

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CÉVNÍ
MOZKOVOU PŘÍHODOU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MONIKA KŘÁPKOVÁ, Dis.

Praha 2014

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CÉVNÍ
MOZKOVOU PŘÍHODOU

Bakalářská práce

MONIKA KŘÁPKOVÁ, Dis.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

Praha 2014



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

Křápková Monika
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou

Nursing Process for Patients with Stroke

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

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

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 31. 5. 2014

Krápková Monika
.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala staniční sestře neurologického oddělení Mgr. Petře Topičové za cenné rady, připomínky a možnost konzultace.

ABSTRAKT

KŘÁPKOVÁ, Monika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Praha. 2014. 67 s.

Tématem bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Bakalářská práce zahrnovala vysvětlení pojmu cévní mozková příhoda (její rozdělení, příčiny, příznaky, vyšetřovací metody, léčbu), byla zde zmíněna problematika sociální péče – jakožto sociální služby, příspěvky, sdružení (kluby) pro pacienty s cévní mozkovou příhodou. Nosnou částí bakalářské práce bylo rozebrání specifik ošetrovatelské péče u pacientů s CMP a vytvoření ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta, shrnutí doporučení pro praxi pro pacienty, rodiny, zdravotnický personál (dále jen ZP).

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda. Ošetrovatelský proces. Sestra. Specifika ošetrovatelské péče.

ABSTRACT

KŘÁPKOVÁ, Monika. Nursing Process for Patients with Stroke. College of Nursing. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH. Prague. 2014. 67 pages.

The topic of bachelor's thesis was complex nursing process of patients suffering with stroke. Bachelor thesis included an explanation of the concept of stroke (its distribution, causes, symptoms, diagnostic methods, treatment), as well as there were mentioned the problems of the social care - as social services, contributions, associations (clubs) for patients with stroke. In the load-bearing part of the thesis were discussed specifics of nursing care for stroke patients and the creation of the nursing process of the individual patient, summary of recommendations for practice of patients, families, medical staff (hereinafter ZP).

Key words:

Nurse. Nursing process. Stroke. The specifics of nursing care.

PŘEDMLUVA

Pacienti s cévní mozkovou příhodou mě velmi zaujali již při absolvování praxe na vyšší odborné škole, proto se i má pracovní cesta všeobecné sestry ubírala na neurologické oddělení. Pro psaní bakalářské práce jsem si zvolila onemocnění s tématem Cévní mozková příhoda. Toto onemocnění je v dnešní době velmi časté a stále častěji se vyskytující u mladších lidí. Volbu tématu ovlivnil také fakt, že od července 2013 pracuji na neurologickém oddělení v Baťově nemocnici ve Zlíně jako všeobecná sestra a mezi nejčastější pacienty na oddělení patří právě pacienti s cévní mozkovou příhodou. Byla jsem tedy ráda, že se i formou psaní bakalářské práce můžu lépe seznámit s tímto onemocněním a zaměřit se na důležitost ošetrovatelského procesu při vykonávání ošetrovatelské péče.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD.....	13
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	14
1.1 ROZDĚLENÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	14
1.2 ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	15
1.2.1 ETIOPATOGENEZE ISCHEMICKÝCH CMP	15
1.2.2 KLINICKÝ OBRAZ ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY ..	15
1.2.2.1 PORUCHY VĚDOMÍ.....	15
1.2.2.2 PORUCHY VYŠŠÍ NERVOVÉ ČINNOSTI.....	16
1.2.2.3 PORUCHY HYBNOSTI.....	16
1.2.2.4 PORUCHY CITLIVOSTI.....	16
1.2.2.5 PORUCHY ROVNOVÁHY	17
1.2.2.6 BOLEST	17
1.3 MOZKOVÉ PARENCHYMATÓZNÍ KRVÁCENÍ.....	18
1.3.1 ETIOPATOGENEZE	18
1.3.2 KLINICKÝ OBRAZ.....	18
1.4 SUBARACHNOIDÁLNÍ KRVÁCENÍ.....	19
1.4.1 ETIOPATOGENEZE SAK	19
1.4.2 KLINICKÝ OBRAZ SAK.....	19
1.4.3 SPECIFIKA DIAGNOSTIKY U SUBARACHNOIDÁLNÍ HEMORAGIE	20
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	20
1.6 DIAGNOSTIKA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	21
1.7 LÉČBA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	22
1.7.1 TERAPIE AKUTNÍHO STÁDIA ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	22

1.7.2	TERAPIE AKUTNÍHO STÁDIA HEMORAGICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	23
1.7.3	LÉČBA CHRONICKÉHO STÁDIA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY...	24
1.8	PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ	24
1.9	LÉČEBNÁ REHABILITACE U PACIENTŮ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU	24
2	SOCIÁLNÍ SLUŽBY PACIENTŮM	26
2.1	SDRUŽENÍ PRO PACIENTY S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU	26
2.1.1	SDRUŽENÍ CEREBRUM.....	27
2.1.2	SDRUŽENÍ CMP	27
2.2	SOCIÁLNÍ DÁVKY A PŘÍSPĚVKY PRO PACIENTY	28
2.2.1	PŘÍSPĚVEK NA MOBILITU.....	28
2.2.2	PŘÍSPĚVEK NA ZVLÁŠTNÍ POMŮCKU.....	28
3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU.....	31
3.1	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ BĚHEM HOSPITALIZACE	31
3.1.1	POLOHA A POHYBOVÝ REŽIM.....	31
3.1.2	MONITORACE.....	32
3.1.3	HYGIENICKÁ PÉČE.....	32
3.1.4	VÝŽIVA A HYDRATACE.....	33
3.1.5	VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	33
3.1.6	AKTIVITA, CVIČENÍ	34
3.1.7	SPÁNEK A ODPOČINEK.....	34
3.1.8	VNÍMÁNÍ, POZOROVÁNÍ.....	34
3.1.9	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY.....	35
3.2	DOMÁCÍ PÉČE.....	35

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU.....	37
4.1 PRVNÍ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – POSUZOVÁNÍ.....	37
4.2 DRUHÝ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – DIAGNOSTIKA..	38
4.3 TŘETÍ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – PLÁNOVÁNÍ.....	40
4.4 ČTVRTÝ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – REALIZACE	42
4.5 PÁTÝ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – VYHODNOCENÍ ...	43
5 SPECIFICKÝ OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU.....	44
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	64
ZÁVĚR	66
SEZNAM LITERATURY.....	68
PŘÍLOHY	

SEZNAM ZKRATEK

a.	Arteria
ACE	Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB	Antibiotika
Ca	Karcinom
CMP	Cévní mozková příhoda
CRP	C-reaktivní protein
CT	Computerová tomografie
CVK	Centrální venózní katetr
č.	Číslo
D	Dech
DSA	Digitální subtrakční angiografie
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
FF	Fyziologické funkce
GCS	Glasgow Coma Scale
gtt.	Kapky
HCD	Horní cesty dýchací
IADL	Test instrumentálních všedních činností
ICHS	Ischemická choroba srdeční
JIP	Jednotka intenzivní péče
MR, MRI	Magnetická rezonance
NaCl	Natrium chloridum
NGS	Nasogastrická sonda

NJIP	Neurologická jednotka intenzivní péče
P	Pulz
p.o.	Per os
PC	Počítačový
PE	Problém, etiologie
PES	Problém, etiologie, symptom
PET	Pozitronová emisní tomografie
PMK	Permanentní močový katetr
PŽK	Periferní žilní katetr
RHB	Rehabilitace
RIND	Reverzibilní ischemický neurologický deficit
RTG	Rentgen
SAH	Subarachnoidální hemoragie
SAK	Subarachnoideální krvácení
Sb.	Sbírky
SO ₂	Saturace kyslíkem
SPECT	Jednofotonová emisní tomografie
stp.	Stav po
TEE	Transezofageální echokardiografie
TCHS	Tracheostomie
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
ZP	Zdravotnický personál
ZTP	Zvlášť těžce postižený
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s potřebou průvodce

ÚVOD

Cévní mozkové příhody (dále jen CMP) jsou tématem velmi aktuálním, neboť zaznamenávají v ekonomicky vyspělých zemích závažný a dramaticky narůstající problém. V rozvojových zemích byli postiženi iktem (cévní mozkovou příhodou) 2/3 pacientů, každý rok bylo zaznamenáno 13 milionů nových obětí. Výskyt CMP v České republice (dále jen ČR) byl vyhodnocen jako jeden z nejvyšších, mortalita byla téměř dvojnásobná. V ČR bylo registrováno 300 pacientů s CMP na 100 000 nových pacientů ročně. Toto onemocnění bylo označeno jako druhé nejnebezpečnější ve vztahu k mortalitě a zároveň absolutně nejnebezpečnější ve vztahu k invaliditě. Na jednotce intenzivní péče neurologického oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati bylo za rok 2013 léčeno 479 pacientů s CMP, téměř o 50 pacientů více než předešlý rok.

Cílem bakalářské práce bylo seznámit se s problematikou onemocnění, získané informace zpracovat dle odborných publikací a vše pečlivě utřídit. Dalším cílem bylo vypracování ošetrovatelského procesu u pacientů s cévní mozkovou příhodou a vytvoření specifik ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení Krajské nemocnice T. Bati. Byly zde zaznamenány užitečné rady pro pacienty a rodinné příslušníky pacientů s touto nemocí. Získané informace byly poskytnuty studentům vysoké školy zabývající se touto problematikou.

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

„Cévní mozkové příhody jsou onemocnění cévního původu s rychle se rozvíjejícími ložiskovými, občas i celkovými příznaky poruchy mozkové funkce.“ (ČEŠKA et al., 2010, s. 159) Cévní mozkové příhody jsou na celém světě jednou z nejčastějších příčin morbidity a mortality, ale také dlouhodobé invalidity. V uplynulých dekádách začala být CMP více vnímána jako urgentní stav (HERZIG, 2008).

1.1 ROZDĚLENÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní mozkové příhody můžeme dělit podle několika hledisek. Mezi základní rozdělení patří **dělení dle etiologie** na ischemické a krvácivé cévní mozkové příhody. Ischemické cévní mozkové příhody bývají způsobené trombolytickým uzávěrem tepny, kardioembolizačními příhodami, mozkovými infarkty aj. Krvácivé cévní mozkové příhody můžeme dále rozdělit na intracerebrální krvácení a subarachnoidální krvácení (ŠEBLOVÁ et al., 2013). Jiná literatura, např. Waberžinek rozděluje CMP do 3 skupin: **ischemické CMP** (které tvoří 80 %), **parenchymové hemoragie**, a **subarachnoideální hemoragie** (WABERŽINEK et al., 2006).

Podle časového průběhu a stupně závažnosti dělíme CMP na: **TIA (tranzitorní ischemická ataka)** – deficit prokrvení trvá méně než 24 hodin, nastává úprava neurologických funkcí, řadí se mezi významné rizikové faktory, neboť u 1/3 pacientů dojde v průběhu následujících 15 let k závažné mozkové příhodě s vysokou úmrtností. **RIND (reverzibilní ischemický neurologický deficit)** – neurologický deficit trvá déle než 24 hodin a méně než 3 týdny, je plně reverzibilní. **Progresivní ataka** – přibývajících symptomatologie, inkompletní nebo žádný ústup neurologického nálezu. **Kompletní infarkt** – masivní neurologická symptomatologie, neúplná nebo žádná remise (PROCHÁZKA et al., 2012).

1.2 ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Ischemická CMP (mozkový infarkt) je akutní ischemická nekróza neuronů vzniklá na podkladě poklesu nebo zástavy průtoku mozkovou tepnou (ŠKODA, 2012).

1.2.1 ETIOPATOGENEZE ISCHEMICKÝCH CMP

Dle etiologie můžeme ischemické CMP rozdělit na **postížení malých perforujících tepen mozku**, které nastávají v důsledku stenóz a uzávěrů malých perforujících arteriol. Po lézi zůstává malá dutinka (lakuna), proto tento typ nazýváme lakunární infarkt. Jednou z dalších etiologií vzniku ischemické CMP bývají **trombembolické mozkové léze**. Mozková trombóza se může rozvinout v intra- i extrakraniálních přívodných tepnách. Podkladem stenóz a okluzí jsou obvykle aterosklerotické pláty s následným rozvojem trombu. Typická lokalizace trombózy je a. carotis, a. cerebri media, a. cerebri anterior, a. basilaris, a. vertebralis. Cévní mozkové příhody ischemické mohou být v neposlední řadě způsobeny **embolií**. Zdrojem mozkové embolie je především srdce. K manifestaci dochází náhle, během sekund, často při fyzické námaze. Lokalizace embolu je hlavně v a. cerebri media. Řada mozkových ischémii vzniká zpomalením kapilárního průtoku z kombinovaných příčin (AMBLER, 2006).

1.2.2 KLINICKÝ OBRAZ ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Klinický obraz u ischemických cévních mozkových příhod je značně variabilní v závislosti na jejich lokalizaci, rozsahu, rychlosti jejich vzniku, kompenzačních mechanismech makro i mikrocirkulace, celkovému zdravotnímu stavu nemocného, preventivní léčbě a kvalitě urgentní terapie (ČEŠKA, 2010).

1.2.2.1 PORUCHY VĚDOMÍ

Při poruše vědomí chybí některý základní atribut a vzniká buď kvantitativní porucha vědomí (somnia, sopor, kóma) nebo kvalitativní porucha vědomí (zmatenost až delirium). Relativně specifickou poruchou vědomí je **abulie až akinetický mutismus** – nemocný většinu času nekomunikuje s okolím, přestože na neurologickém nálezu nejsou známky těžkého oboustranného deficitu. Nemocní s akinetickým syndromem reagují krátce na bolestivé stimuly. Abulie je mírnější

porucha, nemocný se minimálně projevuje, přestože po stimulaci je schopen navázat kontakt, je těžce emotivně oploštěn (KALINA et al., 2008).

1.2.2.2 PORUCHY VYŠŠÍ NERVOVÉ ČINNOSTI

Jejich klinické hodnocení bývá obtížné. Můžeme se setkat s poruchami řeči (**fatické poruchy**), psaní (**dysgrafie, agrafie**), čtení (**dyslexie, alexie**), počítání (**dyskalkulie, akalkulie**), prostorové orientace, vnímání části vlastního těla (**asomatognozie**) nebo jejich postižení chorobou (**anozognozie**), poruchami schopnosti vykonávat složitější účelové pohyby. Poruchy vyšší nervové činnosti řeší také problematiku fatických poruch (lehká se označuje jako **dysfázie**, těžká jako **afázie**). Komplexně řešíme tzv. **globální afázii** - poruchu porozumění, poruchu tvorby řeči (HERZIG, 2008).

