadičku na močení, mám neustálý pocit na toaletu.“	Zavedený permanentní močový katétr pro sledování hodinové diurézy. Hodinová diuréza je cca 100 ml/hodinu. Moč je tmavší barvy, bez patologických příměsí. Ústí zavedení PMK do močové trubice nejeví známky zánětu.
Kostrovo - svalový systém	„Bolí mě z toho ležení celé tělo.“	Pohybový režim – klid na lůžku. Nutnost dopomoc zdravotnického personálu z důvodu levostranné hemiparézy po cévní mozkové příhodě. Pravidelné polohování pacientky á 2 hodiny. Využití antidekubitárních pomůcek. Páteř bez patologických změn. Bolestivost kloubů – chronický revmatismus. V roce 2004 byla provedena totální endoprotéza pravého kolene. Kosterní aparát bez patologií. Napětí svalového aparátu v normě. Dolní končetiny bez otoků.
Nervovo - smyslový systém	„Brýle nosím na čtení.“	Pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem osobou i prostorem. Tremor i tiky nepřítomné. Vybaví si lépe údaje staršího data, nad aktuálními více přemýšlí, ale vybaví si je. Brýle nosí jen na čtení. Čich, chuť, hmat bez patologie. Zornice izokorické reagující na osvit, hybné všemi směry. Reflexy výbavné.

Endokrinní Systém	„Mám cukrovku. Léčím se s štítnou žlázou, beru na ni léky.“	Diabetes mellitus II. typu na dietě. Pacientce se měří pravidelně 3x denně glykémie glukometrem. Glykemie 4,8 mmol/l. Pacientka má stravu č. 0/9. Hypotyreóza – pacientka užívá hormony štítné žlázy: Letrox 75 mg 1-0-0 – ob den.
Imunologický systém	„Jsem alergická na pyl.“	Lymfatické uzliny nezvětšené, nebolestivé. Tělesná teplota 36,9°C, aktuální stav bez zjevného zánětu. Alergie na pyl.
Kůže a její adnexa	„Mám jizvu po operaci pravého kolene.“	Kůže růžová, bez ikteru, cyanosy, normální turgor kožní. Na horních končetinách hematomy ze zavedených periferních žilních kanyl a krevních odběrů. Bez otoků. Koilonychie, nehty upravené. Bez chybění části těla. Dekubity nepřítomné. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví. Vlasy na krátko střižené, čisté, upravené. Jedna jizvy na koleni po totální endoprotéze pravého kolene roku 2004. Pacientka o sebe dbá.

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka při rozhovoru působí klidně, na otázky se snažila odpovídat srozumitelně. Při vyšetření spolupracuje.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Kvůli cukrovce se snažím dodržovat dietu. Snažím se jíst pravidelně. Od mládí až doposud si svou váhu držím v normě, bez žádných radikálních změn.“	Doma se snažila dodržovat dietu kvůli diabetu. Kávu i čaj si sladila umělým sladidlem. Denně jedla ovoce nebo zeleninu.
	V nemocnici	„Chuť k jídlu mám v nemocnici sniženu, protože mám méně pohybu než doma.“	Výška 168 cm, váha 83 kg, BMI = 29,41 – nadváha. Prvních 24 hodin měla pacientka zavedenou nasogastrickou sondu pro poruchu polykání.
Příjem tekutin	Doma	„Snažím se doma dodržovat pitný režim, ale i tak toho moc nevypiji. Vypiji asi tak 1 - 1,5 l. Piji většinou čistou vodu nebo čaj. Denně vypiju 2 šálky černé kávy.“	Za den vypije asi kolem 1,5 l vody. Ráno a po obědě si dopřeje šálek kávy. V období chladných dnů pije teplý čaj.
	V nemocnici	„V nemocnici dostávám infúze.“	Příjem tekutin dostává pacientka převážně formou parenterální terapie. (Ringerfundin, FR).
Vylučování moče	Doma	„S močením obtíže nemám, jen chodím na záchod častěji než dříve, ale to je asi věkem.“	Pacientka nezmiňovala, že by měla problémy s močením.

	V nemocnici	„Co mám zavedenou hadičku na močení, mám neustálý pocit na toaletu.“	Pacientka má zavedený permanentní močový katétr č. 14, kterým se měří hodinová diuréza. Hodinová diuréza se pohybuje kolem 100 – 150ml/hodinu, moč je tmavší barvy, bez patologických příměsí. Nejeví se známky zánětu. MM/24 hodin +- 3 500ml.
Vylučování stolice	Doma	„Mám nepravidelnou stolici, většinou chodím 1x za 4 – 5 dní. Ale teď si nevybavuji, kdy naposled jsem byla.“	Pacientka měla doma nepravidelnou stolici. Snažila se každý den pít ráno sklenici teplé vody. Popřípadě užívala guttalax.
	V nemocnici	„Bojím se, že když budu jen ležet v posteli, bude to s vyprazdňováním ještě horší.“	Doposud nebyly zaznamenány problémy se stolicí. Stolice se pravidelně zaznamenává.
Spánek a bdění	Doma	„Doma se spánkem nemám problémy. Chodím spát kolem 21:00 a vstávám v 7:00. Někdy si ale pospím.“	Doma chodívala spát kolem 21:00 vždy po nějakém pořadu, co dávali v televizi.
	V nemocnici	„Myslím si, že tady moc spát nebudu. Jsem v cizím prostředí a je tu více pacientů, kteří budou potřebovat péči. Snad dostanu prášek na psaní.“	Pacientka nemohla v noci z rozrušení usnout. Dle ordinace lékaře jí byl podán Diazepam – 1tbl 5mg.

