

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ
S CEVNÍ MOZKOVOU ISCHEMIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

SIMONA BÍLKOVÁ

Praha 2016

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTŮ
S CEVNÍ MOZKOVOU ISCHEMIÍ**

Bakalářská práce

SIMONA BÍLKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolána Moravcová

Praha 2016



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

Bílková Simona
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s cévní mozkovou ischemií

Complex Nursing Care of Patients with Ischemic Stroke

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20. března 2016

Simona Bílková - podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji především PhDr. Karolíně Moravcové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, spolupráci a vstřícnost. Dále děkuji Mgr. Lence Procházkové za pomoc při získávání podkladů a všem, kteří mi umožnili tuto práci realizovat. V neposlední řadě i pacientce J.H., díky níž jsem mohla vypracovat praktickou část práce.

ABSTRAKT

BÍLKOVÁ, Simona. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacientů s cévní mozkovou ischemií*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc). Vedoucí práce: PhDr. Karolína Moravcová. Praha 2016. 87 stran.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacientky s cévní mozkovou ischemií hospitalizované na neurologickém oddělení jedné pražské nemocnice. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část obsahuje několik kapitol popisujících toto onemocnění a úlohu všeobecné sestry v péči o specifické problémy pacientů s cévní mozkovou příhodou. Dále je poukázáno na možnosti canisterapie jako podpůrné metody v péči o pacienty. Praktická část práce je zaměřena na ošetrovatelský proces u této pacientky s využitím modelu Virginie Henderson. Popisuje jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu se začleněním canisterapie jako podpůrné metody v péči o pacientku a dále informuje o hodnotících a měřících technikách, jež byly použity. Cílem práce je zmapovat a řešit problémy pacientů s cévní mozkovou příhodou z pohledu všeobecné sestry a poukázat na možnost podpůrné metody jako je canisterapie v péči o tyto pacienty.

Klíčová slova

Canisterapie. Cévní mozková ischemie. Cévní mozková příhoda. Ošetrovatelská péče. Pacient.

ABSTRACT

BÍLKOVÁ, Simona. *Complex Nursing Care of Patient with Ischemic Stroke*. The Medical University College, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolína Moravcová. Prague 2016. 87 pages.

The subject of my thesis is complex nursing care of one patients with ischemic stroke hospitalized at the Department of Neurology in a Prague hospital. The thesis consists of two parts. The theoretical part contains several chapters describing the illness and the role of general nurse in the care of specific problems of patients with ischemic stroke. Furthermore the attention is called to the possibility of using canistherapy as an auxiliary method for the care of patients. The partical part of the thesis focuses on the treatment of one patient, using the model of Virginia Henderson. It describes the consecutive phases of treatment and inclusion of canistherapy as an auxiliary method for the care of the patient. It evaluates and measures the used techniques. The purpose of the thesis is to study and solutions to the problems of patients with ischemic stroke from the perspective of a general nurse and to consider the possibility of using canistherapy as an auxiliary method for care of these patients.

Keywords

Canistherapy. Ischemic Stroke. Nursing Care. Patient. Stroke.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	8
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	10
SEZNAM TABULEK.....	12
ÚVOD.....	13
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....	16
1.1 HODNOCENÍ PÉČE O PACIENTY S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU V ČR.....	17
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD	18
1.4 ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....	20
1.4.1ANATOMIE MOZKOVÉHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ ZKRÁCENĚ WILLISŮV OKRUH.....	22
1.4.2KLINICKÝ OBRAZ.....	23
1.4.3DIAGNOSTIKA.....	24
1.4.4TERAPIE.....	26
1.5 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI ŘEŠENÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI.....	28
1.5.1PŘEDNĚMOCNIČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	29
1.5.2PÉČE O HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA V AKUTNÍM STAVU	31
1.5.3DALŠÍ SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY S CMP	33
2 CANISTERAPIE.....	38
2.1 PRINCIP CANISTERAPIE.....	39
2.2 CANISTERAPEUTICKÝ TÝM.....	39