1.2.2.3 PORUCHY HYBNOSTI

Porucha hybnosti může být různého stupně. Oslabení svalové síly se označuje jako **paréza**, úplné ochrnutí jako **plegie**. Typickým nálezem u CMP je **hemiparéza**, resp. hemiplegie (zhoršení hybnosti končetin na jedné polovině těla). Při postižení řečiště a. cerebri media je ochrnutí výraznější na horní končetině, v případě postižení a. cerebri anterior na dolní končetině. Může dojít i k postižení hybnosti pouze na jedné končetině, pak se jedná o **monoparézu** či **monoplegii** (HERZIG, 2008). Velmi častou obtíží, hlavně v akutní fázi CMP je **dysfágie** (porucha polykání), jde o příznak velmi závažný, protože ukazuje na zvýšené riziko aspirace (KALINA et al., 2008).

1.2.2.4 PORUCHY CITLIVOSTI

Mrtvice může způsobit úplnou nebo částečnou ztrátu citlivosti v části těla nebo na jedné straně. Pacient může ztratit schopnost vnímat na jedné straně těla horko, chlad, nebo se mu sníží citlivost na bolest ve tváři, na paži, na noze. V některých případech citlivost zůstává, ale projevuje se neobvykle – lehký dotek např. vyvolá pocit mravenčení či brnění. Mrtvice může rovněž ovlivnit zrak, někdy postižený přijde o zrak v jednom oku, ale zrakové vnímání je postiženo u obou. Nemocný třeba nevidí věci po levé straně, ať používá pravé či levé oko. Tomuto stavu se říká **hemianopie** (DIESTLEROVÁ, 2012).

1.2.2.5 PORUCHY ROVNOVÁHY

Jde o velmi častý fenomén, který má různé příčiny. Nemocný má pocit nejistoty, někdy jsou tyto pocity provázeny nauzeou nebo zvracením. U poruchy rovnováhy je důležité rozlišit, zda se jedná o periferní nebo centrální vestibulární syndrom. **Pravé vertigo** je charakterizované pocitem pohybu nebo změněné polohy neodpovídající fyzikální realitě. Nejčastějším projevem je rotační závrať, může být i tah k jedné straně. Porucha rovnováhy – **dysekvilibrium** je pocit nestability vázaný na chůzi, stoj, méně výrazně sed. Hlavní příčinou je pohybová dyskoordinace v důsledku postižení mozečku nebo mozečkových drah. Součástí CMP může vzácně být i **periferní vestibulární syndrom** bez poruchy sluchu, vede nejčastěji k rotačnímu vertigo s nystagmem. **Centrální vestibulární syndrom** je velmi častým příznakem CMP. Je důsledkem kmenové ischémie s poruchou funkce vestibulárních jader a drah. Příznaky jsou velmi variabilní a celkově centrální vestibulární syndrom je dysharmonický. Jedná se o neurčité pocity nejistoty nebo nestability až po těžké vertigo s nauzeou a zvracením (KALINA et al., 2008).

1.2.2.6 BOLEST

Hodně lidí po mrtvici cítí bolest. Většinou se pojí s klouby, šlachami či svaly, nebo nějak souvisí s poškozenými mozkovými centry. Slabost a abnormální svalový tonus způsobené mrtvicí znamenají, že svaly a klouby trpí neobvyklým namáháním a napětím, zejména v ramenou, rukách, kyčlích, kolenou a kotnících. Těmto bolestem lze předcházet důsledným úsilím správného držení těla a polohováním. V jiných případech může být bolest způsobena poškozením mozkových center, které ovládají vnímání bolesti nebo nervových buněk, jež přenášejí signály bolesti z jedné oblasti mozku do druhé. Této bolesti se říká centrální či neurogenní a mnohdy na ni neúčinkují běžná analgetika, dokonce ani opiáty (DIESTLEROVÁ, 2012).

1.3 MOZKOVÉ PARENCHYMATÓZNÍ KRVÁCENÍ

Mozkové parenchymatózní krvácení (taktéž intracerebrální krvácení) má ve srovnání s ischemickou CMP menší sklon k recidivám (WABERŽINEK, 2006).

1.3.1 ETIOPATOGENEZE

Parenchymová krvácení dělíme na hypertonická a normotonická. **Hypertonické krvácení** (přibližně asi 50 % spontánních intracerebrálních krvácení) souvisí s arteriální hypertenzí. Nejtypičtějším místem hypertonického krvácení jsou jednotlivé struktury bazálních ganglií, pons, thalamus a mozeček. Příčinou je ruptura mikroaneurysmat na příslušné arterii v této oblasti. **Normotonické krvácení** se nachází u osob, které netrpí arteriální hypertenzí. Příčiny: cévní malformace, mozkové nádory, trombolytická, antikoagulační léčba, vaskulitidy (WABERŽINEK et al., 2006).

1.3.2 KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz závisí na příčině, lokalizaci, rozsahu, rychlosti vzniku, kompenzačních mechanismech mozkové tkáně a celkovému zdravotnímu stavu nemocného. **Typická krvácení** mívají ložiskové projevy (syndrom capsulae internaе) a nitrolební hypertenze. Nemocný má obvykle bolesti hlavy, často zvrací, může být inkontinentní, červený v obličeji, častý vzestup teploty. Při provalení hematomu do komorového systému se může vyvinout meningeální syndrom. Prognóza bývá nepříznivá, s vysokou mortalitou. **Lobární krvácení** probíhá méně dramaticky a připomíná ischemické příhody stejné lokalizace. Významnější porucha vědomí je vzácná, u 1/3 pacientů se krvácení manifestuje fokálním epileptickým záchvatem. Prognóza je příznivější, neboť nedochází k destrukci mozkové tkáně, ale pouze jejímu roztlačení. **Mozečková krvácení** jsou provázena náhlou bolestí hlavy, nauzeou, zvracením, poruchou stoje a chůze. Jde většinou o závažný klinický stav. **Krvácení do mozkového kmene** se manifestuje kmenovou symptomatologií podle lokalizace krvácení. Prognóza je většinou infaustní (ČEŠKA, 2010).

1.4 SUBARACHNOIDÁLNÍ KRVÁCENÍ

Subarachnoidální krvácení (subarachnoidální hemoragie, dále jen SAK, SAH) tvoří přibližně 5 % cévních mozkových příhod (ČEŠKA, 2010). Mortalita SAK se pohybuje okolo 25-40 %. Ještě před dosažením nemocniční péče umírá 5-10 % nemocných (KALINA et al., 2008).

1.4.1 ETIOPATOGENEZE SAK

Spontánní, tj. netraumatické SAK je ve většině případů výsledkem ruptury intrakraniální cévní malformace, nejčastěji vakovitého aneurysmatu (WABERŽINEK, 2006). Jinou příčinou spontánního SAK mohou být pouhá hypertenze, krvácivé choroby, primární vaskulopatie. U části subarachnoidálního krvácení se příčina nezjistí. Kromě spontánních SAK, existuje také traumatické subarachnoidální krvácení, která většinou provází mozkovou kontuzi (AMBLER, 2006).

1.4.2 KLINICKÝ OBRAZ SAK

Klinický obraz je charakterizován náhle vzniklou silnou bolestí hlavy, která je většinou spojena se zvracením a někdy také s různě hlubokou poruchou vědomí. Po několika hodinách od vzniku se rozvíjí **meningeální syndrom** z dráždění mozkomíšních plen, někdy teploty a vegetativní příznaky (AMBLER, 2006).

Závažnost příznaků subarachnoidálního krvácení se hodnotí podle Huntovy a Hessovy škály:

Tabulka 1 - Huntova a Hessova škála

stupeň	klinické příznaky
1	asymptomatický nemocný, mírnější bolest hlavy, mírná opozice šíje
2	střední až těžká bolest hlavy, parézy některého hlavového nervu, mírná opozice šíje, jiný neurologický deficit není
3	alterace vědomí, zmatenost, mírné ložiskové neurologické příznaky
4	významnější poruchy vědomí – postižený soporózní, středně těžká až těžká hemiparéza
5	náhle vzniklý komatózní stav

Zdroj: ŠEBLOVÁ et al., 2013, s. 299

1.4.3 SPECIFIKA DIAGNOSTIKY U SUBARACHNOIDÁLNÍ HEMORAGIE

Klinické podezření na SAH potvrdíme radiologickým a likvorovým vyšetřením. Metodou první volby je **CT vyšetření** – zobrazí množství a lokalizaci krve v subarachnoidálních prostorách, vodítko pro lokalizaci krvácejícího aneurysmatu. Přednost se dává vyšetření **magnetické rezonance** (dále jen MRI, MR), které spočívá v průkazu hemosiderinu v subarachnoidálních prostorách ještě s odstupem, kdy CT vyšetření již selhává. Kromě toho dokáže vyšetření MR zobrazit trombozované aneurysma, které musí být zachyceno angiograficky. **Angiografické vyšetření**, někdy i opakované asi u 10-20 % nemocných neprokáže zdroj krvácení. **Vyšetření likvoru** – výsledkem ruptury aneurysmatu je vylití krve do subarachnoidálních prostor. Erythrocyty buď koagulují, nebo jsou v likvoru rozptýlené. V obou případech jsou pak fagocytovány erytrofágy. Stav erytrofágu v cytologickém vyšetření likvoru dovoluje stanovit stáří krvácení. U odběru likvoru na SAH hrozí nebezpečí obnovy krvácení z uvolněné fibrinové zátky v místě původní ruptury aneurysmatu, proto by toto vyšetření mělo následovat až po CT vyšetření, a to pouze v případě, že je CT vyšetření negativní (WABERŽINEK et al. 2006).

1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

„Cévní mozková příhoda je onemocnění, kterému lze v mnoha případech předejít, proto je kladen tak velký důraz na prevenci iktu.“ (ČEŠKA, 2010, s. 166)
V primární prevenci se jedná o soubor opatření ovlivnitelných rizikových faktorů. Hlavním cílem sekundární prevence je snížení rizika recidivy iktu (ČEŠKA, 2010).

Mezi **neovlivnitelné rizikové faktory** pro vznik CMP patří věk, pohlaví (lehce vyšší výskyt u mužů než u žen, především v nižších věkových skupinách), genetická zátěž (PROCHÁZKA et al., 2012).

Mezi **medicínské rizikové faktory** patří: hypertenze, vysoká hladina tuků (cholesterolu v krvi), ateroskleróza, různé srdeční poruchy (jako např. fibrilace síní), diabetes mellitus, neprasklé mozkové aneurysma, migrény a další. Mnohé z těchto rizikových faktorů se vzájemně ovlivňují, jeden může zesilovat účinek druhého a obráceně (KALVACHOVÁ et al., 2007).

Mezi **ovlivnitelné rizikové faktory** patří kouření, nezdravá strava, zvýšená konzumace alkoholu, sedavý způsob života, užívání antikoncepčních pilulek, hormonální substituční terapie, užívání drog (např. heroin, amfetamin, kokain, marihuana), nadváha, chrápání se spánkovou apnoí, stres, deprese (KALVACHOVÁ et al., 2007).

1.6 DIAGNOSTIKA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní mozkové příhody ischemické i hemoragické diagnostikujeme několika metodami. Základem diagnostiky ischemických cévních mozkových příhod je podrobná anamnéza a rozbor klinického obrazu. Dominantní úlohu mají zobrazovací metody. Zahrnujeme do nich **výpočetní tomografii** (CT vyšetření), umožňuje rozlišení ischemické a hemoragické CMP, rozsah, charakter ischemické léze. Podáním intravenózní kontrastní látky se zobrazí cévní řečiště (CT angiografie). **Magnetická rezonance** je dnes pro diagnostiku ischemického iktu nejcennější, zobrazují se poruchy perfúze a difúze. MR vyšetření můžeme rovněž provést s kontrastní látkou i bez. **Digitální subtrakční angiografie** (dále jen DSA) je počítačové zpracování angiografického nálezu, umožňuje detailní morfologické zobrazení cévního řečiště s průkazem stenóz, okluzí, aneurysmat. DSA je nejpřesnější invazivní metodou zobrazení cévního řečiště. Sonografické vyšetření dopplerovskými průtokoměry hodnotí rychlost, vydatnost a směr krevního toku. U CMP se využívá **duplexní sonografie**, provádí se také echokardiografie. Z nukleární medicíny pro diagnostiku CMP můžeme využít **SPECT** (jednofotonová emisní tomografie) či **PET** (pozitronová emisní tomografie). Z ostatních diagnostických metod jsou přínosné **oční vyšetření** či **EKG** (ČEŠKA, 2010). Specifika diagnostiky u subarachnoidálního krvácení jsou popsána výše.

Někdy se pacientům provádí Holterovská monitorace, tzv. **Holter**, který snímá srdeční akci za 24 hodin (PETR, 2007). Můžeme provést rentgenové vyšetření (dále jen RTG) hrudníku, taktéž se provádí **laboratorní vyšetření**, odběry krve – koagulace, krevní obraz, sedimentace erytrocytů, biochemické vyšetření - C-reaktivní protein (dále jen CRP), jaterní a renální testy, zjištění hladiny glykémie. Provádíme odběr moči (močový sediment). Ve vybraných případech se využívá **elektroencefalografie** (dále jen EEG), **TEE** (transezofageální echokardiografie, vyšetření jícnu). Všichni pacienti

s akutním iktem jsou pravidelně sledováni, někdy i každou hodinu i častěji. Sledujeme u nich krevní tlak, pulz, teplotu, dýchání, stav vědomí (obvykle pomocí škály Glasgow Coma Scale). Kontrolujeme také výdej moči, pohyby střev, známky slabosti, potíže s mluvením, rozuměním, polykáním, hybností, citlivostí atd. (KALVACHOVÁ et al., 2007).

1.7 LÉČBA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Výsledný efekt léčby závisí na rozsahu vlastní léze a možnostech kolaterálního oběhu. Důležitý je časový faktor: začít s léčbou co nejdříve, ve fázi, kdy ještě nedošlo k strukturálním změnám a je zachován metabolismus (AMBLER, 2006).