Aktivita a odpočinek	Doma	„Ráda chodím na krátké vycházky. Když jsem doma, ráda si počtu nebo se podívám na nějaký hezký pořad.“	Pacientka doma ráda luští křížovky nebo se dívá na televizi.
	V nemocnici	„Musím dodržovat klidový režim na lůžku. Nejsem na to z domu zvyklá.“	Pacientka má dle ordinace lékaře nařízený klidový režim na lůžku. V rámci lůžka potřebuje pomoc při základních všedních činnostech.
Hygiena	Doma	„Doma se raději sprchuji, jedenkrát denně, většinou večer, mám raději teplejší vodu.“	Dle upraveného zevnějšku, lze předpokládat, že pacientka o sebe opravdu dbala.
Hygiena	V nemocnici	„Ráno mi pomáhá s hygienou sestra. Umývám se na lůžku u lavorku.“	Při hygieně potřebuje pacientka alespoň minimální pomoc při hygieně. Není schopna se zatím ještě sama otočit ze strany na stranu, má stále ještě mírnou levostrannou hemiparézu. Pacientce je pravidelně vyměňováno ložní prádlo. Osobní hygienu donesla pacientce rodina.
Samostatnost	Doma	„Doma jsem si všechno dělala sama. Vařila, uklízela, jen s velkými nákupy mi pomáhá rodina.“	Doma si sama vaří, uklízí. S nákupy jí pomáhá rodina.

	V nemocnici	„Momentálně nejsem zcela soběstačná, musím kolikrát poprosit sestru o pomoc.“	Pacientka potřebuje dopomoc při základních všedních činnostech. Pacientka vždy poprosí a poděkuje. Snaží se spolupracovat.
--	--------------------	---	--

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí	„Nevím, jak na tuto otázku odpovědět.“	Při vědomí (GCS 15)	
Orientace	„Vím, že jsem v nemocnici a ležím na jednotce intenzivní péče.“	Pacientka je orientovaná místem, časem, osobou i prostorem.	
Nálada	„Mám strach, co budu muset mít ještě za vyšetření a jak dlouho potrvá mé ochrnutí.“	Pacientka má strach z vývoje onemocnění.	
Paměť	Staropaměť	„Pamatuji si události spíše staršího data než aktuální věci.“	Výbavnost zážitků z minulosti je bohatá.
	Novopaměť	„S novými věcmi mám větší problémy, často je zapomenu, proto si důležité věci zapíšu na papír.“	Výbavnost není tak bohatá, ale je schopna si poradit, důležité věci si píše na papír.
Myšlení	„Nemůžu si v této situaci vybavit nějaké výrazy.“	Myšlení je logické. Na některé otázky potřebuje více času, ale jsou adekvátní. Na některé věci si momentálně po prodělané cévní mozkové příhodě nemůže vzpomenout a v některých případech se zadrhává v řeči.	
Temperament	„Snažím se řešit věci s nadhledem.“	Pacientka je sangvinik. Ale při příjmu působila dost nejistě.	
Sebehodnocení	„Jsem celkově spokojena se svým životem.“	Pacientka působí vyrovnaným dojmem.	
Vnímání zdraví	„Když jsem teď nemocná, více si vážím zdraví a těším se, až se uzdravím.“	Zodpovědná, dochází pravidelně na lékařské prohlídky. Pacientka se snaží	

Vnímání zdraví		veškerá nařízení a doporučení od lékaře dodržovat.
Vnímání zdravotního stavu	„Chtěla bych být co nejdříve doma.“	Zcela si uvědomuje závažnost onemocnění.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Nikdy jsem si nepřipouštěla, že by se to stalo právě mně.“	Pacientka doufá, že se její ochrnutí ještě zlepší.
Reakce na hospitalizaci	„Snad nebude hospitalizace trvat dlouho.“	Odpovídající na zdravotní stav.
Adaptace na onemocnění	„Nevím, co Vám říci.“	Přiměřená. Respektuje léčbu a léčebné opatření.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Mám strach, jak to všechno dopadne.“	Pacientka má obavy z dlouhodobé hospitalizace, a zda všechno bude jako dřív.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Žádné špatné zkušenosti z předešlých hospitalizací nemám.“	Zkušenosti s hospitalizací pacientka již má.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Nemůžu si ještě občas vybavit nějaká slovíčka a myslím, že se v řeči zadržávám.“	Pacientka má ještě menší problémy s vyhledáváním slov a v řeči se stále zadržává. Řeč je ovlivněna nynějším zdravotním stavem.
Komunikace	Neverbální	„Když nemůžu najít správné slovo.“	Rozhovor s pacientkou byl doprovázen neverbální komunikací. Oční kontakt v pořádku.
Informovanost	O onemocnění	„Všechno, co jsem potřebovala vědět, tak mi zodpověděli lékaři tady na jednotce intenzivní péče.“	Pacientka je o svém zdravotním stavu dostatečně informována, ale některé věci jsou jí nejasné.
	O diagnost. metodách	„Zatím jsem toho moc nepodstoupila, pamatuji si CT.“	Pacientka byla vždy před vyšetřením informována o doagnostické metodě.
	O léčbě a dietě	„Dietu mi zdůraznil už praktický lékař.“	Pacientku poučil nejen lékař, ale i všeobecná sestra v dodržování diabetické diety.
	O délce hospitalizace	„Podle toho, jak jsem to pochopila, není jisté, kdy půjdu domů.“	Přesnou délku hospitalizace nelze s přesným určením říci. Hospitalizace je u každého pacienta individuální.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Žena“	Žena, 70 let. Role je ovlivněna aktuálním stavem.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Matka, dříve manželka (vdova), pacientka.“	Manželka (teď vdova), matka, babička. Role jsou naplněny.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	„Kamarádka, přítelkyně, sousekka.“	Pacientka chodívá na procházky a je ráda, když ji někdo doprovází, ať už přítelkyně či sousekka.