2.3 CANISTERAPIE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	40
2.3.1METODY CANISTERAPIE.....	41
2.3.2FÁZE CANISTERAPIE.....	41
2.3.3ČÁSTI CANISTERAPIE.....	42
2.3.4TECHNIKY CANISTERAPIE.....	42
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	44
3.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTCE.....	44
3.2 ANAMNÉZA.....	46
3.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTKY.....	48
3.3.1FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU.....	48
3.3.2SOUČASNÝ STAV DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON.....	49
3.4 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT.....	53
3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 13.1.2016.....	54
3.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	55
3.7 ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	57
3.7.1ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST (00085).....	57
3.7.2DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ (00108).....	62
3.7.3RIZIKO PÁDŮ (00155).....	63
3.7.4RIZIKO DEKUBITU (00249).....	65
3.7.5RIZIKO INFEKCE (00004).....	67
3.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE.....	69
3.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	70
ZÁVĚR.....	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	74
PŘÍLOHY.....	78

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AAA	Animal Assisted Activities (aktivity za přítomnosti psa)
AAT	Animal Assisted Therapy (terapeutická práce s pacientem za přítomnosti psa)
AACR	Animal Assisted Crisis Responses (krizová intervence za využití psa)
ADL	Activity of Daily Living (hodnocení denních činností)
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervový systém
CS	Completed Stroke (dokončený iktus)
CT	Computed Tomography (výpočetní tomografie)
CTA	CT angiografie
CŽK	Centrální žilní katetr
DSA	Digitální subtrakční angiografie
DM	Diabetes melitus (úplavice cukrová)
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiogram
ETK	Endotracheální kanyla
ES	Evolving Stroke (vyvíjející se iktus)
GCS	Glasgow Coma Scale (hodnocení úrovně vědomí)
iCMP	Ischemická cévní mozková příhoda
ICH	Intracerebrální hemoragie
IM	Infarkt myokardu
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MMSE	Mini Mental State Examination (hodnotící škála kognitivních funkcí)
MR	Magnetická rezonance
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (severoamerická asociace pro sesterské diagnózy)

NEECHAM	Hodnotící škála pro posouzení akutní zmatenosti
NGS	Nasogastrická sonda
PCT	Perfuzní CT
PEG	Perkutánní endoskopická gastronomie
PEJ	Perkutánní endoskopická jejunostomie
PHK	Pravá horní končetina
PMK	Permanentní močový katetr
PŽK	Periferní žilní katetr
RIND	Reversible Ischemic Neurological Deficit (reverzibilní ischemická příhoda)
RTG	Rentgen
SAH	Subrachnoidální hemoragie
SPECT	Single photon emission CT (jednofotonová emisní počítačová tomografie)
TIA	Transient Ischemic Atac (přechodná ischemická příhoda)
TCD	Transcerebelar Diameter (sonografické vyšetření dopplerovskými průtokoměry)
TCCS	Transkraniální barevně-kódovaná sonografie
TSK	Tracheostomická kanyla
UPV	Umělá plicní ventilace
VAS	Vizuální analogická škála

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Aneurysma – výduť, rozšíření

Amyloidní angiopatie – patologické ukládání zvláštních bílkovin (amyloidních) do okolí cév různých orgánů

Antiagregace – brání shlukování krevních destiček

Antikoagulace – tlumení krevní srážlivosti

Ateroskleróza – kornatění tepen

Auskultace – vyšetření poslechem

Decebrace – odstranění či vymizení vlivů řídicích mozkových center na funkci organismu

Dysartrie – ztížená artikulace

Dysfágie – potíže při polykání

Dyspraxie – porucha výkonu složitějších funkcí

Fatická porucha – porucha řeči způsobená onemocněním mozku

Fibrinogen – jedna z bílkovin krevní plazmy důležitá pro srážení krve

Hemiparéza – částečné ochrnutí poloviny těla

Hyperhomocysteinemie – zvýšená hladina homocysteinu v organismu

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Iktus – mozková mrtvice

Iktus apoplecticus – krvácení do mozku, které způsobí jeho poškození

Inhibiční poloha – končetiny a trup se uvádějí do opačných poloh, než které zaujímají