1.7.1 TERAPIE AKUTNÍHO STÁDIA ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Základní kritéria léčby jsou: neuroprotektce – snaha o zvýšení rezistence neuronů na ischémii, zvýšení stability buněčných membrán. Cévní redukce nebo redukce perfúze by měla být krátká, aby nedošlo ke tkáňové nekróze. Dostatečná reperfúze okolí ischémie z kolaterálních cév, aby jen centrální zóna podlehla infarktu (AMBLER, 2006). Optimální lék, který by tyto kritéria zajistil, neexistuje, proto těžiště léčby je v celém komplexu opatření:

1. Celková léčba – patří sem zajištění respirace, dostatečná ventilace, oxygenace, event. inhalací kyslíkem, monitorace EKG, zajištění oběhu, podávání kardiotonik k zajištění srdeční činnosti, iontová bilance, adekvátní nutrice (perorální přísun či výživa podávaná nasogastrickou sondou). Z medikamentózní léčby podáváme ACE inhibitory ke snížení krevního tlaku, antipyretika ke snížení teploty, ke zklidnění podáváme Tiapridal či Haloperidol.
2. Protitrombotická léčba – léčbu zahajujeme co nejdříve od vzniku iktu, její význam je více profylaktický k zabránění progresu nebo recidivy. Používá se kyselina acetylsalicylová. Taktéž podáváme dávky nízkomolekulárního heparinu (fraxiparinu) – uplatňuje se v profylaxi žilní trombózy dolních končetin a trombembolické nemoci.
3. Trombolytická léčba – jejím cílem je rozpuštění trombu pomocí trombolytické aktivní substance a recirkulace tzv. **plazmaferézou**. Tato léčba je však vhodná

pro relativně malou skupinu nemocných s ikty, je nutno ji zahájit do 3 hodin od vzniku iktu.

4. Protiedémová léčba – edém mozku je závažnou komplikací a nastupuje obvykle v průběhu prvních 24-48 hodin. Preventivní opatření u nitrolební hypertenze po CMP spočívá v polohování hlavy nejméně 30° nad podložku, řádné oxygenaci, normalizaci tělesné teploty. Medikamentózně se podává nitrožilně roztok NaCl, v těžších případech Mannitol. Prospěšná bývá léčba kortikoidy.
5. Nezbytná je kvalifikovaná ošetrovatelská péče o imobilní pacienty spočívající v prevenci dekubitů (polohování dle standardů, antidekubitární pomůcky), hygienická péče.
6. Nedílnou součástí je rovněž léčba rehabilitační – zahajujeme ji co nejdříve. Skládá se z pasivní rehabilitace na lůžku, postupné vertikalizace, procvičování chůze, plegické/paretické části těla, procvičování ramenního kloubu. Součástí je i redukce řeči.
7. U menší části nemocných s CMP je indikována i léčba operační – alternativní operační léčbou u cévních stenóz je perkutánní transluminální angioplastika (AMBLER, 2006).

1.7.2 TERAPIE AKUTNÍHO STÁDIA HEMORAGICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Léčba je zaměřená obdobně jako u ischemických CMP na preventivní opatření – obstrukce dýchacích cest, podpora respirace, úprava metabolismu aj. Oproti ischemiím u hemoragií je důležitá korekce hypertenze, ale musí se provádět pomalu a opatrně. Podle konkrétního stavu je důležitá léčba intrakraniální hypertenze a mozkového edému. Důležité je provedení CT vyšetření, kontraindikována jsou antikoagulantia. Operační indikace se provádí u expanzivně se chovající mozečkové hemoragii. U všech nemocných je indikována antideštičková terapie, především medikací kyseliny acetylsalicylové (Aspirin), účinnější se prokázala s kombinací dipyridamolu (Aggrenox). Hypolipodemika jsou indikována u některých hyperlipidemií, dnes se hlavně využívají statiny (AMBLER, 2006).

1.7.3 LÉČBA CHRONICKÉHO STÁDIA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Léčba chronického stádia po CMP (hemoragické i ischemické) se řídí neurologickým deficitem, který je dán především poruchou hybnosti (spastická hemiparéza), řeči (afázie nebo dysartrie), někdy závratěmi, poruchou rovnováhy. Fáze úpravy nebo možného zlepšení obvykle trvá 3-6 měsíců. Závažným následkem je vznik vaskulární demence. Nejdůležitější je kompletní rehabilitace, jejímž cílem je dosažení co nejlepšího začlenění pacienta do života, event. do práce a snížení závislosti na cizí pomoci. V medikamentózní léčbě se uplatňují látky vazoaktivní, antiagregační, nootropika, při reziduální spasticitě myorelaxancia (AMBLER, 2006).

1.8 PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ

Zotavování po CMP je dlouhodobý proces, který může trvat i několik let. Doba uzdravení závisí na typu mozkového iktu. Přibližně 1/3 pacientů s iktem získá zpět úplně – nebo téměř úplně – ztracené schopnosti a navrátí se během prvního roku ke svým předchozím aktivitám a životnímu stylu. Mladí lidé se zotavují rychleji než starší a asi 80 % přeživších pacientů mladších 40 let se vrací k nějakému druhu práce. Kolem 50 % pacientů mladších 65 let je schopno se vrátit do práce (KALVACHOVÁ et al., 2007).

1.9 LÉČEBNÁ REHABILITACE U PACIENTŮ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

„Základem rehabilitace (dále jen RHB) u pacientů po cévní mozkové příhodě je dosažení co největší funkční nezávislosti. Pacient po CMP je nucen všechno dělat sám a musí překonávat všechny bariéry, které na něho doma a ve společnosti čekají, pacient se znovu učí pomocí různých technik všechno zvládat sám a vrátit se tak zpět do normálního života“ (ŠULCOVÁ, 2013, s. 54-55).

Rehabilitační péče obsahuje následující složky:

- a) reedukace řeči (logopedická péče o fatické poruchy), snižování následků kognitivních poruch, ovlivňování poruch polykání.

- b) nácvik substitučních mechanismů, předcházení a ovlivňování komplikací (kloubní afekce, kontraktury, spastické postižení pohybového aparátu)
- c) psychoterapeutické působení
- d) pracovní RHB s cílem resocializace a návratu pracovní schopnosti pacienta a instruktáž rodinných příslušníků s cílem jejich zapojení do rehabilitace pacienta v rodinném prostředí (ŠKODA, 2012).

Rehabilitační ošetřovatelství vychází z Bobath konceptu. Mezi základní rehabilitační kroky, které provádí všeobecná sestra u imobilního pacienta na každé službě, patří polohování nemocného. Nevyhýbáme se polohování na postiženou stranu. Při rozvoji sebeobsluhy motivujeme pacienta k otáčení se ke stolečku. Stoleček postavíme na postiženou stranu (podporujeme bilaterální aktivitu trupu, protitotaci horního a dolního trupu). Zdravou končetinou lze na stoleček lépe dosáhnout, nemocného fyzioterapeut naučí jak se správně opírat o paretickou horní končetinu.

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PACIENTŮM

Sociální služba je činnost nebo soubor činností, které pomáhají člověku řešit nepříznivou sociální situaci. Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů (MAGISTRÁT MĚSTA BRNA, 2009).

Základní členění sociálních služeb:

1. Sociální poradenství – poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace.
2. Služby sociální péče – do služeb sociální péče patří: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčující služby, centra denních služeb, denní nebo týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení aj.
3. Služby sociální prevence – napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti (KALITA et. al., 2012).

2.1 SDRUŽENÍ PRO PACIENTY S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

Při onemocnění cévní mozkovou příhodou je nejdůležitější akutní lékařská péče v nemocnici. Po ukončení hospitalizace následuje většinou rehabilitační péče, kde dochází k úpravě stavu nemocného a propuštění do domácího léčení. Aby se nemocný mohl aktivně zapojit do běžného života, může zpočátku potřebovat pomoc od odborných služeb. Ty zajišťuje např. charita, ale také existují kluby a sdružení pro pacienty po CMP, které podporují tyto pacienty, snaží se jim pomáhat a rozvíjí problematiku tohoto onemocnění. Některé budou blíže přiblíženy.

2.1.1 SDRUŽENÍ CEREBRUM

CEREBRUM je sdružení osob a rodin po poranění mozku. Jejich cílem je podpora osob a rodin, jejichž životy jsou ovlivněny traumatizujícími následky poranění mozku. Členem sdružení se může stát kdokoli, zejména pak osoby po poranění mozku, jejich rodinní příslušníci, ošetřovatelé, profesionálové s nimi pracující nebo ti, kteří se o danou problematiku zajímají. Platí se zde členský příspěvek. Sdružení CEREBRUM poskytuje např. tyto služby: rehabilitačně-rekondiční program skládající se z tréninku kognitivních funkcí, léčebné tělesné výchovy, podpůrných skupin, svépomocných skupin pro rodinné příslušníky, ergoterapie, trénování paměti a pozornosti prostřednictvím PC programu, podpůrná skupina pro lidi s poškozením mozku. Aktivity jsou určeny pro skupinu max. 8 osob, nemocní si mohou vybrat konkrétní problematiku, nebo se zúčastňovat celého programu. Dále sdružení CEREBRUM poskytuje svépomocné skupiny pro rodinné příslušníky, poradenství, kurzy, přednášky, rekondiční pobyty aj. (CEREBRUM, 2007).

2.1.2 SDRUŽENÍ CMP

Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách (dále jen Sdružení CMP) je dobrovolným občanským sdružením, které od roku 1991 pomáhá v ČR spoluobčanům po mozkové mrtvici. Sdružení pořádá v různých rekreačních zařízeních čtrnáctidenní rekondiční pobyty s celodenním programem, zahrnující psychoterapii, léčebný tělocvik a logopedickou terapii. Program doplňují vycházky, večerní besedy a další společenská činnost. Pobyty jsou určeny dle doporučení lékaře pro postižené ve stabilizovaném zdravotním stavu, pro držitele průkazu ZTP/P s doprovodem člena rodiny. Dále Sdružení CMP zakládá v různých místech naší republiky kluby nemocných po CMP, ve kterých mohou účastníci rekondičních pobytů pokračovat v rehabilitaci a v řízené společenské činnosti. Sdružení CMP taktéž poskytuje poradenskou činnost. Od roku 1996 vydává 1-2x ročně pro členy časopis JAVOR, poskytující informace jednak o problematice CMP, ale také informace z běžného života týkající se členů Sdružení CMP. Sdružení průběžně pořádá přednášky a semináře (SDRUŽENÍ CMP, 2014).

2.2 SOCIÁLNÍ DÁVKY A PŘÍSPĚVKY PRO PACIENTY

Dávkami pro osoby se zdravotním postižením se předně zabývá zákon č. 329/2011 Sb., **o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením**. Tento zákon stanovuje druhy dávek, podmínky pro vznik nároku na výplatu dávek, způsob výplaty dávek, řízení o dávkách, okruh oprávněných osob, příslušnost správních orgánů. Dávky poskytované dle tohoto zákona jsou určeny ke zmírnění sociálních důsledků zdravotního postižení oprávněných osob a k podpoře jejich sociálního začleňování. Dle § 2 zákona se osobám se zdravotním postižením poskytuje příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku (ZÁKON č. 329, 2011)

2.2.1 PŘÍSPĚVEK NA MOBILITU

Na tento příspěvek mají dle § 6 zákona nárok osoby spadající do okruhu oprávněných osob ve smyslu § 3 zákona a současně starší 1 roku věku, které jsou držiteli průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P (je upraven také tímto zákonem), které se v kalendářním měsíci opakovaně za úhradu dopravují nebo jsou dopravováni a nejsou jim poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, domově pro seniory, domově se zvláštním režimem či ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Všechny tyto podmínky musí být naplněny kumulativně. Osobám, kterým jsou poskytovány výše uvedené pobytové sociální služby, může být příspěvek na mobilitu přiznán pouze z důvodů hodných zvláštního zřetele. Výše tohoto příspěvku činí 400 Kč za kalendářní měsíc (ZÁKON č. 329, 2011).

2.2.2 PŘÍSPĚVEK NA ZVLÁŠTNÍ POMŮCKU

Příspěvek na zvláštní pomůcku se stanovuje dle vyhlášky č. 388/2011 Sb., **o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením**, v příloze č. I. jsou uvedeny zvláštní typy pomůcek pro osoby s těžkou vadou nosného a pohybového ústrojí, pro osoby s těžkým zrakovým a těžkým sluchovým postižením. Pacienti po onemocnění cévní mozkové příhody spadají do kategorie s těžkou vadou nosného a pohybového ústrojí, mohou využívat dle zákona tyto pomůcky: dodatečnou úpravu motorového vozidla (ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku), stavební úpravy spojené s uzpůsobením koupelny a WC, mají nárok na speciální komponenty osobního počítače (uzpůsobená klávesnice,

myš, speciální programové vybavení), nájezdové ližiny, přenosnou rampu, stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě, motorové vozidlo, speciální zádržní systémy (VYHLÁŠKA č. 388, 2011).

Výší příspěvku na zvláštní pomůcku se zabývá § 10 zákona. Příspěvek na zvláštní pomůcku, jejíž cena je nižší než 24 000 Kč, je poskytován v případě, že příjem oprávněné osoby a osob společně s ní posuzovaných je nižší než osminásobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob. Z důvodů hodných zvláštního zřetele však může být příspěvek poskytnut, i když příjem částku osminásobku životního minima přesahuje. Spoluúčast oprávněné osoby pak má činit 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny, nejméně však 1 000 Kč. Výše příspěvku v případě, že cena pomůcky je vyšší než 24 000 Kč se stanoví tak, aby spoluúčast oprávněné osoby činila 10 % z ceny, přičemž maximální výše příspěvku činí 350 000 Kč a u příspěvku na pořízení schodišťové plošiny 400 000 Kč. Jestliže oprávněná osoba nemá dostatek financí, může být určena nižší míra její spoluúčasti, minimálně však 1 000 Kč. Příspěvek na pořízení motorového vozidla je stanoven s přihlédnutím k jiným aspektům a jeho maximální výše činí 200 000 Kč. Součet vyplacených příspěvků v 60 po sobě jdoucích kalendářních měsících pak nesmí přesáhnout částku 800 000 Kč či 850 000 Kč v případě, že byl poskytnut příspěvek na pořízení schodišťové plošiny (ZÁKON č. 329, 2011).