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:

Ordinovaná vyšetření:

Přístrojová vyšetření: CT mozku, CT AG mozku, RTG srdce a plic, EKG, UZ karotid

Vyšetření krve ze dne 16. 9. 2013 (NEUJIP):

Biochemie: Na, K, Cl, urea, kreatinin, Bi - celk, ALT, AST, AMS, Glukóza, CRP

Hematologie: KO, koagulace, KS

Výsledky:

Biochemie:	Hodnota:	Norma:
Na	145 mmol/l	137 – 146 mmol/l
K	3,9 mmol/l	3,5 – 4,5 mmol/l
CL	104 mmol/l	97 – 108mmol/l
Urea	3,7 mmol/l	2,8 – 8,0 mmol/l
Kreatinin	75 mmol/l	44 – 110 mmol/l
Bi – celk.	18,1 umol/l	3,4 – 17,1umol/l
ALT	0,41 ukat/l	0,1 – 0,8 ukat/l
AST	0,51 ukat/l	0,1 – 0,7 ukat/l
AMS	0,86 ukat/l	0,42 – 1,92 ukat/l
Glukóza	4,1 mmol/l	3,3 – 6,3 mmol/l
CRP	menší než 5	0 – 5

Hematologie:	Hodnota:	Norma:
Krevní obraz		
Ery	5,93 x10 ⁹ /l	4 – 10
Leuk	4,38 x10 ¹² /l	3,8 – 5,4
Hb	143,0 g/l	120 - 160
Htk	0,420 l/l	0,35 – 0,46
Tromb	188,0 x10 ⁹ /l	150 – 350

Hematologie:	Hodnota:	Norma:
Koagulace		
Protrombin. čas	0,87 INR	
Protrombin. čas	12,8 s	11 – 17
Protrombin. čas	0,90 R	0,8 - 1,2
APTT – ratio	0,91 R	0,8 – 1,2
APTT s	30,90	26 – 40

KS: AB+

Konzervativní léčba :

Dieta: při příjmu zavedena nasogastrická sonda, pouze čaj

Pohybový režim: při příjmu pacientka nesoběstačná, nutná dopomoc v základních všedních činnostech - levostranná hemiparéza, v závislosti na zdravotním stavu klidový režim na lůžku

RHB: v akutním stavu pouze pasivní polohování a rehabilitace horních a dolních končetin pouze na lůžku, 3. den hospitalizace rehabilitace fyzioterapeuty

Výživa: při příjmu parenterální a enterální do nasogastrické sondy, v průběhu hospitalizace změna dietního režimu od 0/9 přes 1/9 k 9ml

Medikamentózní léčba:

• **Per os:**

Letrox 75 mg	1-0-0
Prednison 5 mg	½-0-0
Calcichew D3 500 mg	0-0-1
Kreon 25 000	0-1-0
Acidumfolicum 10 mg	0-1-0
Lokren 20 mg	½-0-0
Godasal 100 mg	0-2-0
KCL 500 mg	1-1-1

- **Intravenózní:** upravovaný dle zdravotního stavu a potřeby
Actilyse inj. 70 mg i.v. – 7 mg bolus, 63 mg kontinuálně do 1 hod
Ebrantil inj. 25 mg i.v. dle TK a ordinace lékaře
Furosemid 20 mg i.v. á 6 hodin
Manitol 250 ml i.v. á 8 hodin
Quamatel 1 amp i.v. á 24 hodin

INFÚZE

Ringerfundin 1 000 ml i.v.

Darow + 10 ml 7,5% KCL

- **Subkutánně:**
HMR dle glykémie
Fraxiparine 0,3 s.c. á 12 hodin

Chirurgická léčba :

Chirurgická léčba během hospitalizace nebyla indikována.

SITUAČNÍ ANALÝZA:

70 ti letá pacientka H. B. byla přijata dne 16. 9. 2013 ve večerních hodinách přes urgentní příjem na neurologickou jednotku intenzivní péče, pro necitlivost levé horní a dolní končetiny a poruchu řeči.

Dle informací od syna pacientky necitlivost a porucha řeči nastala náhle. Při příjmu na jednotku intenzivní péče byla pacientka při vědomí. Anamnéza byla odebrána od pacientky a syna pacientky. Před příhodou byla pacientka zcela soběstačná, staral se o domácnost, dodržovala osobní hygienu, chodila nakupovat, vařila.

Po převzetí pacientky z urgentního příjmu byla pacientka uložena na lůžko, napojena na centrální monitor. Byly změřeny fyziologické funkce – TK 180/90, P 56/min, D 19/min, saturace bez kyslíku 92%. Pacientka byla přijata s levostrannou hemiparézou a poruchou řeči. A byla jí aplikována intravenózní trombolýza.

Z urgentního příjmu měla pacientka zavedenou PVK a PMK. Téhož dne ještě zavedena jedna PVK a NGS pro poruchu polykání. Při příjmu měla pacientka dietu 0/9.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

Aktuální sesterské diagnózy:

1. **Neefektivní tkáňová perfuze (cerebrální)** z důvodu nedostatečného prokrvení mozku projevující se poruchou řeči a poruchou motoriky (hemiparéza).
2. **Strach** z vize do budoucnosti projevující se sníženou sebejistotou a smutným výrazem tváře.
3. **Deficit sepeče ve všech oblastech** z důvodu ztráty schopnosti se najíst, umýt, vyprázdnit se, obléci se projevující se neschopností se o sebe celkově postarat.
4. **Zhoršená pohyblivost na lůžku** z důvodu klidového režimu na lůžku projevující se zhoršenou schopností přetočit se ze strany na stranu.
5. **Porušený spánek** z důvodu změny prostředí projevující se prodlouženou dobou usínání a únavou.

Potenciální sesterské diagnózy:

1. **Riziko infekce** z důvodu invazivních vstupů.
2. **Riziko imobilizačního syndromu ve všech oblastech** z důvodu klidového režimu na lůžku.
3. **Riziko zácpy** z důvodu snížené tělesné aktivity, změny prostředí, nevhodné polohy při vyprazdňování a narušení pravidelnosti defekace.
4. **Riziko deficitu tělesných tekutin** z důvodu vyššího věku a nedostatečné hydratace.
5. **Riziko aspirace** z důvodu poruchy polykání.
6. **Riziko pádu** z důvodu vyššího věku.