Kapnometrie – neinvazivní monitorovací metoda měřící koncentraci CO₂ a dechové frekvence

Kapnografie – metoda grafického záznamu obsahu oxidu uhličitého během určitého časového úseku

Kryptogenní CMP – nejasného původu

Leptomeningy – měkké pleny mozkové

Meningeální syndrom – soubor subjektivních a objektivních příznaků vznikajících drážděním mozkomíšních plen traumatem nebo patologickým procesem

Mitrální stenóza – zúžení m. chlopně, které ztěžuje průtok krve z levé síně do levé komory

Neglet syndrom – opomíjení postižené poloviny těla

Stereognózie – neschopnost poznat hmatem tvar předmětů

Spasticita – zvýšené napětí svalů ve vnitřních orgánech

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled rizikových faktorů CMP.....	18
Tabulka 2 Klasifikace subarachnoidálního krvácení (podle Hunt a Hesse).....	20
Tabulka 3 Klinická klasifikace mozkových příhod z hlediska dynamiky.....	22
Tabulka 4 Indikace a kontraindikace trombolýzy u akutní iCMP.....	30
Tabulka 5 Stupnice příznaků deprese.....	35
Tabulka 6 Indikace a kontraindikace v canisterapii.....	41
Tabulka 7 Léková anamnéza chronická.....	47
Tabulka 8 Léková anamnéza akutní.....	54

ÚVOD

„Zdraví „znamená“ dobře se cítit a využívat naplno své síly.“

F. Nightingalová

Důvodem pro výběr tématu mé bakalářské práce bylo studium všeobecné sestry, a to předmětu odborná praxe, který mi umožnil seznámit se postupně s ošetrovatelskou péčí na různých ambulantních a nemocničních odděleních. Během praxe jsem si uvědomila, že s péčí o pacienty s cévní mozkovou příhodou se ,ve větším či menším zastoupení, setkávám na každém oddělení.

Bylo patrné, že pod vlivem této nemoci dochází u pacientů ke změnám v jejich osobnosti, a dále, jak důležitý je specifický přístup k nim . Motivace pacientů ke spolupráci byla jeden z nejdůležitějších faktorů úspěšné realizace ošetrovatelské péče i léčby. Ve své práci jsem se zaměřila především na tuto oblast ošetrovatelské péče.

U pacienta s poškozením mozku se musíme zaobírat také jeho „duší“, která je poraněná mnohem více nežli samotný mozek a toto poranění se projevuje nejen poruchou kognitivních funkcí, ale i zejména v poruchách emocí, sebehodnocení, schopnosti tvořit a realizovat plány ve vztazích, v rodině v zaměstnání ve vnímání světa celkově (co nám pomůže rehabilitovat kognitivní funkce u pacienta, který není motivovaný, emočně se nevyrovnal s onemocněním a má problémy vyplývající ať už z onemocnění, nebo běžného života) (NAVRÁTILOVÁ, 2007, s. 10).

Při ošetrovatelské péči u pacientů s CMP mi bylo již dříve umožněno zapojovat prvky bazální stimulace. Z tohoto důvodu jsem využila možnosti zakomponovat do ošetrovatelského procesu canisterapii, jako podpůrnou metodu ošetrovatelské péče i léčby. Canisterapii vnímám jako bazální stimulaci, vychází z principu individuálního přístupu ke klientovi, pes je výrazným stimulem pozitivních emocí pacienta.

Pomocí psa také dochází snáze ke komunikaci s člověkem psa doprovázejícího. Pes je totiž vděčným společným tématem. Také v tomto případě je důležitá spolupráce s ošetřujícími personálem (MIČULKOVÁ, 2003, s.7).

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Upozornit na specifické problémy pacientů s CMP a úlohu všeobecné sestry při jejich řešení v ošetrovatelské péči.