Podle zákona č. 108/2006 Sb., **o sociálních službách**, příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby a splňují podmínku nepříznivého zdravotního stavu, který trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje jejich funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb. Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Příspěvek na péči nemůže být přiznán dítěti, které je mladší než jeden rok. Výše příspěvku na péči je stanovena v § 11 zákona o sociálních službách. Zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, od mírné závislosti až po úplnou. O příspěvek je možné požádat na krajské pobočce Úřadu práce ČR, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt. Poté co je žádost podána, provede sociální pracovník tzv. sociální šetření, dále se žádostí zabývá posudkový lékař úřadu práce. Pro posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládnutí základní životní potřeby dle § 9 zákona (kompletně nový model posuzování LPS – 10 ucelených

úkolů v oblasti každodenního života): mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost). Výše příspěvku závisí na stupni závislosti na pomoci druhých a také na věku žadatele (ZÁKON č. 108, 2006).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

Hlavní roli u ošetrovatelské péče o pacienta s cévní mozkovou příhodou hraje čas. Je velmi důležité vyhodnotit, o jaký typ iktu se jedná, rychle provést základní diagnostická vyšetření a pacientovi poskytnout adekvátní péči. V akutním stavu jsou pacienti přijímáni na jednotku intenzivní péče, ve stabilizovaném stavu překládáni na oddělení neurologie. V této kapitole bude blíže popsána péče o pacienta na neurologickém oddělení v rámci Baťovy nemocnice ve Zlíně.

3.1 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ BĚHEM HOSPITALIZACE

Pacienti v akutním stádiu cévní mozkové příhody jsou přijímáni na jednotku intenzivní péče (dále jen JIP), vyžadující intenzivní péči, kontinuální sledování. Při příjmu je provedeno CT vyšetření mozku a RTG srdce, plic. Pacienti jsou napojeni na monitor snímající tlak, puls, saturaci kyslíkem, dýchání, EKG křivku. Sestra zajistí žilní linku, buď zavedením periferního žilního katetru, nebo je lékařem zaveden centrální venózní katetr. Dále sestra odebere základní odběry krve (biochemii, krevní obraz + diferenciál, koagulace, sedimentaci, odběr moče chemicky + sediment). U pacienta v bezvědomí se zavádí permanentní močový katetr (dále jen PMK), podává se infuzní terapie, sleduje se bilance tekutin, na JIP á 4 hodiny, na oddělení neurologie á 24 hodin. U pacienta s ischemickou CMP dle indikace lékaře provádíme do 4 hodin po přijetí léčbu trombolýzou. Během hospitalizace monitorujeme základní fyziologické funkce (TK, P, D, TT, EKG). Po stabilizaci stavu, nebo pokud stav nemocného při přijetí nevyžaduje intenzivní péči, jsou pacienti překládáni na standardní oddělení.

3.1.1 POLOHA A POHYBOVÝ REŽIM

Pacienta na jednotce intenzivní péče uložíme na polohovací lůžko s antidekubitární matrací. Dbáme u něho na prevenci vzniku dekubitů, pravidelně pacienta á 2 hodiny přes den polohujeme, v noci polohujeme každé 3 hodiny. Využíváme antidekubitních pomůcek (antidekubitní matrace, antidekubitní kolečka,

podpatěnky, gymnastické míčky do rukou, využíváme polštáře, perličkové polohovací šnky aj.). Pacienti s hemoragickými CMP musí dodržovat 30° klidový režim, dokud kontrolní CT vyšetření neprokáže vymizení hematomu.

3.1.2 MONITORACE

V akutním stádiu sledujeme celkový stav nemocného, příznaky onemocnění (v prvních 72 hodinách je pacient nejvíce ohrožen edémem mozku), fyziologické funkce - na JIP je pacient kontinuálně napojen na monitor, na standardním oddělení monitorujeme dle indikace lékaře krevní tlak, puls, teplotu, případně saturaci kyslíkem. Sledujeme průchodnost dýchacích cest, dle stavu nemocného aplikujeme O₂ terapii, inhalaci. Zavedeme žilní linku, sledujeme známky zánětu (začervenání, hematom, otok), průchodnost, bolestivost pacienta. U nesoběstačných pacientů vedeme bilanci tekutin.

3.1.3 HYGIENICKÁ PÉČE

V akutním stádiu a dle stavu nemocného provádí hygienickou péči o pacienta sestra. Hygienická péče se provádí 2x denně, alespoň 1x týdně celková koupel na lůžku ve sprše. Při hygieně sestra sleduje stav pokožky, výskyt dekubitů, opruzenin, modřin, změny barvy kůže. Sleduje také pohyblivost končetin, pohyblivost pacienta v lůžku. Kůži promašťuje vhodnými přípravky (Kafrem, Menalind mast, Ondřejova mast), mimořádnou péči věnuje rizikovým místům pro vznik opruzenin (v podpaží, tříselná oblast, u žen pod prsy, u obézních lidí pod břichem) a predilekčním místům (v poloze na zádech v okolí hrbolu kosti týlní, nad 7. krčním obratlem, hřebeny lopatek, lokty, nad kostí křížovou, hýždě, paty; při poloze na boku se dekubitus může vyskytnout ve spánkové krajině, v oblasti ramenního kloubu, na loktech, v oblasti kyčelního kloubu, hřebenu kosti kyčelní, zevní straně kolen, kotnících). Sestra zvýšeně pečuje o dutinu ústní (čištění zubů, vytírání boraxglycerolem a štětičkami), pečuje o oči, uši, nos, vlasy. Pečuje o hygienu genitálu, okolí močového katetru. Pokud je pacient při vědomí, snaží se ho zapojit do hygienické péče. Dbá na to, aby zapojoval do hygieny i postiženou horní končetinu. Vloží mu na postiženou ruku žínku, nemocný uchopí do zdravé ruky postiženou končetinu a touto končetinou si myje obličej, hrudník, využívá tak prvků bazální stimulace.

3.1.4 VÝŽIVA A HYDRATAČE

U pacienta, který přijde na oddělení, zjišťujeme, zda dodržuje nějakou dietu, dle toho objednááme stravu. U pacientů, kteří nemají zuby a mají obtíže s polykáním, podáváme mletou stravu, dle potřeby nemocného krmíme. Před podáváním stravy uložíme pacienta do zvýšené (Fowlerovy) polohy, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Před jídlem a po jídle umožníme pacientovi umýt si ruce. Pokud není pacient schopen přijímat stravu ústy, zavádíme mu nasogastrickou sondu (dále jen NGS). Enterální výživu můžeme podávat bolusovými dávkami každé 3 hodiny (dle standardů oddělení) nebo kontinuálně přes enterální pumpu. Na našem oddělení krmíme pacienty bolusovými dávkami pomocí Janetovy stříkačky á 3 hodiny přes den, s noční šestihodinovou pauzou. Při krmení nasogastrickou sondou postupujeme dle standardů oddělení: nejdříve po zavedení propláchneme sondu 50 ml čaje, postupně dávky zvyšujeme. Při dobré průchodnosti a vstřebatelnosti pacientem, podáváme 250 ml enterální výživy (Nutrison, Diason), poté propláchneme 50 ml převařené vody. Po podání stravy nadrtíme pacientovi léky. Sonda může být zavedena maximálně 6 týdnů. Po nakrmení necháme pacienta ještě 15 min ve zvýšené poloze, aby nedošlo ke zvracení, aspiraci. Pečujeme o dostatečný pitný režim. Monitorujeme bilanci tekutin, zapisujeme množství stravy a tekutin za 24 hodin. Dle stavu pacienta podáváme parenterální výživu, zavedením periferního žilního katetru, popř. centrálního venózního katetru.

3.1.5 VYPRAZDŇOVÁNÍ

Pacienti v bezvědomí či s močovou inkontinencí mívají zavedený permanentní močový katetr (dále jen PMK), sledujeme u nich množství moče, barvu, příměsí, konzistenci, vedeme bilanci tekutin. Na JIP zapisujeme množství moče á 4 hodiny, na standardním oddělení zapisujeme množství moče za 24 hodin. Denně vyměňujeme sběrný močový sáček, dbáme na riziko infekce, pečujeme o okolí zavedení, dezinfikujeme Octeniseptem. Sledujeme vyprazdňování stolice, u ležících pacientů předcházíme riziku vzniku zácpy, pravidelně polohujeme, pečujeme o pokožku v oblasti genitálu.

3.1.6 AKTIVITA, CVIČENÍ

U pacientů s cévní mozkovou příhodou je důležité co nejdříve začít s rehabilitací, často jsou pacienti postiženi paretickými či plegickými končetinami, poruchou řeči. Nejdůležitější činností všeobecné sestry a ošetrovatelek na oddělení je pravidelné polohování. Přes den polohujeme pacienty á 2 hodiny, v noci á 3 hodiny dle standardu oddělení. Pacienty polohujeme i na postiženou stranu. Osobní stoleček, močovou láhev jim dáme na postiženou stranu, musí se přetáčet přes postiženou končetinu, procvičují tak svaly v ramenním kloubu. Do paretické či plegické končetiny vložíme pacientům míček, jednak na uvědomění si vlastního těla, jednak na procvičování úchopového hmatu. Důležitou součástí rehabilitace je dechové cvičení, jedna z běžných věcí, které po pacientech požadujeme, pokud jsou nesoběstační, je pití vody brčkem, můžeme je naučit pár základních dechových cvičení, jako je probublávání vody brčkem, prohloubený vdech a výdech; dlouhý nádech, prudký krátký výdech; vdech, přerušovaný výdech (š,š,š) aj. K pacientům pravidelně dochází fyzioterapeut, v případě fatické poruchy logoped. Pokud to stav pacienta dovoluje, snažíme se ho co nejvíce zapojovat do péče o sebe sama. Posazujeme pacienty s nohama dolů k jídlu, zapojujeme je do hygienické péče, ve spolupráci s fyzioterapeutem nacvičujeme chůzi po pokoji, chodbě, vybízíme pacienty k aktivizaci.

3.1.7 SPÁNEK A ODPOČINEK

Pacienti s cévní mozkovou příhodou by měli zejména v akutním stavu dostatečně odpočívat, mít dostatek spánku a odpočinku. Pacienty bychom neměli v noci zbytečně zatěžovat, budit je.

3.1.8 VNÍMÁNÍ, POZOROVÁNÍ

CMP sebou přináší mnoho změn smyslového vnímání a myšlenkových procesů, někdy i s poruchou komunikace. U nemocného zjišťujeme úroveň komunikace, orientaci místem, časem, prostorem. U pacientů s fatickou poruchou je nutné komunikovat pomalu, zřetelně artikulovat, vyhradit si pro ně dostatek času, nespěchat, poskytnout jim blok a tužku na psaní, aby mohli vyjádřit své potřeby a přání. K nemocným přistupuje s ohledem, dopomáháme jim najít pocit jistoty a bezpečí, mluvíme v klidu, pomalu, s každým výkonem je seznámíme, vše důkladně vysvětlíme. U pacientů v bezvědomí či nesoběstačných pacientů využíváme prvků bazální stimulace.

3.1.9 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

U pacientů s CMP dochází náhle ke změně jejich tělesného stavu, mohou se u nich vyskytovat hemiparézy, hemiplegie. Pacienti jsou často odkázáni na pomoc druhých lidí. Zejména u mladších ročníků může toto omezení hrát velikou roli v psychice. Pacienti se těžko vyrovnávají s ochrnutím, nemůžou se sami o sebe postarat, sami provést hygienu, obléci se, najíst se, toto vše má výrazný dopad na jejich psychickou pohodu. Pacienti nemusí být trpěliví, je narušena jejich sebeúcta, můžou mít strach, jsou úzkostliví, podráždění. Velmi trpí i jejich sociální stránka, jsou odloučeni od rodin, v cizím prostředí, lidé ve středním věku chodí do práce, musí živit rodiny, starat se o děti, popř. vnoučata. Toto vše se odráží v jejich chování, sestry by proto měli k pacientům přistupovat s velkým ohledem, chápáním a být trpělivé. Je potřeba věnovat pozornost i rodinným příslušníkům, kteří nevědí jak s nemocným komunikovat.

3.2 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče je závislá na délce trvání poruchy vědomí. Po zvládnutí kritického období, je vhodné nemocného umístit do rehabilitačního ústavu či na rehabilitační oddělení, kde se pod odborným dohledem znovu učí začlenit do každodenního života a pokračují v rehabilitaci.

Po ukončení rehabilitační péče je pacient propuštěn do domácího léčení. Ze začátku je dobré požádat o pomoc odbornou zdravotní domácí péči – např. charitu, která bude nadále pokračovat v rehabilitaci s pacientem, procvičovat chůzi, mluvení, jemnou motoriku aj. Pro rodinné příslušníky může být péče o nemocného ze začátku obtížná, ať už po psychické stránce, zejména však i po stránce finanční. Zpravidla bývá nutné upravit vybavení bytu – WC a koupelnu opatřit madly, do sprchového koutu či vany koupit protiskluzovou podložku, nástavce na WC, sedačku do vany, koupelnu vybavit speciálními dávkovači na mýdlo, odstranit prahy u dveří, volné koberce na chodbě, umožnit překonání schodů (vybudovat v bytě nájezdové rampy), uložit nemocného do pokoje, kde nemusí zdolávat žádné překážky, schody apod., má blízko WC a do koupelny. Pacient nejspíše bude potřebovat kompenzační pomůcky (berle, chodítko, v těžším stádiu pojízdný klozet, polohovací postel). Pacient by měl chodit vždy v pevných botách s protiskluzovou podrážkou, pro lepší motorickou manipulaci horních končetin vyměnit knoflíky na svetrech a košili za zipy, popř. trička, naučit se pracovat

s obouvatkem bot. Ve výše uvedené kapitole byly zmíněny možnosti příspěvků, na které má nemocný nárok. V dnešní době se dá sehnat mnoho kompenzačních pomůcek, je jimi vybavena např. oblastní charita, kde nemocný bydlí. Pomůcky si od nich lze zapůjčit na dobu neurčitou za případný poplatek. Dají se také zakoupit z katalogů, internetu. Vždy je potřeba zvážit, jaký typ pomůcky by nemocný potřeboval.

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potenciální problémy péče o zdraví, stanovit plány pro splnění stanovených cílů, poskytnou specifické ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich účinnost“ (SYSEL et al., 2011, s. 34).