Vzhledem k omezenému rozsahu bakalářské práce demonstřuji řešení sesterských diagnóz, které mají momentálně nejvyšší výpovědní hodnotu.

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Neefektivní tkáňová perfuze (cerebrální) z důvodu nedostatečného prokrvení mozku projevující se poruchou řeči a poruchou motoriky (hemiparéza).</p>
<p>Cíl: dlouhodobý - pacientka je schopna se dorozumět</p>
<p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka využívá neverbálních prostředků ke komunikaci do 12 hod - pacientka je orientována v místě, čase a prostoru - během hospitalizace - pacientka je schopna udržet pozornost – během hospitalizace - pacientka je poučena o možnostech, jak zprostředkovat komunikaci do 12 hodin - pacientka je seznámena s pomůckami umožňující komunikaci do 12 hodin
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zhodnot' schopnost pacienta dorozumět se a najdi způsob, jak se dorozumět – všeobecná sestra - edukuj pacienta, proč nemůže mluvit – všeobecná sestra v rámci svých kompetencí - zajisti u pacienta způsob komunikace – všeobecná sestra - nacvičuj s pacientem komunikaci – všeobecná sestra - mluv pomalu, klidně, zřetelně a tak, aby pacient mohl odezírat – všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka - zajisti logopeda – všeobecná sestra - zaznamenávej možné zrakové poruchy – všeobecná sestra
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16. 9. 2013 v 20: 30 - i přesto, že měla pacientka afázii, byli jsme schopni se s ní dorozumět – pacientka měla levostrannou hemiparézu, a tak jsme se domluvili, že pacientka bude používat pravou ruku ke komunikaci – všeobecná sestra - 16. 9. 2013 v 20: 40 - pacientce bylo vysvětleno, že porucha řeči může být jen dočasná – všeobecná sestra - 16. 9. 2013 v 20:50 - s pacientkou jsme se dorozumívali zprvu s pomocí písmenkové tabulky, piktogramy a sms zpráv díky mobilnímu telefonu – všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka - dne 17. 9. v 13:00 - byl pacientce zajištěn logoped, který s pacientkou trénoval

<p>poruchu řeči – všeobecná sestra</p> <ul style="list-style-type: none"> - 19. 9. 2013 v 10:00 - pacientka neměla během hospitalizace zaznamenány žádné zrakové poruchy, nosila brýle při čtení
<p>Hodnocení:</p> <p>Cíl se splnil částečně v naplánovaných intervencích pokračovat dále.</p>

<p>Sesterská diagnóza:</p> <p>Strach z vize do budoucnosti projevující se sníženou sebejistotou a smutným výrazem tváře.</p>
<p>Cíl: krátkodobý - pacientka je dostatečně informována</p>
<p>Priorita: střední</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacientka je schopna rozpoznat zdroj strachu, diskutovat o něm do 12 hod - pacientka bude řádně edukována do 8 hodin - pacientka se naučí vhodné techniky zvládnání strachu - během hospitalizace - pacientka zhodnotí reálně danou situaci i všechny okolnosti do 12 hodin - pacientka udává zmírnění či vymizení strachu do 24 hodin
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nalezni zdroj strachu – změna zdravotního stavu, nedostatek informací - všeobecná sestra - podej dostatek informací v rámci své kompetence tak, aby jim nemocný porozuměl – všeobecná sestra - edukuj řádně pacientku k zmírnění strachu – všeobecná sestra - dávej prostor pro možné dotazy nemocného – všeobecná sestra - buď pacientce na blízku, naslouchej ji a povzbuzuj ji – všeobecná sestra, ošetřovatelka - snaž se pacienta odpoutat od zdroje strachu vhodnou relaxací – všeobecná sestra, ošetřovatelka - podávej léky dle ordinace lékaře – všeobecná sestra - sleduj účinek léků, ved' záznam – všeobecná sestra
<p>Realizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17. 9. 2013 v 8:00 - rozhovor s pacientkou k zjištění důvodu strachu – všeobecná

sestra

- **17. 9. 2013 v 8:15** - pacientce byly zodpovězeny veškeré možné obavy a dotazy o průběhu nemoci – **všeobecná sestra** v rámci svých kompetencí
- **17. 9. 2013 v 8:20** - pacientka též byla průběžně informována o ošetrovatelských úkonech a vyšetření, které prodělala – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 9:00** - u pacientky byla zajištěna konzultace zdravotního stavu s lékařem – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 14:00** - rodina pacientky informována lékařem, umožněna návštěva rodiny na jednotce intenzivní péče – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 22:00** – pacientce byl podán dle ordinace lékaře Diazepam 5mg 1tbl – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 22:30** - u pacientky sledován účinek zmiňovaného léku – **všeobecná sestra**

Hodnocení:

Cíl se splnil.

Sesterská diagnóza:

Deficit sebepéče ve všech oblastech z důvodu ztráty schopnosti se najít, umýt, vyprázdnit se, obléci se projevující se neschopností se o sebe celkově postarat.