Cíl 2: Přiblížit možnosti canisterapie jako podpůrné metody v péči opacienty.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat ošetrovatelský proces u pacienta s iCMP s použitím modelu dle Virginie Henderson.

Cíl 2: Zdůraznit i takovou metodu jako je canisterapie při péče o tyto pacienty.

Vstupní literatura

FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Cesta k humánnímu ošetrovatelství*. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace. ISBN 978-80-254-0757-8.

FRIEDLOVÁ, K. 2013. *Skripta pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz Bazální stimulace*. Frýdek Místek: INSTITUT Bazální stimulace. s. r. o.

HÁJKOVÁ, V., 2009. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Stomatologická společnost. ISBN 978-80-90464-0-3.

KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

MÍČULKOVÁ, O., 2003. *Sborník příspěvků*. Mezinárodní seminář o zooterapiích Brno 2003.

PFEIFFER, J., 2007. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1135-5.

POSPÍŠILOVÁ, E., V. TÓTHOVÁ, 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5.

Popis rešeršní strategie

V první fázi proběhla porada s mou vedoucí práce PhDr. Karolínou Moravcovou.

Žádost o zpracování rešerše byla podána : Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb.

Bylo zadáno: téma práce, jazykové vymezení (čeština, angličtina, slovenština), časové vymezení (od roku 2005 do současnosti) a dále bylo navrženo více klíčových slov (19), aby bylo možno získat dostatečné množství odborných podkladů.

České zdroje: celkem 59 záznamů (knihy, časopisy)

Zahraniční zdroje: celkem 11 záznamů (knihy, časopisy)

Při studium podkladů bylo čerpáno především z knih a časopisů dostupných v Národní lékařské knihovně. Dále bylo využito školních skript a přednášek na téma bakalářské práce.

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Definice cévní mozkové příhody dle WHO: *CMP jsou rychle se rozvíjející ložiskové nebo celkové poruchy mozkové funkce. Z hlediska epidemiologického je CMP velmi častá, je na druhém místě úmrtnosti a patří mezi nejčastější příčiny invalidizace lidí středního a vyššího věku* (PEHR, 2010, s. 36).

CMP mění život nejen pacientovi, ale i jeho rodině. Pacient se v důsledku svého postižení stává závislým na svém okolí. Rodinní příslušníci zaujímají roli pečovatelů. Nemocný vyžaduje často neustálý kontakt a pečující osobě chybí prostor pro vlastní regeneraci i léčbu. (LHOŤAN, 2014).

Epidemiologie CMP

CMP jsou onemocnění, která mají jeden z nejzávažnějších negativních - zdravotních a socioekonomických – dopadů na společnost. Patří k hlavním příčinám morbidit a mortality ve světě, jsou na prvním místě v příčinách úmrtí lidí nad 60 let a na pátém u lidí ve věku 15 – 59 let. Tato nemoc zanechává u 30% přeživších pacientů trvalou invaliditu, je nejčastějším důvodem invalidity a epilepsie u starších osob (nad 60 let) a zaujímá tak první místo mezi příčinami invalidity v Evropské unii (KOLIESKOVÁ, 2012).

V České republice je zhruba 40 tisíc hospitalizovaných pacientů s CMP ročně , z tohoto počtu 10 tisíc pacientů umírá. Počet úmrtí v České republice se během 30 let snížil o dvě třetiny (KOUBOVÁ, 2015). ČEŠKA (2010) uváděl, že ročně v České republice postihne toto onemocnění zhruba 30 tisíc osob s mortalitou 17 tisíc úmrtí za rok.

V léčbě mrtvice (iktová centra, zvyšující se počet výkonů a kvalita akutní péče) se řadíme mezi nejlepší v EU (KOUBOVÁ, 2015). MIKULIK (2015) říká: *Česká republika má již nyní jeden z nejvyspělejších systémů léčby cévních mozkových příhod na světě. Dle mých znalostí existují pouze další tři země, které mají podobně vyspělý systém (Švédsko, Izrael, Švýcarsko). Základem našeho systému je síť iktových center.*

1.1 HODNOCENÍ PÉČE O PACIENTY S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU V ČR

V akutní péči o pacienty s mrtvicí jsme na špici. V následné na dně (KOUBOVÁ, 2015, s. 1).