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti kroků: posuzování, diagnostika, plánování, realizace, hodnocení. Ošetřovatelský proces je cyklický, všechny jeho složky následují v logickém pořadí za sebou, avšak v tom stejném čase může být v činnosti více složek najednou. Všechny jeho kroky se navzájem ovlivňují a úzce spolu souvisejí. Úspěch ošetřovatelského procesu závisí na otevřené, smysluplné komunikaci mezi sestrou a pacientem a komunikaci sester navzájem mezi sebou ve spolupráci s lékařem, fyzioterapeutem či jinými nelékařskými profesemi (SYSEL, 2011).

4.1 PRVNÍ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – POSUZOVÁNÍ

„Posuzování je záměrný a systematický proces získávání logicky uspořádaného souboru údajů o pacientovi, nejen při vstupním pohovoru, ale i během celé doby kontaktu sestry a pacienta“ (SYSEL et al., 2011, s. 41).

Posuzování zahrnuje všechny informace získávané sestrou, nevyhnutelné pro aktivní individuální péči, všechny priority označené pacientem, také očekávání pacienta vzhledem k jeho potřebám, problémům, léčebným výkonům a jeho vnímání onemocnění. Informace získává sestra od pacienta, rodinných příslušníků, vlastním pozorováním a fyzikálním vyšetřením, z dokumentace, od ostatních zdravotnických pracovníků. Údaje může získávat metodou rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením (tzv. fyzikální assesment). Cílem získání informací je založení databáze o pacientovi. Údaje můžeme rozdělit na subjektivní (kde pacient vyjadřuje, co cítí, jak

co vnímá) a objektivní (co můžeme nějak vyhodnotit, změřit, ověřit apod.). Informace si systematicky zaznamenáváme, postupujeme dle Maslowovy hierarchie potřeb (SYSEL et al., 2011).

V první fázi ošetrovatelského procesu pacienta posuzujeme. Ihned při příjmu si všímáme, v jakém stavu pacient přichází, jak se vyjadřuje, všímáme si jeho fyzických změn (parézy/plegie), řeči, tělesné konstituce, úrovně soběstačnosti. Během první fáze ošetrovatelského procesu sestra s pacientem provádí rozhovor, kde podrobně zjišťuje pacientovu anamnézu, všímá si fyzikálního vzhledu (assessmentu), posuzuje pacienta „od hlavy k patě“. Zaměřuje se na jeho biologické, psychické, sociální, duševní potřeby a problémy. Zjišťuje prodělaná onemocnění v minulosti, důvod nynějšího přijetí, sociální anamnézu (kde a s kým pacient žije), rodinnou anamnézu (možnost výskytu CMP v rodině či jiné nemoci a úmrtí v rodině), pracovní anamnézu (pracující x důchodce, druh vykonávané práce), alergie, abúzy (kouření, pití alkoholu, užívání drog), v neposlední řadě farmakologickou anamnézu (užívání léků). Dále si u pacienta všímá pohyblivosti (výskytu parézy či plegie), úrovně vyjadřování (fatické poruchy), stavu vědomí, sleduje reakce zornic, úroveň paměti, monitoruje fyziologické funkce (dýchání, tepovou frekvenci, krevní tlak, teplotu). Ptá se na biologické potřeby pacienta (příjem potravy, tekutin, vyprazdňování, problémy se spánkem, zjišťuje úroveň soběstačnosti, psychickou stránku pacienta. U pacienta se mohou provést testovací škály, např. Mini Mental test (na zjištění úrovně stavu vědomí), Barthelův test základních všedních činností (úroveň soběstačnosti) či IADL (úroveň soběstačnosti v domácím prostředí). Informace od pacienta sestry doplní svým vlastním subjektivním postojem k pacientovi, z lékařské příjmové zprávy, z karty obvodního lékaře, konzultací s rodinnými příslušníky a kolektivní spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem (všeobecné sestry, ošetrovatelky).

4.2 DRUHÝ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – DIAGNOSTIKA

„Ošetrovatelská diagnóza je zformulovaný ošetrovatelský závěr o stavu pacienta, je zaměřená na fyzické, psychické, sociální, a duševní problémy pacienta“ (SYSEL et al., 2011, s. 59).

Pro zpracování údajů sestra a pacient společně zhodnotí jeho zdravotní problémy, silné a slabé stránky (neboli zdravotní pozitiva a negativa). Ošetrovatelská diagnóza může být třísložková (nejčastější), či dvousložková.

- a) **Třísložková ošetrovatelská diagnóza** se vyskytuje u aktuální ošetrovatelské diagnózy tzv. **PES**. První složkou je **P (problém)** – což jsou odpovědi, reakce pacienta. Druhou složkou je **E (etiologie)** – faktory přispívající k odpovědím anebo pravděpodobně vyvolávající odpovědi, reakce pacienta. A třetí složkou je **S (symptom)** – znaky a příznaky jako určité charakteristiky problému pacienta.
- b) **Dvousložková ošetrovatelská diagnóza** je typická pro potenciální problémy pacienta. Potenciální ošetrovatelské diagnózy se formulují tehdy, kdy je možné předvídat odpovědi, reakce nebo problémy pacienta, např. nějaká rizika, predispozice. Skládá se pouze z **P** jako problému a **E** jako etiologie (SYSEL et al., 2011).

Mezi nejčastější aktuální ošetrovatelské diagnózy u pacientů s cévní mozkovou příhodou patří: **Porušená chůze, zhoršená pohyblivost, zhoršená schopnost přemístit se** z důvodu cévního onemocnění mozku projevující se neschopností vykonávat každodenní činnosti, dopomocí při chůzi, dopomocí při přesunu lůžko-židle. **Porucha řeči** z důvodu fatické poruchy po prodělání CMP projevující se neschopností vyjádřit se, sníženou schopností komunikovat, zhoršenou mluvou. **Porušené polykání** z důvodu zavedení nasogastrické sondy projevující se neschopností přijímat stravu per os. **Porušené vyprazdňování** z důvodu tělesných změn po prodělání CMP projevující se zácpou či průjmem. **Deficit sebepěče** z důvodu postižení paretické horní končetiny projevující se nehybností končetiny, neovladatelností končetiny. **Porucha sexuality** z důvodu onemocnění mozku projevující se neschopností aktivizovat pohlavní styk. **Porucha smyslového vnímání doteku** z důvodu cévní mozkové příhody projevující se brněním, mravenčením. **Zvýšená únava** z důvodu cévního onemocnění mozku projevující se sníženou výkonností, verbalizací únavy, nedostatku sil. **Opomíjení jedné strany těla** z důvodu Neglect syndromu projevující se nezapojováním postižené končetiny do denních činností. **Beznaděj** z důvodu částečného ochrnutí projevující se nevyrovnaností se situací, odevzdaností, apatií. **Deficitní znalost** z důvodu onemocnění CMP projevující se neznalostí nemoci, nedostatku informací. **Narušený chod rodiny**

z důvodu onemocnění rodinného příslušníka cévní mozkovou příhodou projevující se nutností postarat se o příbuzného, vytvořit pro něho uspokojivé a bezpečné podmínky.

Mezi nejčastější potenciální diagnózy můžeme zařadit: **Riziko aspirace** z důvodu porušeného polykání. **Riziko pádu** z důvodu omezení pohyblivosti. **Riziko situačně snížené sebeúcty** z důvodu cévní mozkové příhody, ochabnutí svalstva, deficitu sebepečce. **Riziko imobilizačního syndromu** z důvodu nedostatečného pohybu a rehabilitace. **Riziko deficitu tělesných tekutin** z důvodu nedostatečného příjmu tekutin. **Riziko infekce** z důvodu zavedení PMK, PŽK, NGS, CVK. **Riziko inkontinence moči** z důvodu ochabnutí močového svěrače.

4.3 TŘETÍ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – PLÁNOVÁNÍ

Plánování v ošetrovatelství je proces stanovení ošetrovatelských strategií, nebo intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových bio–psycho–sociálně–duševních problémů, zjištěných během diagnostické fáze ošetrovatelského procesu (SYSEL et al., 2011). Plánování využívá údaje získané během 1. kroku posuzování a diagnostického závěru v druhém kroku ošetrovatelského procesu. Proces plánování rozdělujeme do 6 etap:

- a) Stanovení priorit – stanovíme pořadí, které problémy pacienta (a tím i ošetrovatelské diagnózy) vyžadují řešení jako první, které jako druhé. Nejčastějším používaným modelem pro stanovení priorit je Maslowova hierarchie potřeb. Rozlišujeme několik priorit: Vysokou prioritu mají potřeby ohrožující život a vyžadující si okamžité řešení. Střední prioritu mají problémy, které ohrožují zdraví pacienta a vyžadují si rychlé řešení. Nízkou prioritu mají problémy pacienta, které nejsou pro udržení jeho života nevyhnutelné a nevyžadují si urgentní řešení.
- b) Stanovení pacientových cílů – „*Cíl je očekávaný výsledek nebo změna ve zdravotním stavu pacienta*“ (SYSEL et al., 2011, s. 81). Rozdělujeme krátkodobé a dlouhodobé cíle pacienta. Krátkodobé se zaměřují na bezprostřední problémy a potřeby pacienta, stanovují se na krátký časový úsek a vyskytují se

v ošetrovatelství nejčastěji. Dlouhodobé cíle se stanovují na delší časové období, obvykle u pacientů, kteří mají chronické onemocnění.

- c) Stanovení výsledných kritérií – „*Kritérium je model, neboli měřítko, které je možné použít při hodnocení. Je určující znak využívaný pro porovnávání více jevů, aneb jako hledisko při posuzování*“ (SYSEL et al., 2011, s. 83). Pro jeden problém (cíl) pacienta se stanovuje minimálně 3-6 výsledných kritérií. Výsledné kritérium se týká jednoho specifického výsledku, musí být co nejspecifičtější a nejkonkrétnější, musí být hodnotitelné a měřitelné.
- d) Plánování ošetrovatelských intervencí – Ošetrovatelské intervence jsou činnosti sester zvolené pro léčbu problémů pacienta při ošetrovatelských diagnózách, zaměřené na dosažení cílů pacienta.
- e) Konzultování – je poslední fází plánování, znamená poradu s jinými zdravotnickými pracovníky, včetně jiných sester, podílejících se na ošetrovatelském procesu, vyhledávají rady, objasňují si problémy týkající se pacienta (SYSEL et al., 2011).

V této fázi sestra stanovuje u pacienta cíle, jichž chce dosáhnout, sestavuje ošetrovatelské intervence dle priorit. Některé ošetrovatelské intervence, vztahující se na pacienta s cévní mozkovou příhodou:

- zjistí úroveň postižení a typ CMP (hemoragická x ischemická),
- zjistí stav vědomí, úroveň komunikace, orientaci místem, časem, prostorem,
- proved' u pacienta škály na zjištění rizika pádu, Barthelův test základních všedních činností, Mini Mental Test Exam, Glasgow Coma Scale,
- pravidelně pacienty informuj o všech vyšetřeních a činnostech, které u nich provádíme.

U nesoběstačného pacienta:

- ulož pacienta na lůžko, pravidelně pacienta polohuj dle standardu oddělení, prováděj u pacienta hygienickou péči,
- pečuj o výživu - pomáhej pacientovi při příjmu stravy, popř. nakrm pacienta či zajisti enterální výživu do NGS, pečuj o NGS (pravidelně ji polohuj, vyměňuj lepení, vyměňuj ji dle standardu oddělení),

- pečuj o vyprazdňování pacienta – sleduj vyprazdňování stolice, v případě potřeby podávej laxativa; sleduj vyprazdňování moče – barvu, příměsi, zápach, množství, v případě zavedení PMK sleduj množství moče, pravidelně dezinfikuj ústí močové trubice Octeniseptem, umísti sběrný močový sáček pod úroveň močového měchýře,
- pečuj o kůži pacienta, zvýšený pozor dej na predilekční místa, sleduj opruzeniny, pravidelně kůži pacienta promazávej,
- zvýšenou péči věnuj dutině ústní – používej sterilní jednorázové štětičky, vytírej ústa Boraxglycerolem, pečuj o zuby, pravidelné čištění, zjisti přítomnost zubní protézy,
- zajisti pacientovi cvičení s fyzioterapeutem, podílej se na RHB péči, postupně pacienta vertikalizuj,
- pojízdný stoleček umísti u pacienta s hemiparetickou končetinou na postiženou stranu,
- podporuj pacienta v péči o sebe sama a začleňuj ho do péče při hygieně, polohování,
- u pacientů s hemoragickou CMP dbej na dodržování 30° klidového režimu,
- předcházej vzniku infekce u zavedení PŽK, CVK, pravidelně dle standardu oddělení vyměňuj katetr, pracuj za sterilních podmínek,
- u zavedení tracheostomie (dále jen TCHS) – pravidelně TCHS kanylu vyměňuj (dle standardu oddělení), pečuj o dýchací cesty pacienta (v případě potřeby odsávej, měř SO₂),
- monitoruj fyziologické funkce - TK, P, D, TT, stav vědomí.

4.4 ČTVRTÝ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – REALIZACE

Realizace znamená vykonávání ošetřovatelských intervencí zaznamenaných v plánu ošetřovatelské péče v praxi. Je zaměřená na vykonávání ošetřovatelských činností k dosažení stanoveného cíle. Při realizaci jsou potřebné tři kategorie dovedností: kognitivní, interpersonální a technické. Kognitivní (intelektové) dovednosti zahrnují řešení problémů, přijímání rozhodnutí, kritické myšlení a kreativitu. Interpersonální dovednosti jsou všechny činnosti, které jedinci používají při vzájemné komunikaci. Interpersonální činnosti jsou potřebné při všech ošetřovatelských

činnostech a aktivitách. Technické dovednosti jsou manuální dovednosti v ošetrovatelských výkonech a dovednosti v práci s technickým zařízením. Rozlišujeme tři typy ošetrovatelských činností: Nezávislé ošetrovatelské činnosti – jsou takové činnosti, které sestra vykonává sama, bez příkazu lékaře, dle vlastního uvážení. Závislé ošetrovatelské činnosti vykonává sestra na příkaz lékaře. A součinné ošetrovatelské činnosti vykonává sestra společně s dalším ošetrovatelským a lékařským týmem. Je velmi důležité, aby si sestra vše, co vykoná, zaznamenávala (SYSEL et al., 2011).