Cíl: dlouhodobý - pacientka dosahuje maximální míry soběstačnosti v oblasti stravování, hygieny a vyprazdňování

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- pacientka má zajištěné pomůcky při vyprazdňování - během hospitalizace
- pacientka má zajištěnou hygienu ošetrovatelským personálem - během hospitalizace
- pacientka má zajištěné pravidelné podávání stravy a tekutin - během hospitalizace
- pacientka má udržovaný a čistý zevnějšek - během hospitalizace
- pacientka dokáže požádat o pomoc, když bude chtít změnit polohu do 24 hodin
- aktivizace nemocné a nácvik sebepéče do konce hospitalizace

Plán intervencí:

- posud' míru soběstačnosti pacienta při výkonu aktivit denního života podle Barthelova testu – **všeobecná sestra**

- využij pomůcky a uprav prostředí pro pacienta (hrazdička, postranice) – **všeobecná sestra**
- dopomoz pacientce při ranní toaletě a toleruj její zvyklosti – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- zajisti pacientce vhodnou polohu při jídle a v případě potřeby jí dopomoz – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- sleduj u pacientky polykání – **všeobecná sestra, ošetřovatelka**
- sleduj diurézu – barvu, množství, příměsi – **všeobecná sestra**
- sleduj u pacientky příjem a výdej tekutin - **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- dle potřeby zajisti u pacientky podložní mísu, aby se pacientka mohla vyprázdnit – **všeobecná sestra**
- zajisti rehabilitaci pacientce – **všeobecná sestra**
- sleduj schopnost spolupráce pacienta a jeho postoj k rehabilitaci – **všeobecná sestra**
- zajisti bezpečnost pacienta při nácvičku soběstačnosti – **všeobecná sestra**

Realizace:

- **17. 9. 2013 v 6:30** - u pacientky provedena hygiena na lůžku s dopomocí sestry, úprava a výměna ložního prádla, masáž zad, péče o PMK, péče o kůži, péče o DÚ – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- **17. 9. 2013 v 7:10** - posouzení stupně závislosti – Barthelův test 65 bodů = lehká závislost a připevněna do lůžka hrazdička – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 7:15** - proveden záznam do dokumentace – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 7: 30** - příprava snídaně, pacientka uložena do sedu, dopomoc při jídle, aktivizace pacientky – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- **17. 9. 2013 v 8:00** - pomůcky pro vyprázdnění (podložní mísa, čistící pěna, ubrousky) přichystány pro potřebu u lůžka – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- **17. 9. 2013 v 10:00** - dle ordinace lékaře zajištěna rehabilitace u pacientky – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 24:00** - u pacientky pravidelně sledován příjem a výdej tekutin, příjem za 24 hodin je cca 3l a výdej cca 2,5l, moč je bez příměsi, fyziologické barvy a zápachu – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně, v naplánovaných intervencích pokračovat dále. Potřebuje stále dopomoc druhé osoby.

Sesterská diagnóza:

Zhoršená pohyblivost na lůžku z důvodu klidového režimu na lůžku projevující se zhoršenou schopností přetočit se ze strany na stranu.

Cíl: dlouhodobý - pacientka nemá projevy imobilizačního syndromu, především dekubity, kontraktury na pohyb

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- pacientka zná svou situaci a vyvolávající příčiny současného stavu do 24 hodin
- pacientka si uvědomuje důležitost rehabilitační péče do 24 hodin
- pacientka je ochotná účastnit se naplánovaných aktivit do 24 hodin
- pacientka se bezpečně přemisťuje z polohy vleže do sedu nebo stoje do konce hospitalizace
- pacientka si zvýší sílu a obnoví funkci postižené části těla do konce hospitalizace

Plán intervencí:

- zhodnot' stupeň závislosti u pacientky – **všeobecná sestra**
- pobízej pacientku k aktivitě - **všeobecná sestra, ošetřovatelka**
- vysvětli pacientce důsledky imobilizačního syndromu - **všeobecná sestra**
- využijte polohovacích a ortopedických pomůcek na podporu postižené končetiny - **všeobecná sestra, fyzioterapeut**
- připrav pomůcky na dosah ruky – **všeobecná sestra**
- dbej na bezpečnost pacientky - **všeobecná sestra**
- pobízej pacientku k pití a příjmu potravy za účelem získání energie - **všeobecná sestra**
- pečuj o kůži pacientky - **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- poskytni pacientce dopomoc v případě nutnosti - **všeobecná sestra, fyzioterapeut**
- dle indikace kontaktuj fyzioterapeuta a spolupracuj s ním, při rehabilitaci se řiď jeho pokyny - **všeobecná sestra**

Realizace:

- **17. 9. 2013 v 6:30** - pacientka pobízena k aktivitě hned při ranní hygieně (vedena

pacientce levá paretická ruka) – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**

- **17. 9. 2013 v 6:30** - u pacientky byla provedena řádná hygiena, vyměněno prádlo za čisté, predilekční místa promazána menalindovou pastou, pokožka na celém těle natřena hydratačním mlékem – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- **17. 9. 2013 v 7:00** - pacientka byla uložena na elektrickou postel, v lůžku měla připevněnou hrazdičku a ovládání k posteli ke změně polohy, levou paretickou stranu těla měla vypodloženou pomocí polštářů – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- **17. 9. 2013 v 7:00** - pacientka byla uložena na lůžko s postranicemi, jako prevence pádu, na dosah měla též signalizační zařízení k přivolání zdravotnického personálu – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- **17. 9. 2013 v 7:10** - posouzení stupně závislosti – Barthelův test 65 bodů = lehká závislost – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 7:20** - u pacientky byl založen příjem a výdej tekutin, příjem byl cca 3l/24 hod a výdej cca 2,5 – 3l/24 hod, pacientka za den vypila 2x nutridirnk – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 8:40** - pacientka poučena o riziku imobilizačního syndromu a následných komplikacích – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 10:00** - dle indikace lékaře vypsán rehabilitační program, posléze zavolán fyzioterapeut – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 12:00** - pacientce byl dán stoleček na postiženou stranu těla, všechny potřebné věci měla na dosah ruky – **všeobecná sestra ošetřovatelka, sanitárka**

Hodnocení:

Cíl se splnil částečně, v naplánovaných intervencích pokračovat dále. Pacientka dodržela všechny intervence, které jsme u ní realizovali, pacientka se aktivně zapojovala do všech aktivit, které jsme jí nabídli. Uvědomila si důležitost rehabilitace a snažila se cvičit během celého dne nejen v přítomnosti fyzioterapeuta. Díky pochopení edukace a dodržení všech opatření nedošlo k pádu.