Charvát (2015) uvádí, že zásadní zvrát v prevenci a léčbě CMP nastal v České republice v roce 2010, kdy byla ve Věstníku MZ ČR č.2 zdůrazněna potřeba zřizování specializovaných pracovišť – iktových center a vytvoření sítě rehabilitačních pracovišť s kvalifikovanou odbornou léčbou, rehabilitační a ošetrovatelskou péčí . Ve Věstníku 10/2012 byl také vydán metodický pokyn pro péči o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou, je zde definována triáž pacientů, spádové oblasti a indikátory kvality (Věstník. MZ ČR, 2010).

Musil (2015) popisuje, že české zdravotnictví má vybudovanou dostatečně hustou a efektivní síť iktových center a zvyšující se kvalitu akutní péče o pacienty s CMP, ale největší rezervou je rehabilitace a následná péče, které se u nás dostane jen deseti procentům pacientů z center. Primář rehabilitačního oddělení Rehabilitační kliniky Malvazinky v Praze Libor Musil dále upozorňuje: *U nás se stává to, že je člověk po těžké mozkové příhodě vyplán – leží i několik týdnů na ARO, kde dostane neskutečně drahou léčbu. Pak se začne přemýšlet, kam s ním, a zjistí se, že sem to nejde, protože nemají lůžko, jinde ho nechťejí – a tak ho dáme na LDN. Dále říká: V závislosti na typu pacienta je důležitá také ošetrovatelská péče, která je v ČR stále opomíjena. U nás funguje hierarchie lékař – sestra, mezi nimiž je dost velká mezera, což je také velká chyba, a pak nějaký sanitář, který je tu dle povědomí většiny pacientů jen k tomu, aby je převezl nebo jim dal jídlo. Ve skutečnosti ale jde o člověka, který by měl pacienta stimulovat – stavět či posazovat, tedy dělat s ním bazální úkony, které jsou po cévní mozkové příhodě velmi důležité (MUSIL,2015, s. 1-2).*

ŠKODA (2015) potvrzuje důležitost včasného zahájení rehabilitace. Upozorňuje, že asi čtvrtina pacientů po CMP je odkázána na institucionální péči a mrtvice je také hlavní příčinou trvalé invalidity dospělých.

Navzdory špičkové akutní péči tak zůstává mrtvice nejčastější příčinou invalidity (KOUBOVÁ, 2015, s. 1).

1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

Vyhledávání, sledování a léčba rizikových faktorů CMP je jednou z cest ke snížení počtu iktů. U potenciálních pacientů i u pacientů s CMP dochází často ke kombinaci více rizikových faktorů, proto je kladen důraz na multioborový přístup jak při léčbě, tak primární i sekundární prevenci.

Čím více rizikové faktory ovlivníme, tím více se zlepší prognóza našich nemocných (ČEŠKA, 2010).

Tabulka 1 Přehled rizikových faktorů CMP

Hlavní rizikové faktory	Středně významné rizikové faktory	Málo významné nebo sporné rizikové faktory
<ul style="list-style-type: none"> - Hypertenze - Vysoká spotřeba alkoholu - Fibrilace síní (při chlopenních vadách) - Stenóza a. carotis interna (>70% symptomatická) - HLP a DLP - Věk > 70 let - Pozitivní RA 	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes melitus - Kouření - Fibrilace síní (vyvolaná jinými než chlopenními vadami) - Stenóza a. Carotis interna (> 70 % asymptomatická) - Zvýšená hladina fibrinogenu 	<ul style="list-style-type: none"> - Obezita - C – reaktivní protein - Zvýšený hematokrit

Zdroj: ČEŠKA, 2010, s. 171

ŽIŽKA (2011) uvádí aterosklerózu velkých intrakraniálních tepen jako zřejmě nejčastější etiopatogenetický faktor ischemických mozkových příhod na světě. Přičemž za rizikové faktory aterosklerózy intrakraniálních tepen jsou rasa (nejvíce ohroženi jsou Asiaté), věk, hypertenze, kouření, diabetes, porucha lipidového metabolismu - hypertenze je nejrizikovějším faktorem.