Při příjmu pacienta seznámíme s chodem oddělení, provedeme ho po oddělení. Zjistíme úroveň postižení, stav vědomí, dle toho nadále postupujeme. U soběstačných pacientů podáváme léky a plníme ordinace lékaře. Nesoběstačným pacientům pomáháme v péči o sebe sama. Pacientům obvykle zavádíme periferní žilní katetr, popř. lékař zavede centrální venózní katetr, do kterého aplikujeme ordinované infuze a nitrožilní injekce. U pacientů s inkontinencí moče zavádíme PMK u žen, u mužů asistujeme lékaři. Zjistíme pohyblivost pacienta a dle toho upravíme pohybový režim (imobilního pacienta pravidelně polohujeme, zaměřujeme se na predilekční místa a opruzeniny). Pečujeme o výživu pacienta – dle potřeby pacienta nakrmíme, pokud není schopen přijímat stravu p.o. zavádíme NGS, do které podáváme pravidelně bolusové dávky enterální výživy, popř. pomocí enterální pumpy. Pečujeme o dýchání – měříme fyziologickou hodnotu dechu, SO_2 , monitorujeme i ostatní fyziologické funkce (TK, P, TT). U pacientů v bezvědomí využíváme metody bazální stimulace (používáme kuličkové polohovací pomůcky, iniciální dotek, orální stimulaci, aj.). U pacientů s hemoragickou CMP dbáme na to, aby dodržovali 30° klidový režim, aby nedošlo k opakovanému krvácení do mozku a zvětšení edému. Podporujeme rehabilitační cvičení a aktivizaci pacienta.

4.5 PÁTÝ KROK OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU – VYHODNOCENÍ

Hodnocení je posouzení změn ve zdravotním stavu pacienta, změn jeho chování a reagování na činnosti způsobené sestrou. V této fázi posuzujeme, zda se nám podařilo dosáhnout vytyčeného cíle a kritérií (SYSEL et al, 2011).

5 SPECIFICKÝ OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

V této kapitole bude zpracován ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou na neurologickém oddělení v Baťově nemocnici. Pacient byl přijat 30. 12. 2013 na Anesteziologicko-resuscitační oddělení. Od 9. 1. 2014 přijat na neurologickou jednotku intenzivní péče (dále jen NJIP), 15. 1. 2014 přijat na neurologické mužské oddělení.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: H.J.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1934	Věk: 79 let
Adresa bydliště: Nedašov	RČ: 340000/00
Adresa příbuzných: Valašské Klobouky	Číslo pojišťovny: 111, Všeobecná zdravotní pojišťovna
Vzdělávání: základní	Zaměstnání: důchodce, dříve pracoval v šachtě
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 15. 1. 2014	Typ přijetí: neodkladné
Oddělení: neurologie muži	Ošetřující lékař: MUDr. Bártová Miroslava

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Pacient přeložen z neurologické JIP v komatózním stavu

Medicínská diagnóza hlavní:

I614 - Intracerebrální krvácení do mozečku – levá hemisféra

Medicínské diagnózy vedlejší:

Septikémie, pneumonie, akutní plicní nedostatečnost po mimohrudní operaci, tracheostomie, edém mozku, hypertenze, karcinom prostaty, aterosklerotická nemoc srdeční, perzistentní fibrilace síní, inkontinence moči, stp. po resekci dolního laloku plíce.

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 160/75 hypertenze	Výška: ležící pacient
P: 70´ normokardie	Hmotnost: ležící pacient, nelze
D: 17´ normopnoe, SO ₂ : 94 %	BMI: nelze
TT: 36,4°C	Pohyblivost: imobilní
Stav vědomí: vigilní kóma	Krevní skupina: A+

Nynější onemocnění:

Pacient byl přeložen z neurologické jednotky intenzivní péče na neurologické standardní oddělení dne 15. 1. 2014 jako vigilní komatózní stav po prodělané intracerebrální mozkové příhodě. Pacient měl zavedenou tracheostomickou kanylu, permanentní močový katetr, centrální žilní katetr (dále jen CVK), nasogastrickou sondu. U pacienta byla monitorována bilance tekutin, fyziologické funkce, pravidelnost vyprazdňování, riziko vzniku dekubitů. Pacient byl imobilní, byla u něj prováděna kompletní ošetrovatelská péče, byl napojen na O₂ terapii (5l/min), odsávání sputa z tracheostomické kanyly, byl pravidelně polohován, byla mu podávána antibiotika (dále jen ATB), infuzní terapie.

Informační zdroje:

Informace byly získány od sestry z NJIP při předávání pacienta, z lékařské dokumentace, ošetrovatelské dokumentace, informace od rodinných příslušníků.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: + v 85 letech na infarkt myokardu

Otec: + v 78 letech, hypertenze

Sourozenci: celkem 5, dva již zemřeli, ostatní bez výrazné lékařské diagnózy a zákroků

Děti: celkem 5, dcera astma bronchiale, dva synové hypertenze, ostatní děti bez výrazné lékařské diagnózy.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Stp. po resekci dolního laloku plíce (březen 2000), septikémie způsobená gramnegativními organismy, stp. suboccipitální kraniektomií s evakuací hematomu, poop. na ARO (prosinec 2013), pneumonie způsobená *Klebsiellou pneumoniae* (leden 2014), 10. 1. 2014 tracheostomie. Chronické onemocnění: hypertenze, inkontinence moči III. stupně, ICHS, Ca prostaty, zhoubný novotvar předstojné žlázy

Hospitalizace a operace: V dřívějšku již byl několikrát hospitalizován, např. pro resekci plicního laloku, viz výše.

Úrazy: v dětství zlomená pravá ruka, běžné dětské úrazy, žádné závažnější úrazy nebyly.

Transfuze: nepodána

Očkování: běžná dětská očkování + povinná očkování

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Amprilan	tbl.	5 mg	1-0-1	ACE inhibitor
Vasocardin	tbl.	50 mg	1-0-1	hypotenzivum
Digoxin	tbl.	0,125 mg	1-0-0	kardiotonikum
Furon	tbl.	40 mg	1-0-0	diuretikum
Furosemin	inj.	20 mg	dle BT	diuretikum
Fraxiparin	inj.	0,3 ml	v 8,00 h.	antikoagulancium
FR 1/1 500 ml + NaCl (od 16.-21.1.)	inf.	dle iontů	1-0-1	krystaloidní roztok + ionty
Lactulosa	sol.	20 ml	dle stolice	digestivum
Ambrobene (od 18.1.)	sol.	5 ml	1-1-1	expektorancium, mukolytikum
Ventolin	inh.	3 ml + 2 ml Aqua	1-1-1	bronchodilatancium
Panadol	tbl.	500 mg	při TT > 37,5°C	analgetikum
Amikin + FR (25-28.1.)	inf.	500 mg + 100 ml	1-0-1 (6-18 h.)	ATB
Amikin + FR (29.-30.1.)	inf.	1 g + 100 ml	1-0-0 (6.00 h.)	ATB

Imazol (od 22.1.)	ung.		1x denně	dermatologikum
Algifen (od 1.2.)	gtt.	20	36892	spasmoanalgetikum
ACC (od 22.1.)	inj.	1 amp.	1-0-0	mukolytikum

Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

ABÚZY

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekouří

Káva: nepije

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

Urologická anamnéza

Překonané urologické onemocnění:	Poslední návštěva u urologa: červen 2013
Inkontinence moči III. stupně (již 8 let), Ca prostaty HV kribriformní adenoca GC I.-III. stupně, stp. po léčbě Eligardem (listopad 2008), zhoubný novotvar předstojné žlázy (duben 2011).	Samovyšetření varlat: neprovádí.

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí s rodinou v rodinném domě

Vztahy, role a interakce v rodině: pěkné, navzájem se navštěvují, rodina spolu komunikuje

Vztahy, role mimo rodiny: Pacient měl v minulosti hodně kamarádů, stýkal se s nimi, nyní je pacient nesoběstačný, většina jeho vrstevníků zemřela.

Záliby: Pacient se rád stýkal se svými kamarády, rád sledoval v TV fotbal, hokej, v mládí sám aktivně hrával fotbal, měl rád práci na zahrádce, vlastnili malé hospodářství.

Volnočasové aktivity: práce na zahrádce, kolem domácnosti.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: základní

Pracovní zařazení: dělník

Čas působení, čas odchodu do důchodu: pacient pracoval cca 45 let jako dělník v šachtě, v roce 1990 odešel do starobního důchodu.

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: dobré, odpovídající dřívější době

Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: Pacient je věřící, římsko-katolické náboženství.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 16. 1. 2014

Pacient byl při překladu ve vigilním kómatu, nebylo možné od něj získat subjektivní údaje.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk		Lebka normocefalická, 30. 12. 2013 provedena suboccipitální kraniektomie s evakuací hematomu. V týlní oblasti jizva po kraniektomii. Hlava na poklep nebolestivá, držení hlavy přirozené, víčka suchá, oční bulby ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé. Zornice okrouhlé, izokorické, nereagují na osvit. Sluch nelze posoudit, nos přiměřeně veliký, rty růžové, suché, souměrné, jazyk se plazí středem. Zavedena nasogastrická sonda do pravé nosní dírky. Krční páteř pohyblivá, pulzace karotid symetrická. Lymfatické uzliny a glandula thyroidea nehmatná. 10. 1. zavedena plastická tracheostomická kanyla bez manžety č. 8
Hrudník a dýchací systém		Hrudník askenický, prsy symetrické. Dýchání oslabené, nutno aplikace kyslíku 5l/min přes tracheostomii. 4xdenně aplikace inhalace Ventolinu s Aquou přes tracheostomii. Z NJIP zaveden CVK. Odsávání z tracheostomické kanyly, hustě zahleněný sekret bělavé barvy.
Srdcově-cévní systém		Pacient se chronicky léčí s hypertenzí, ICHS, přetrvávající fibrilace síní. 1. 1. 2014 u něj byla provedena kardioverze. Při příjmu naměřena hypertenze.
Břicho a GIT		Břicho pod úrovní hrudníku, souměrné. Pacientovi jsou podávány bolusové dávky Nutrisonu do NGS 6x denně, vždy 200 ml Nutrisonu + 50 ml převařené vody s noční přestávkou. U pacienta bylo sledováno vyprazdňování, dle potřeby podáno digestivum - Lactulósa.
Močově-pohlavní systém		Pacient chronicky trpí inkontinencí moče, zaveden PMK č. 14, vedena bilance tekutin. Pacient se léčí s Ca prostaty.
Kostrově-svalový systém		Pacient je imobilní, polohován přes den á 2 hodiny, v noci á 3 hodiny. Uložen na antidekubitární matraci, využití antidekubitních pomůcek. Cvičení s fyzioterapeutem.
Nervově-smyslový systém		Pacient při překladu byl ve vigilním kómatu, nemožná slovní komunikace. U pacienta využívány prvky bazální stimulace, používán iniciální dotek, každý výkon komentován.

Endokrinní systém		Štítná žláza nezvětšená, zhoubný novotvar předstojné žlázy.
Imunologický systém		Alergie nejuje, afebrilní.
Kůže a její adnexa		Kůže suchá, pravidelně promazávána, v oblasti podbřišku malý puchýř v průměru 1 cm, promazáván Imazolem. Při překladu zavedený CVK 17. den. Do nosní dírky zavedena NGS, zavedena TCHS kanyla bez manžety č. 8

AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma		Pacient se doma zvládl najíst sám, stravu si ale nedokázal sám navařit či nakoupit. O jídlo se starala manželka.
	V nemocnici		Pacient má zavedenou NGS, byl pravidelně krměn 3 hodiny bolusovými dávkami 200 ml Nutrison + 50 ml převařené vody.
Příjem tekutin	Doma		Pacient doma vypil cca 1 litr tekutin.
	V nemocnici		Pacientovi byla podávána enterální a parenterální výživa, vedena bilance tekutin.
Vylučování moče	Doma		Pacient byl doma inkontinentní, používal plenkové kalhoty.
	V nemocnici		Pacient byl inkontinentní, měl zaveden PMK.
Vylučování stolice	Doma		Pacient zvládal doma vyprazdňování stolice bez obtíží.
	V nemocnici		Pacient byl inkontinentní, vyprazdňoval se do plenkových kalhot.
Spánek a bdění	Doma		Dle rodiny doma pacient problémy se spánkem neměl.
	V nemocnici		Pacient byl ve vigilním kómatu. Se spánkem problémy neměl.
Aktivita a odpočinek	Doma		Pacient se doma pohyboval po domě a dvorku.
	V nemocnici		Pacient byl imobilní, docházel za ním fyzioterapeut. Pacient byl pravidelně polohován dle standardů oddělení.

Hygiena	Doma		Pacient doma zvládal hygienu sám.
	V nemocnici		Pacient byl odkázán na péči sester v oblasti hygieny.
Samostatnost	Doma		Rodina udává, že se pacient doma o sebe dokázal částečně postarat, zvládl se sám najíst, obsloužit se na WC, během hygieny.
	V nemocnici		Pacient byl imobilní, odkázán na celkovou ošetrovatelskou péči.

POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí			Pacient byl přeložen ve vigilním kómatu.
Orientace			Pacient byl ve vigilním kómatu.
Nálada			Nelze posoudit.
Paměť	Staropaměť		Nelze posoudit.
	Novopaměť		Nelze posoudit.
Myšlení			Nelze posoudit.
Temperament			Rodina udává, že pacient byl sangvinik.
Sebehodnocení			Nelze posoudit.
Vnímání zdraví			Nelze posoudit.
Vnímání zdravotního stavu			Pacient ve vigilním kómatu, nevnímal svůj zdravotní stav.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění			Pacient nevnímal své onemocnění.
Reakce na hospitalizaci			Pacient na hospitalizaci reagoval dobře.
Adaptace na onemocnění			Pacient se na onemocnění adaptoval dobře.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)			Nelze posoudit.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)			Pacient byl několikrát již hospitalizován. Dle odpovědí rodiny, měl pacient s hospitalizací dobré zkušenosti.

POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální		Pacient byl ve vigilním kómatu, komunikace s ním nebyla možná.
	Neverbální		U pacienta nebyla zaznamenána zpočátku hospitalizace neverbální komunikace.
Informovanost	O onemocnění		Pacient byl o onemocnění informován lékařem.
	O diagnostických metodách		O každém vyšetření byl pacient poučen.
	O léčbě a dietě		Tyto informace byly poskytovány rodině.
	O délce hospitalizace		Tyto informace byly poskytovány rodině.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace.	Primární (role související s věkem a pohlavím)		Pacient byl ve vyšším věku, potřeboval kompletní ošetrovatelskou péči.
	Sekundární (související a rodinou a společenskými funkcemi)		Pacient je manžel a otec.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)		Pacient nemá žádné aktivity, dostatečně odpočívá, má rád návštěvy rodiny.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Hematologické a biochemické vyšetření krve ze dne 16. 1. 2014:

Výsledky:

Hematologie:	Hodnota:	Referenční mez:
Leukocyty:	11,4 x 10 ⁹ l	4,0-10,0
Erytrocyty:	3,21 x 10 ¹² l	4,00-5,80
Hemoglobin:	108g/l	135-175
Hematokrit:	0,309	0,400-0,500
Trombocyty	411x 10 ⁹ l	150-400
Biochemie:	Hodnota:	Referenční mez:
Natrium:	125mmol/l	135-145
Kalium	4,0mmol/l	3,8-5,1
Chloridy	96mmol/l	95-108
CRP	18,3mg/l	< 3,0

Konzervativní léčba:

Dieta: 0S, nic per os

Pohybový režim: imobilní

RHB: pasivní cviky s fyzioterapeutem

Výživa: enterální (200 ml Nutrison + 50 ml voda, podávána bolusovými dávkami á 3 hod. s noční pauzou (0,00-6,00 hod.)

Medikamentózní léčba:

Per os:

Amprilan 5 mg 1-0-0

Vasokardin 50 mg 1-0-1

Digoxin 0,125 1-0-0

Furon 40 mg 1-0-0

Ambrobene sol. 5 ml 1-1-1

Lactulosa dlp.

Panadol 500 mg (při TT > 35,7°C)

Algifen gtt. (od 1. 2.) 20-20-20

Intravenózní:

FR 1/1 500 ml + 20 ml 10% NaCl (*dle natrémie*)

ACC 1 amp. (od 22. 1.) 1-0-0

FR 100 ml + Amikin 500 mg (od 25. - 28. 2.) á 12 hod. (6-18)

Subcutální:

Fraxiparin 0,3 ml 1-0-0

Jiná:

Ventolin inh. 3 ml + 2 ml Aqua 1-1-1

Imazol na podbřišek

Chirurgická léčba: 0

SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient byl přeložen ve stabilizovaném stavu z neurologické JIP dne 15. 1. 2014 ve vigilním kómatu. Pacient přijat po intracerebrálním mozkovém krvácení. Pacient byl imobilní, napojen na O₂ terapii (5l/min), počet dechů 17/min, pravidelně á 2 hod. a dle potřeby odsávání sekret z horních cest dýchacích přes tracheostomii, krevní tlak 155/85 (hypertenze), pulz 78´ (normokardie) a tělesná teplota 36,6°C (normotermie). Pacient měl zavedenou nasogastrickou sondu 17. den, tracheostomickou kanylu 6. den, centrální venózní katetr 17. den a permanentní močový katetr 17. den. U pacienta byla prováděna komplexní ošetrovatelská péče (polohování, využíváme prvků bazální stimulace, hygienická péče, péče o vyprazdňování, podávání stravy přes nasogastrickou sondu bolusovými dávkami, péče o kůži). Pacient měl vedenou vyrovnanou bilanci tekutin, v týlní oblasti hlavy jizva po kraniektomii, pacient nekomunikoval s okolím.

SESTAVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA

TAXONOMIE I.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

Porucha vědomí z důvodu odsátí intracerebrálního hematomu, stavu po kraniektomii projevující se vigilním kómatem, GCS stupněm č. 3 (pacient byl těžce probuditelný, nereagující na oslovení).

Neefektivní tkáňová perfúze cerebrální z důvodu intracerebrálního krvácení projevující se komatózním stavem, kvadruplegií.

Neefektivní dýchání z důvodu nedostatku přívodu kyslíku v mozkových cévách projevující se dlouhodobou neschopností dýchat sám, zajištění dýchacích cest tracheostomií a nutností podávání kyslíkové terapie přes tracheostomii 5l/min, odsáváním sekretu z horních dýchacích cest (dále jen HCD).

Porušená tkáňová integrita z důvodu invazivních vstupů projevující se zavedením TCHS, CVK.

Porucha v příjmu výživy z důvodu zavedení tracheostomické kanyly a oslabení polykacího reflexu projevující se podáváním stravy přes nasogastrickou sondu.

Inkontinence moči funkční z důvodu nervové poruchy projevující se zavedením PMK.

Inkontinence stolice z důvodu ztráty ovládní rektálního sfinkteru projevující se nekontrolovatelným odchodem stolice.

Porucha verbální komunikace z důvodu poruchy prokrvení mozku, komatózního stavu projevující se nemožností navázat s pacientem verbální kontakt.

Deficit sebepečce z důvodu vigilního kómatu, kvadruplegie projevující se neschopností vykonat péči o sebe sama, odkázáním pacienta na ošetřovatelskou péči.

Přerušený život rodiny z důvodu onemocnění člena rodiny projevující se snahou postarat se o nemocného člena rodiny, návštěvy členů rodiny v nemocnici, omezení osobních aktivit.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení CVK, PŽK.

Riziko vzniku infekce dýchacích cest z důvodu zavedení tracheostomické kanyly.

Riziko vzniku infekce močových cest z důvodu zavedení PMK.

Riziko zácpy z důvodu imobilního pacienta.

Riziko vzniku dekubitů z důvodu imobilního pacienta.

Vzhledem k rozsahu bakalářské práce byly rozpracovány 3 ošetrovatelské diagnózy:

<p>Ošetrovatelská diagnóza č. 1: Neefektivní dýchání z důvodu nedostatku přívodu kyslíku v mozkových cévách projevující se dlouhodobou neschopností dýchat sám, zajištění dýchacích cest tracheostomií a nutností podávání kyslíkové terapie přes tracheostomii 5l/min, odsáváním sekretu z horních dýchacích cest.</p>
<p>Cíl: efektivní dýchání</p> <p>Priorita: vysoká</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none">- nedojde k rozvoji infekce po dobu zavedení TCHS kanyly,- saturace bude udržována nad 95 %,- TCHS kanyla bude pravidelně vyměňována za aseptických podmínek, postup dle standardů,- dojde k podávání O₂ dle ordinace lékaře,- odsávání sekretu z HCD dle potřeby pacienta.
<p>Intervence:</p> <ul style="list-style-type: none">- v péči o tracheostomii postupuj za sterilních podmínek – sestra,- při odsávání z tracheostomie používej sterilní ústenku a rukavice – sestra,- pečuj o tracheostomickou kanylu - pravidelně vyměňuj sterilní čtvereček pod TCHS – sestra,- dle potřeby pacienta odsávej sekret z HCD – sestra,- vyměňuj filtr na tracheostomii – sestra,- sleduj dýchání pacienta, monitoruj FF - D, SO₂ - sestra,- podávej pacientovi kyslík přes tracheostomii – sestra,- podávej pacientovi inhalaci dle ordinace lékaře - sestra,- šetrně manipuluj s tracheostomií během hygieny a polohování pacienta – sestra, ošetrovatelka,- pečuj o dutinu ústní u pacienta - vytírání dutiny ústní Boraxglycerolem a Stopanginem – sestra, ošetrovatelka.
<p>Realizace:</p> <p>Pozn.: Během ošetrovatelské péče o pacienta byly využívány prvky bazální stimulace, zejména iniciální dotek na levé rameno při příchodu a odchodu k pacientovi.</p>

- 6,30 provedena u pacienta ranní hygiena,
- 6,40 pacientovi byl odsán sekret z HCD, vytření dutiny ústní Boraxglycerolem a Stopanginem,
- 6,45 došlo k výměně sterilního čtverečku, pásky u tracheostomie,
- 6,50 výměna sterilního filtru u tracheostomie,
- 7,00 napojení pacienta na O₂ přes tracheostomii (5l/min),
- 8,00 podána inhalace přes tracheostomii (Ventolin 3 ml + 2 ml Aqua),
- 9,00 odsávání z tracheostomie - bělavě hustý sekret, výměna sterilního filtru, zvýšená péče o dutinu ústní (vytření dutiny ústní Stopanginem a Boraxglycerolem),
- 11,00 odsátí sekretu z tracheostomie - bělavě hustý sekret,
- 12,00 vytření dutiny ústní Stopanginem a Boraxglycerolem, podána inhalace s Ventolinem a Aquou, po aplikaci pacient napojen na kyslík,
- 14,00 odsávání sekretu z horních cest dýchacích,
- 17,00 odsávání sekretu z tracheostomie, napojení inhalace, monitorace saturace, zvýšená péče o dutinu ústní.

Hodnocení: U pacienta bylo efektivní dýchání, saturace se udržovala nad 95 %.

Ošetrovatelská diagnóza č. 2: Neefektivní tkáňová perfúze cerebrální z důvodu intracerebrální mozkové příhody projevující se odstraněním hematomu, vigilním kómatem, kvadruplegií.

Cíl: obnovení vigility

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient neupadne do těžkého kómatu,
- u pacienta budou během hospitalizace využívány prvky bazální stimulace,
- při každém kontaktu s pacientem, bude vedená přiměřená komunikace s pacientem vzhledem k jeho stavu,
- do odeznění hematomu dle CT vyšetření bude pacient polohován do 30° klidového režimu,
- u pacienta budou udržovány fyziologické funkce v normě,
- u pacienta po dobu hospitalizace nedojde k rozvoji dekubitů.

Plán intervencí:

- proved' škálu Glasgow Coma Scale – sestra,
- při příchodu k pacientovu lůžku použijev iniciální dotek a oslovení – sestra, lékař, rodina, jiný ZP,
- před jakýmkoliv výkonem pacientovi sděl, co jdeš provádět, vše komentuj – sestra, ošetrovatelka, lékař,
- pacienta pravidelně polohuj dle standardu oddělení, sleduj predilekční místa – sestra, ošetrovatelka,
- dodržuj u pacienta 30° klidový režim – sestra,
- u pacienta prováděj hygienickou péči, zvýšeně dbej na dutinu ústní, pečuj o vyprazdňování, stravování, kůži – sestra, ošetrovatelka,
- umožni pacientovi kontakt s rodinou – sestra, lékař,
- komunikuj s rodinou – sestra, lékař,
- doporuč rodině, aby přinesla věci, obrázky, ústní vodu, které měl pacient rád – sestra.

Realizace:

- v den příjmu provedena u pacienta škála Glasgow Coma Scale (viz příloha B), vyhodnocení 3 body,
- 6,30 proveden iniciální dotek na levé rameno a pacient byl osloven příjmením,
- 6,31 u pacienta zahájena hygienická péče, v průběhu hygieny komentován postup mytí,
- 6,45 u pacienta ukončena hygiena, proveden iniciální dotek ukončující činnost na levé rameno, sdělení ukončení činnosti,
- 7,00 proveden u pacienta iniciální dotek a oslovení, komentář prováděné činnosti, provedeny odběry krve,
- 7,05 pacient napolohován na pravý bok, dodržení 30° klidového režimu. Po napolohování u pacienta proveden iniciální dotek ukončující činnost,
- 8,00 proveden u pacienta iniciální dotek a oslovení, podány pacientovy léky do NGS, po ukončení proveden iniciální dotek na levé rameno,
- 9,00 za pacientem přišly 2 sestry, pacient napolohován na levý bok, dodržení 30° klidový režim, podána výživa do nasogastrické sondy. Před napolohováním a po ukončení podávání stravy u pacienta proveden iniciální dotek na levé rameno,
- 11,00 pacient napolohován na záda, před zahájením činnosti a po ukončení

- u pacienta proveden iniciální dotek,
- 12,00 u pacienta proveden iniciální dotek a oslovení, pacientovi podána strava do NGS, podány polední léky, po skončení u pacienta proveden iniciální dotek a sdělení odchodu sestry,
- 13,00 pacient napolohován na pravý bok, před zahájením činnosti a po ukončení u pacienta proveden iniciální dotek,
- 14,00 přišla za nemocným rodina, odebrána anamnéza o pacientovi od rodinných příslušníků. Rodina seznámena s dodržováním iniciálního doteku. Poučena o přístupu k pacientovi, názorně předvedeno. Rodina tyto pokyny dodržovala, při příchodu se dotknuli pacientova levého rameno a oslovili ho křestním jménem, dcery titulem „tatínku“, po celou dobu návštěvy ho drželi za levou ruku, po odchodu opět položili levou ruku na levé rameno pacienta,
- 15,00 u pacienta proveden iniciální dotek, pacient znova napolohován na levý bok, rodina pacientovi přinesla náboženské obrázky, pacient je věřící, pacientovi podána strava do NGS, před odchodem zdravotnického personálu opět u pacienta využit iniciální dotek
- 16,00 pacient dodržuje 30° klidový režim,
- 17,00 proveden u pacienta iniciální dotek, podány léky do NGS, pacient napolohován na záda, před odchodem proveden u pacienta iniciální dotek, rozloučení, sdělení ukončení denní směny,
- 18,00 pacient dodržuje 30° klidový režim.

Hodnocení: U pacienta nedošlo ke změně stavu kómatu v den posuzování.

Pozn.: 5. den hospitalizace se pacient probouzí z vigilního kómatu, 8. den hospitalizace snaha pacienta o komunikaci. 12. den hospitalizace pacient zvládne komunikovat s personálem (dokáže jednoslovně odpovídat: „ano/ne“, „bolí“, dokáže přikývnout).

Ošetrovatelská diagnóza č. 3: Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru a centrálního žilního katetru.

Cíl: Nedojde k rozvoji infekce, vyrovnaná bilance tekutin.

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- nedojde ke stagnaci moče po dobu hospitalizace,
- nedojde k rozvoji infekce v močových cestách,
- močový katetr bude pravidelně vyměňován dle standardu oddělení,
- CVK bude kontinuálně prokapáván FR, Plasmalytem,
- nedojde k rozvoji infekce v místě vpichu,

Intervence k CVK:

- proved' škálu klasifikační skóre infuzní flebitidy,
- sleduj okolí místa zavedení a známky infekce,
- sleduj lepení CVK, dle materiálu a stavu pacienta pravidelně lepení vyměňuj (při použití lepení Cosmopor i.v. - denně, při použití lepení Tegaderm á 4 dny),
- kontinuálně prokapávej CVK Plasmalytem či FR dle ordinace lékaře,
- při podávání léků do CVK postupuj za aseptických podmínek,

Intervence k PMK:

- sleduj okolí místa zavedení (rozvoj infekce - začervenání, bolest, stagnace moče aj.)
– sestra,
- sleduj průchodnost PMK, množství moče, veď bilanci tekutin u pacienta – sestra,
- denně dezinfikuj ústí močové trubice Octeniseptem a sterilními tampony – sestra,
- močový sáček umísti pod úroveň močového měchýře – sestra,
- pravidelně vyměňuj jednorázový močový sáček (á 1 den), močový sáček z NJIP vyměňuj á 14 dnů - sestra,
- dle standardu oddělení vyměňuj permanentní cévku močového katetru (u nás á 21 dní) - sestra.