Sesterská diagnóza:

Porušení spánek z důvodu změny prostředí projevující se prodlouženou dobou usínání, únavou.

Cíl: dlouhodobý - zlepšení spánku a pocitu celkové pohody

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- pacientka má důvěru v ošetřující personál - během hospitalizace
- pacientka pociťuje lepší kvalitu spánku do 24 hodin
- pacientka verbalizuje kratší dobu potřebnou k usínání do 24 hodin
- pacientka se bude cítit odpočatá do 48 hodin

Plán intervencí:

- komunikuj s pacientkou a zodpovědej její otázky v rozsahu svých kompetencí – **všeobecná sestra**
- pomoz pacientce vypracovat plán aktivit, který může vykonávat přes den - **všeobecná sestra, fyzioterapeut**
- zajisti pacientce dle možnosti příjemné prostředí – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- naplánuj provádění ošetřovatelských intervencí tak, aby nebylo nutno pacientku budít – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- podej leky na spaní dle ordinace lékaře – **všeobecná sestra**
- kontroluj účinnost léků na spaní během nočních hodin- **všeobecná sestra**

Realizace:

- **17. 9. 2013 v 8:15** - rozhovor s pacientkou a následně zodpovězeny všechny potřebné dotazy a informace, které pacientka potřebovala vědět – **všeobecná sestra**, v rámci svých kompetencí
- **17. 9. 2013 v 8:30** dle získaných informací provedena úpravu ošetřovatelských intervencí, aby nemusela být pacientka zbytečně buzena a byla domluvena hodina, která bude pacientce vyhovovat při provádění sesterských a naordinovaných výkonů – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 9:15** - vypracován plán denních aktivit (ranní hygiena, snídaně, během dne rehabilitace, logopedické cvičení,... – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 11:00** - úprava prostředí dle možností podle přání pacientky (vyvětraný pokoj, ztlumené světlo, minimální hluk,... – **všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitárka**
- **17. 9. 2013 v 22:00** - podání léků dle ordinace lékaře Diazepam 5mg 1 tbl – **všeobecná sestra**
- **17. 9. 2013 v 22:30** - kontrola účinnosti léků na zmiňovaný lék – **všeobecná sestra**

Hodnocení:

Cíl se splnil částečně, v naplánovaných intervencích pokračovat dále. Pacientka zná příčiny porušeného spánku. Klientka respektuje důležitost ošetrovatelských intervencí z důvodu prováděných vyšetření k určení přesné diagnózy (např. odběry biologického materiálu, konziliární vyšetření). Pacientka se aktivně zapojuje do léčebného režimu. Ale ještě v některých okamžicích cítí obavy z výsledku léčby.

Celkové hodnocení:

Pacientka H. B. byla přijata na oddělení neurologické jednotky intenzivní péče pro náhlý kolaps, pokles koutku, poruchu řeči, poruchu polykání a středně těžkou levostrannou hemiparézu. Na neurologickou jednotku intenzivní péče byla přijata přes urgentní příjem, kde jí bylo provedeno CT mozku, EKG a laboratorní odběry.

Při příjmu na neurologickou jednotku intenzivní péče byla pacientka při vědomí. Z urgentního příjmu přijela již s PMK a jednou PVK. Byla okamžitě uložena na lůžko přístupné ze tří stran, napojena na ekg křivku, saturační čidlo a tlakovou manžetu. Na neurologii byla pacientce zavedena ještě jedna PVK a NSG.

Po shlednutí CT mozku, kontrole laboratorních odběrů a klinického vyšetření lékařem, byla pacientce podána intravenózní trombolýza. Bylo jí aplikováno 70 mg trombolýzy – 7 mg bolusově a 63 mg kontinuálně/hod.

Před podáním trombolýzy měla pacientka poruchu řeči, středně těžkou levostrannou hemiparézu, poruchu polykání a pokles koutku. Během trombolýzy jsme u pacientky sledovali vědomí, fyziologické funkce a možné nežádoucí účinky, jako například krvácení nebo otok jazyka. Během trombolýzy jsme sledovali tlak po 10 minutách. Po trombolýze jsme kontrolovali tlak 1. hodinu po 20 minutách, 2. hodinu po 40 minutách a poté jsme sledovali tlak v hodinovém intervalu. Během trombolýzy sledoval lékař zdravotní stav pacientky. Po podání trombolýzy ustoupil u pacientky pokles koutku, středně těžká levostranná hemiparéza se zlepšila na lehkou hemiparézu. Za tři hodiny po trombolýze byly pacientce odebrány základní hematologické odběry, které neprokazovali žádné abnormality.

Během hospitalizace na jednotce intenzivní péče byly 24 hodin denně sledovány fyziologické funkce, které nevykazovali výrazné abnormality.

Dne **17.9. 2013** byly pacientce znovu odebrány ranní kontrolní odběry. Při ranní kontrole glykémie bylo pacientce aplikováno 6 jednotek HMR při hodnotě 10,3 mmol/l. U pacientky se měřil glykemický profil 3x denně. Z levostranné hemiparézy se stala paraparéza levé horní končetiny. Pacientce byl vypsán rehabilitační a logopedický program. Ve 20:00 bylo provedeno kontrolní CT mozku, které nevykazovalo žádné abnormality. Po kontrolním CT mozku a konzultaci logopeda byla pacientce odstraněna NGS a následně objednána dieta 1/9. Polykání bylo bez problémů. Pacientka neměla tendenci k aspiraci.

18. 9. 2013 byla pacientka tak schopná, že ranní hygiena byla provedena ve sprše za spolupráce sanitárky. S fyzioterapeutem začala postupně s chůzí.

Dne **19. 9. 2013** byla pacientka přeložena na standartní oddělení A ženy.