KALVACH (2010) potvrzuje arteriální hypertenzi jako nejvýznamnější ovlivnitelný rizikový faktor iCMP i nitrolebečního krvácení, který vyvolává aterosklerózu malých nitrolebečních cév.

KALITA (2006) rozděluje rizikové faktory na dvě skupiny a to rizikové faktory neovlivnitelné (věk – zvýšené riziko nad 55 let, pohlaví - častěji se vyskytuje u mužů,

rasa -vyšší incidence u Asiatů, dědičnost – iktus u obou rodičů) a na rizikové faktory ovlivnitelné (hypertenze, nemoci srdce, fibrilace síní, infekční endokarditida, mitrální stenóza, čerstvý velký IM, kouření cigaret, srpkovitá anémie, TIA, asymptomatická karotická stenóza, DM, hyperhomocysteinemie, hypertrofie levé komory). Kouření popisuje jako nejvýznamnější rizikový faktor SAH, časově nejkritičtější udává 3.hodinu po vykouřené cigaretě.

1.3 TYPY CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

Akutní cévní mozkové příhody se dělí na:

1) **Ischemické cévní mozkové příhody** (iCMP, ischemický iktus, mozkový infarkt), které představují zhruba 80% všech CMP, vznikají především v karotickém povodí, iktus ve vertebrálním povodí zahrnují zhruba 20% všech iCMP (KALITA, 2006).

2) **Hemoragické cévní mozkové příhody**, vyskytující se ve 20% CMP, se dělí dále na:

a) **Intracerebrální hemoragii** (ICH) tvořící 15% z nich, a manifestují se spontánním nitrolebečním krvácením v 80% z důvodu ruptury malých penetrujících tepen a tepének, často postižených aterosklerózou a hypertenzí. Důsledkem krvácení je náhle se zvyšující nitrolební tlak, což vede k poruše orientace a rovnováhy či náhlé ztrátě vědomí tzv. „iktus apoplecticus“ (JEDLIČKA, 2005).

Atypické krvácení, která tvoří 20% z ICH, jsou lokalizována povrchově a manifestují se rupturou cévní anomálie (v mladším věku), amyloidní angiopatií (ve vyšším věku). Obvykle nedochází k destrukci mozkové tkáně, průběh je méně dramatický, většinou bez poruchy vědomí. Léčba je zacílena na potlačení progresu krvácení a to snížením systémového krevního tlaku u hypertoniků pod 130mmHg a u normotiků pod 105mmHg. A dále se léčba zaměřuje na urychlení tvorby krevního koagula (v případě jeho insuficience) a to podáním plazmatických koagulačních faktorů (ČESKA, 2010).

b) **Subarachnoidální nebo intraventrikulární hemoragii** (SAH) představující 5% hemoragických CMP (KALITA, 2006).

ČEŠKA(2010) udává, že nejčastější příčinou tohoto krvácení (85%) je ruptura aneurizmu tepen Willisova okruhu a odstupů hlavních mozkových arterií. Jedná se o krvácení do prostoru mezi pia mater a arachnoideou tj. do leptomeningeálního prostoru. Pro tento typ CMP je třicetidenní mortalita 45%.