Realizace:

- 0,00 podán Plasmalyte roztok pro prokapávání CVK na 24 hodin přes infuzní pumpu, rychlost podávání 42 ml/hod,
- 6,30 provedena hygiena genitálu,
- 6,35 během ranní hygieny provedena dezinfekce ústí močové trubice Octeniseptem a sterilními tampony,
- 6,45 odlepen sterilní čtvereček z CVK, provedena dezinfekce Softaseptem, nalepeno sterilní krytí určené na i.v. vstupy (Tegaderm, výměna krytí á 4 dny),
- 8,00 kontrola vstupu CVK, bez známek infekce, napojen FR 500 ml + Natrium chloridum 10% 20 ml dle ordinace lékaře, kapat 6 hodin,

- 9,00 kontrola množství moče, 300 ml moče,
- 10,00 kontrola aplikace infuzní terapie,
- 12,00 kontrola infuzní terapie, vylití množství moče ze sběrného sáčku, 1000 ml,
- 14,00 odpojen FR 500 ml s NaCl, CVK prokapáván Plasmalytem, kontrola močení, množství moče 300 ml,
- 15,00 kontrola aplikace infuzní terapie s Plasmalytem,
- 17,00 kontrola močení, množství moče 500 ml,
- 18,00 kontrola infuzní terapie s Plasmalytem, CVK průchodný, bez známek infekce, dle ordinace lékaře podán FR 500 ml + 20 ml 10% NaCl, kapat 6 hodin,
- 18,00 ukončení denní služby, předávání hlášení noční službě,
- 24,00 na našem oddělení uzavření vedení bilance tekutin, pacientova bilance tekutin dne 16. 1. 2014 byla v rozmezí 3750 ml příjem (z toho 1750 ml podávání enterální stravy Nutrisonu), 3200 ml výdej.

Hodnocení: U pacienta byla dne 16. 1. 2014 vedená bilance tekutin vyrovnaná. CVK i PMK bez známek infekce, průchodné. Cíl splněn.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cévní mozková příhoda je v dnešní době 2. nejčastější příčinou úmrtí v ČR. Všichni lidé by se proto měli zaměřit na včasnou prevenci vzniku tohoto onemocnění – nekouřit, nepít alkohol, dodržovat zdravý životní styl, pravidelně cvičit, nestresovat se. V posledních letech se ukázalo, že cévní mozková příhoda se začíná vyskytovat u čím dál mladších lidí.

Obecná doporučení pro pacienty:

- udržovat zdravý životní styl,
- pravidelně užívat předepsané léky,
- dodržovat doporučený klidový režim/rehabilitaci,
- aktivně se podílet na rozvoji soběstačnosti,
- pravidelně cvičit s fyzioterapeutem,
- dodržovat předepsanou péči,
- neztrácet kontakty s rodinou, kamarády,
- nevzdávat se svých koníčků a zájmů,
- vyhýbat se stresovým situacím,
- navštívit organizace pro CMP, najít si kamarády se stejným onemocněním.

Pro rodinu:

- nebát se setkání s nemocným členem rodiny, nebát se komunikovat s ním,
- požádat zdravotnický personál o vysvětlení nemoci, možných dopadech na pacienta,
- pravidelně nemocného navštěvovat v nemocnici,
- podporovat nemocného v samostatnosti,
- chválit nemocného,
- mít trpělivost s nemocným,
- dopřát nemocnému pocit jistoty a bezpečí,
- přizpůsobit byt nemocnému (dle možností rodiny a jeho postižení),
- pravidelně docházet s nemocným na kontroly, doprovázet ho.

Pro zdravotnický personál:

- podat pacientovi informace o jeho zdravotním stavu,
- komunikovat s pacientem (každý výkon, vyšetření mu vysvětlit),
- podporovat a chválit pacienta,
- vybudovat si u pacienta důvěru,
- zodpovídat pacientovi otázky,
- komunikovat s rodinou, snažit se ji začlenit do péče o pacienta,
- dodržovat léčebný režim u pacienta, plnit ordinace lékaře.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na provedení a zhodnocení ošetrovatelského procesu u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Cévní mozková příhoda je velmi závažné onemocnění, které si vyžaduje akutní lékařskou péči, a proto je důležité snažit se ji diagnostikovat již v začátku, nejlépe této nemoci předcházet. Mezi rizikové faktory cévní mozkové příhody řadíme stres, nezdravý životní styl, kouření, nadváha, nedostatečná pohybová aktivita, hormonální léčba. Všechny tyto faktory je možné ovlivnit zdravým životním stylem. Přesto pacientů s cévní mozkovou příhodou stále přibývá, a proto je také důležité zaměřit se na zkvalitnění ošetrovatelského procesu, což bylo cílem této práce.

Bakalářská práce se zabývá teoretickými poznatky o cévní mozkové příhodě, jejím rozdělením, příčinami, příznaky, vyšetřovacími metodami a léčbou. Zajímavou částí bakalářské práce, důležitou pro pacienty, byly zpracované poznatky o sociálních službách, druhy sociálních služeb pro pacienty po cévní mozkové příhodě, možnosti příspěvků (na mobilitu, vybavení domu, invalidní pomůcky), možnosti navštívit sdružení (organizace) pro pacienty, seznámit se tam s jinými pacienty trpícími stejným onemocněním. Třetí kapitola se zabývá popisem specifík ošetrovatelské péče u pacientů po cévní mozkové příhodě. Specifika byla sestavena dle Maslowovy hierarchie potřeb, zaměřující se na péči o pacienta během hospitalizace a následně pak v domácím léčení. Zaměřuje se na úroveň mobility, stravování, vyprazdňování, schopnosti provádět hygienickou péči, psychickou pohodu aj. Hlavní částí této práce bylo vytvoření ošetrovatelského procesu u pacienta s CMP, kde byly zaznamenány obecné poznatky o ošetrovatelském procesu – jeho fáze posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení. Tato kapitola byla taktéž zaměřena na specifika ošetrovatelského procesu u pacienta léčícího se s cévní mozkovou příhodou. Ošetrovatelský proces zahajujeme posouzením pacienta, byly zde uvedeny možné ošetrovatelské diagnózy, sestaveny předpokládané ošetrovatelské intervence, nejčastější prováděné ošetrovatelské zákroky. V poslední kapitole byl popsán ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Analyzovaný pacient byl přijat v bezvědomí, pro získání potřebných údajů bylo nutné zapojit rodinu, nebylo možné od pacienta získat subjektivní údaje. Celý ošetrovatelský proces byl přehledně shrnut v tabulkách. Velmi užitečným výsledkem důležitým pro ošetřování pacientů po cévní mozkové příhodě bylo vytvoření zpracování

doporučení pro praxi, ve kterém byly uvedeny specifické poznatky o cévní mozkové příhodě pro pacienty, rodinu a zdravotnickým personál.

Nejdůležitějším cílem bakalářské práce bylo zpracování ošetrovatelského procesu u jednoho pacienta. Tento cíl se, tak jak už bylo uvedeno výše, podařilo splnit. Dalším cílem bylo seznámit se s danou problematikou onemocnění. Tohoto cíle bylo také dosaženo, získané poznatky byly využity při psaní bakalářské práce. Největším úspěchem a odměnou bylo, že u analyzovaného pacienta došlo v průběhu hospitalizace ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Pacient byl přijat v bezvědomí, v průběhu hospitalizace na neurologickém oddělení se pacient postupně začal probouzet z vigilního kómatu, začal komunikovat a došlo k celkovému zlepšení jeho zdravotního stavu.

SEZNAM LITERATURY

AMBLER, Z., 2006. *Základy neurologie*. Učebnice pro lékařské fakulty. 6. vyd., Praha Galén a Univerzita Karlova - Karolinum. 351 s. ISBN 80-7262-433-4 a 80-246-1258-5.

BENDOK, BENDOK, R. *Hemorrhagic and ischemic stroke : medical, imaging, surgical, and interventional approaches*. New York: Thieme Medical Publishers, 2012 c. ISBN 101561316

CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin [online], CEREBRUM, 2007 (Copyright 2013). [cit. 10.3.2014]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/>.

ČEŠKA, R. et al., 2010. *Interna*. Svazek 1., 1. vyd. Praha: Triton. 317 s. ISBN 978-80-7387-629-6.

DIESTLEROVÁ, P., 2012. *Soužití s partnerem po mrtvici*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0348-3.

GOLDEMUND, D., REIF, M., 2014. *Cerebrovaskulární ambulance* [online]. Brno. [cit. 17.4.2014]. Dostupné z: <http://www.cmp-brno.cz/>.

HERZIG, R., 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.

CHONG, JI Y. *Cerebrovascular disease*. New York: Oxford University Press, 2013 c. ISBN 101594155.

KALINA, M. et al., 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA ZDENĚK et. al., Zlín 2012. *Kurz péče o nemocného s cévní mozkovou příhodou*. Studijní materiál pro CK. Střední zdravotnická škola a vyšší odborná škola zdravotnická Zlín.

KALVACHOVÁ, B., MATOUŠEK, S., 2007. *Cévní mozková příhoda – prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče[online]. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové, leden 2010-prosinec 2012. [cit. 22. 4. 2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5804.pdf>.

NĚMCOVÁ J. et al., 2013. *Skripta k předmětům Výzkumu v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Text pro posluchače zdravotnických oborů. Praha: Maurea. 106 s. ISBN 978-80-902876-9-3.

PETR, P., 2007. *Mozková mrtvice – prevence, výživová doporučení, recepty*. 1. vyd. Praha: Triton. 255 s. ISBN 978-80-7387-058-4.

Portál sociální péče ve městě Brně [online]. Magistrát města Brna, 2009.[vid. 10.3.2014]. Dostupné z: <http://socialnipece.brno.cz/texty/5/socialni-sluzby/>.

PROCHÁZKA, V., ČÍŽEK, V. et al., 2012. *Vaskulární diagnostika a intervenční výkony*. Praha: Maxdorf. 217s. ISBN 978-80-7345-284-1.

Sdružení CMP [online], Sdružení CMP, 1990-. [cit. 10.3.2014]. Dostupné z: <http://sdruzenicmp.cz/cz/sdruzeni-cmp/>.

SYSEL D., BELEJOVÁ, H. a MASÁR, O., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. 2. vyd. Brno: Tribun EU, 280 s. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. et al., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠKODA, O., *Diagnostika, léčba a prevence cévních mozkových příhod*. In: Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR. Roč. 22, č. 2 (2012). 46-55 s. ISSN 1212- 6152.

ŠULCOVÁ, A., *Stávající a rehabilitační metody u pacientů s CMP*. In: Sesta. Roč. 23, č. 3. (2013). 54-55 s. ISSN 1210-0404.

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Sbírka zákonů ČR. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Roč. 2005. Částka 136, s. 5018-5020.

WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D., 2006. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 396 s. ISBN 80-246-1020-5.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sbírka zákonů ČR. Praha: Parlament ČR. Roč. 2006. Částka 61, s.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Sbírka zákonů ČR. Praha: Parlament ČR. Roč. 2011. Částka 115, s. 3970-3994.

PŘÍLOHY

Příloha A – Rešerše.....	I
Příloha B – Glasgow Coma Scale.....	II
Příloha C - Barthelův test.....	III

Příloha A– Rešerše

VYPRACOVÁNÍ LITERÁRNÍ REŠERŠE

Místo: Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Středisko vědeckých informací – Lékařská knihovna

Vypracováno pro téma bakalářské práce: Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou

Datum: 9. 10. 2013

Jméno a příjmení: Monika Křápková, Dis.

Studentka 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. Praha 5, studijní obor všeobecná sestra

Palmer, Sara, Palmer, Jeffrey B. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah. Sara Palmer, Jeffrey B. Palmer; [Z anglického originálu ... přeložila Petra Diestlerová].* Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 223 s. (Rádcí pro zdraví). ISBN 978-80-262-0348-3.

Šeblová, Jiřina, Knor, Jiří. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. Jiřina Šeblová, Jiří Knor a kolektiv.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 400 s., XVI s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-4434-6.

Čížek, Vladimír. *Průvodce cévními chorobami pro pacienty. Vladimír Čížek.* Praha: Maxdorf, c2012. 218 s. ISBN 978-80-7345-297-1.

Procházka, Václav, Čížek, Vladimír. *Vaskulární diagnostika a intervenční výkony. Václav Procházka, Vladimír Čížek a kolektiv.* Praha : Maxdorf, c2012. 217 s. (Jessenius). ISBN 978-80-7345-284-1.

Příloha B – Glasgow Coma Scale

Glasgow Coma Scale (GCS)

- slouží ke kvantifikaci hloubky poruchy vědomí u dospělých

Otevření očí	Počet bodů
spontánní	4
na výzvu	3
na bolestivý podnět	2
žádné	1
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost	
orientován	5
dezorientován	4
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3
nesrozumitelné zvuky	2
bez reakce	1
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět	
vyhoví správně výzvě	6
cílená reakce na bolest	5
necílená reakce na bolest	4
flekční reakce na bolest	3
extenční reakce na bolest	2
bez reakce	1

Bolestivý podnět způsobíme tlakem kloubů prstů na sternum ve střední čáře v úrovni spojnice prsních bradavek, tlakem na nehty palců ruky nebo nohy, stiskem trapézového svalu v oblasti supraklavikulárních nervových pletení.

Maximum bodů: **15 = normální stav**
 13 = vyžaduje hospitalizaci
 8 = mez kritického stavu mozku
Minimum bodů: **3 = areflektorické kóma**

Zdroj: *Multimediální тренаžёр plánování оšetřовател'ské пéče* [online]. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové, leden 2010-prosinec 2012.

Příloha C - Barthelův test

Barthelův test základních všedních činností ADL (aktivity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Zdroj: *Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče* [online]. Vyšší odborná škola zdravotnická a Střední zdravotnická škola Hradec Králové, leden 2010-prosinec 2012.