Doporučení pro praxi

Na základě svých dosavadních zkušeností získaných v zaměstnání na neurologické jednotce intenzivní péče, prostudováním odborné literatury, ošetrovatelské dokumentace a získaných poznatků, přikládám toto doporučení pro praxi:

Všeobecná doporučení pro pacienta:

U pacienta je důležitá prevence a změna životního stylu. Pacient by měl chodit na pravidelné kontroly k praktickému lékaři a dbát na jeho pokyny. Do sekundární prevence bych především zařadila:

- normalizovat hodnoty krevního tlaku, brát pravidelně medikaci dle lékaře
- nekouřit
- normalizovat hodnoty cholesterolu a DM
- navštěvovat pravidelně svého praktického lékaře
- po dříve prodělané cévní mozkové příhodě navštěvovat též pravidelně neurologického lékaře a chodit na pravidelná neurologická vyšetření – především ultrazvuk karotid
- popřípadě podstoupit endarterektomii
- snažit se zařadit do svého jídelníčku zdravou stravu a mít dostatek přiměřeného pohybu

Všeobecná doporučení pro jeho rodinu:

Cévní mozková příhoda je v poslední době velice častým onemocněním. Je to nemoc, která postihuje po psychické stránce nejen pacienta, ale i jeho rodinu a blízké přátelé. Pokud pacienta postihne cévní mozková příhoda je narušen celý jeho život, jeho schopnost postarat se sám o sebe, zaměstnání a tím i obživa rodiny. Především je to onemocnění, které vyžaduje spoustu času a trpělivosti. Cévní mozková příhoda způsobuje u pacienta řadu problémů a omezení. V akutní fázi je pacient často zatížen poruchou řeči a poruchou hybnosti. Nemožnost vyjádřit své pocity a ztratit schopnost sebeobsluhy je pro každého z nás obrovská zátěž. Žádný z pacientů si není jistý, že tyto příznaky odezní. Cévní mozková příhoda je onemocnění na dlouhou trať, které vyžaduje obrovskou trpělivost, proto bych rodinným příslušníkům doporučila, aby pacienta v takových situacích psychicky podporovali. Rodina je důležitý prvek v péči o pacienta po CMP. Je jen otázkou, jak se všeobecná sestra zhostí a poučí rodinu o režimu, který pacient potřebuje. Jednou z nejdůležitějších částí je připravit pacientovi vhodné domácí prostředí – například zařídit v koupelně a na toaletě madla k lepšímu vstávání, pokud se v bytě nacházejí schody, je důležité je opatřit po obou stranách držadly, popřípadě odstranit i prahy, o které by pacient s částečným ochrnutím mohl zakopnout. Vše by se mělo připravit tak, aby se pacient necítil stále závislý na svém okolí a na svých blízkých. Je vhodné edukovat rodinné příslušníky i o možnosti zařadit se do klubů, kde se vyskytují též pacienti, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu.

Všeobecná doporučení pro všeobecné sestry:

- v případě nově zjištěné nemoci podat pacientovi co nejvíce informací a snažit se mu zodpovědět všechny otázky jednoduše, být mu oporou, podporovat u pacienta psychiku
- velmi důležité je zapojit do celého procesu ošetrovatelské péče a samozřejmě i rehabilitační péče všechny rodinné příslušníky, se kterými pacient přichází v domácnosti do styku
- důležitá je spolupráce s logopedem
- s každým pacientem jednat s velkou trpělivostí
- dbát na to, aby pacient měl noční stoleček na postižené straně a přístup k pacientovi byl prováděn z postižené strany

- využívání bazální stimulace a Bobath konceptu
- dát pacientovi k dispozici kartičky na podporu řeči – abecedu, tabulky s čísly, slabikář, obrázky = piktogramy, tabulku s popisem věcí, papír, tužku (ŠECLOVÁ, 2004)

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacientů s cévní mozkovou příhodou. Pacientů trpících s cévní mozkovou příhodou není v naší republice málo. S přibývajícím rokem pacientů přibývá, a čím dál častěji se toto onemocnění vyskytuje u stále mladších ročníků. Cévní mozková příhoda se řadí mezi nejčastější onemocnění v České republice. Cévní mozkovou příhodu pokládáme za akutní stav, u kterého hraje velice důležitou roli čas. Včasné a vhodně zvolená léčba může pacienta zachránit na životě.

Svou bakalářskou práci jsem zpracovávala na jednotce intenzivní péče, neurologické kliniky, fakultní nemocnice Bohunice.

Cílem bakalářské práce je zjistit a definovat informace z odborných publikací o onemocnění cévní mozkové příhody a seznámit s nimi širokou veřejnost. Dále také popsat proces péče o pacienta, který je přijat do nemocnice s akutní cévní mozkovou příhodou k intravenózní trombolýze, kam spadá veškerá ošetrovatelská péče. V neposlední řadě je našim cílem také vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou a specifikovat jeho nejdůležitější ošetrovatelské diagnózy. Mimo toho také stanovit určitá doporučení, kterými by se měl pacient nejen po dobu hospitalizace ale i po propuštění domů řídit.

Při péči o pacienta s diagnózou cévní mozkové příhody se mi potvrdila domněnka o nutnosti správně zvolené ošetrovatelské péče, ale také to, že vhodně zvolená léčba a především podaná v co nejkratším časovém rozmezí může léčba zachránit pacienta na životě.

Spolupráce mezi pacientem a ošetrovatelským personálem probíhala dobře. Během aplikace ošetrovatelského procesu v praxi jsem byla spokojena se vstřícností všeobecných sester, pomocného personálu, fyzioterapeutů i lékařů. Spolupráce s pacientem a jeho rodinou byla velmi dobrá. Domnívám se, že je významné, aby zdravotníci, nejen pečující o seniory, byli přesvědčeni o smyslu své práce a kreativně hledali východiska z ošetrovatelských problémů.

Detailní zaměření do problematiky cévní mozkové příhody nám přineslo jak teoretické znalosti, tak praktické dovednosti, jež nám v budoucnu budou ku prospěchu při našem zaměstnání či publikaci v některém z odborných časopisů. Tato bakalářská práce je drobným příspěvkem ke zlepšení informovanosti o tak závažném onemocnění, jako

je cévní mozková příhoda. V současnosti je všeobecná sestra v roli rovnocenného partnera lékaře. Ale často to musí dokazovat svými znalostmi a dovednostmi. Doufám, že k tomu malou měrou přispěla i tato práce, která v rovině obecné odráží především rozsáhlost a naléhavost celé problematiky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERAURY

Knižní literatura

AMBLER, Zdeněk, BEDNAŘÍK, Josef, RŮŽIČKA, Evžen, a kol., 2004. *Klinická neurologie: část obecná*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-556-6.

BEDNAŘÍK, Josef, AMBLER, Zdeněk, RŮŽIČKA, Evžen, a kol., 2010. *Klinická neurologie: část speciální I*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-389-9.

BEDNAŘÍK, Josef, AMBLER, Zdeněk, RŮŽIČKA, Evžen, a kol., 2010. *Klinická neurologie: část speciální II*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-389-9.

CSÉFALVAY, Zsolt, a kol., 2007. *Terapie afázie: Teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-316-1.

FEIGIN, Valery, 2007. *Cévní mozková příhoda*. Z angl. orig. přel. Blanka Kalvachová, Stanislav Matoušek. Praha: Galén. ISBN 978-7262-428-7.

HERZIG, Roman, 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-148-6.

FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.

HUTYRA, Martin, a kol., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3816-1.

CHRÁSKA, Miroslav., 2007. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

KALINA, Miroslav, 2000. *Akutní neurologie: intenzivní péče v neurologii*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-100-5.

KALINA, Miroslav, a kol., 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA, Zbyněk, a kol., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-26-0.

KALITA, Zbyněk, 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2093-0.

KAŇOVSKÝ, Petr, HERZIG, Roman, a kol., 2007. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1664-9.

MUMENTHALER, Marco, MATTLE, Heinrich, 2001. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-545-9.

PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1135-5.

POLÍVKA, Jiří, ŠEVČÍK, Petr, 2000. *Mozkové cévní příhody: stručný přehled o ischemických iktech*. Brno: Apotex ČR. ISBN 80-238-5636-7.

SPENCE, J. David, 2008. *Mozková mrtvice*. Z angl. orig. přel. Václav Petr. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-058-4.

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

ŠECLOVÁ, Simona, 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviiku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0592-3.

TYRLÍKOVÁ, Ivana, a kol., 2008. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-287-6.

VAŇÁSKOVÁ, Eva, 2004. *Testování v rehabilitační praxi – cévní mozkové příhody*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-398-8.

Časopisy

Šetlík, Michal, 2005. *Tematický sešit neurologie*. *Sestra*, 2005, 2.

Vrbata, Jaroslav, 2008. *Komplexní domácí péče*. *Sestra*, 2008, 4.

Elektronické dokumenty

Mlčoch, Zbyněk, 2000. *Trombolýza u mrtvice, mozkového infarktu, cévní mozkové příhody - informace, postup, indikace*[online]. [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: <http://http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/trombolyza-u-mozkoveho-infarktu-cevni-mozkove-prihody-informace-postup-indikace.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rešerše

Příloha B – Povolení k nahlédnutí do dokumentace

PŘÍLOHA A – Rešerše

FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, c2007, 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

Předmět. heslo ●cévní mozkové příhody
 ●prevence onemocnění
 ■terapie
 ●ošetřovatelská péče
 ●domácí péče

Forma a žánr * populárně-naučné publikace

MDT ●616.831-005.1
 ●616-084
 ■616-08
 ●616-083
 ●649.8
 ■(0.062)

KALINA, Miroslav a kol. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

Předmět. heslo ●cévní mozkové příhody
 ●mozková ischemie

Forma a žánr * příručky

MDT ●616.831-005.1
 ●616.831-005
 ● (035)
 ●

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 39 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2093-0.

Předmět. heslo ■cévní mozkové příhody
 ●diagnostika (lékařství)
 ●terapie

Forma a žánr * příručky

MDT ●616.831-005.1
 ●616-07
 ■616-08

PŘÍLOHA B – Povolení k nahlédnutí do dokumentace

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vypĺšenie žiadateľa:

Jméno a příjmení žadatele: MARETA JUREČKA
Datum narození: 8.1.1979 Telefon: 726 764 076 E-mail: jur@brno.muni.cz
Adresa pro doručení dat: SAVOUCOVA LACETA 22, VILHEM ZVATILICE 639 65
Přesný název školy/fakulty: 85 KLINICKÁ, PRAHA 5, ZVATILICE 4
Obor studia: LABORATORNÍ SCIEŇA

Žadatel ve FN Brno koná odbornou praxi:

ANO na úvartu: v termínu od: do:

NE

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

ANO Úvart/Jméno zaměstnance: MARETA JUREČKA, KLINICKÁ, 85 KLINICKÁ, PRAHA 5, 2364

NE

Téma závěrečné práce: OSTŘEVOTELSKÁ PRÁCE U PACIENTŮ S ČERNÝMI PRÁZKOVÝMI
PŮVODCÍ

Požadavek na (zaškrtněte):

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů: 70

Termín sběru dat od: 25.3.2015 do: 25.4.2015

Úvart, kde bude dotazníková akce probíhat: KLINICKÁ, KLINICKÁ, PRAHA 5, 2364

Výpis ze zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet dat (počet prohlednuté zdravotnické dokumentace):

Termín sběru dat od:

Úvart, kde bude sběr dat probíhat: VK JIP

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti)

Ostatní (statistická data)

Rozsah sledovaného období:

Termín sběru dat od:

Úvart, kde bude sběr dat probíhat:

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti)

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako zdroj informací, je jeho povinností přiložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno. Každý žadatel o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno odevzdá. Prezenzace výsledků s uvedením jména Fakulty nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum: 19.3.2015

Podpis: Juraj Marelka