Tabulka 2 Klasifikace subarachnoidálního krvácení (podle Hunta Hesse)

Stupeň I - mírná bolest hlavy, lehká ztuhlost šíje, bez ložiskových klinických příznaků
Stupeň II - prudká bolest hlavy, meningeální syndrom, paréza hlavových nervů
Stupeň III - somnolence, lehké až středně těžké ložiskové příznaky
Stupeň IV - sopor, středně těžké až těžké ložiskové příznaky (hemiparéza)
Stupeň V - kóma, decerebrační syndrom

Zdroj: ČEŠKA, 2010, s. 170

KALITA (2006) informuje, že u 80 – 95% pacientů je nejvýraznějším projevem náhlá, silná, intenzivní bolest hlavy, často se šířící do záhlaví a šíje. Přičemž bolest hlavy je u 20 – 60% pacientů v rozmezí od 2-20 dnů před hlavní atakou symptomem varujícího prosákávání.

K prioritám léčby řadíme chirurgické zaklipování zeslabené stěny výdutě nebo katetrizační vpravení intraluminální spirály. Při konzervativních přístupech u pacientů bez operace nebo po operaci je nutné uložení pacienta do klidového režimu bez výkyvů krevního tlaku (JEDLIČKA , 2005).

1.4 ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Ischemické cévní mozkové příhody vznikají následkem kritického poklesu prokrvení části nebo celého mozku, kdy mozková perfuze klesá pod hodnoty 20ml/100g mozkové tkáně/min (ČEŠKA, 2010, s. 160).

Příčiny vzniku iCMP

KOLIESKOVÁ (2012, s. 29) uvádí jako důležité příčiny:

- *stenózy intrakraniálních tepen jako nejrizikovější lokalizace aterosklerózy*
- *fibrilace síní jako nejčastější příčinu kardioembolizace*
- *foramen ovale patens (PFO), které je často nacházeno náhodně v populaci a je zvažováno jako nejčastější příčina iCMP u mladých pacientů bez rizikových faktorů aterosklerózy*

Vrbata (2015) popisuje tyto rizikové faktory, které vedou k poškození tepen a následné iCMP: obezita, kouření, stres, užívání hormonální antikoncepce, nedostatečný pitný režim, strava s vysokým obsahem tuků a sacharidů, nedostatek pohybové aktivity, neléčený diabetes melitus a hypertenze či fibrilace síní.

I přes pátrání po známých mechanismech vzniku iCMP v 30-40% pacientů se žádná příčina nenajde a tito pacienti jsou diagnostikováni jako kryptogenní CMP (tj. z blíže neurčené příčiny) (KOLIESKOVÁ, 2012, s. 29).

Tabulka 3 Klinická klasifikace mozkových příhod z hlediska dynamiky

symbol	název	charakteristika
TIA	Přechodná ischemická příhoda tranzitorní ischemická ataka transient ischemic attack	Fokální hypofunkce o trvání sekund, minut, hodin, odeznívající do kompletní úpravy nejdéle do 24 h
RIND	Reverzibilní ischemická příhoda vratný neurologický defekt reversible ischemic neurological deficit	Ischemický výpad funkce delší než 24 hodin s kompletní normalizací
ES	Vyvíjející se iktus pokračující ischemická příhoda evolving stroke, stroke in evolution progressing stroke	Subakutní, narůstající porucha funkce bez stabilizace v posledních 24 hodinách
CS	Ukočená ischemická příhoda dokončený iktus completed stroke	Uzavřený, chronický stav bez vývoje v posledních 24 hodinách, setrvalé rezidium, výsledek akutního infarktu mozku nebo ES

Zdroj: KALVACH, 2010, s. 130

TIA je varovný signál mozkového iktu, z tohoto důvodu pacienta ošetřujeme během prvních 24 hodin jako iktus takový. TIA je ukazatelem pokročilé celkové aterosklerózy, proto je zde indikováno EKG a stanovení celkového kardiovaskulárního profilu (KALVACH, 2010).

1.4.1 ANATOMIE MOZKOVÉHO CÉVNÍHO ŘEČIŠTĚ ZKRÁCENĚ WILLISŮV OKRUH

Mozek je kyslíkem a živinami zásoben z karotického a vertebrobasilárního řečiště prostřednictvím čtyř velkých tepen. Karotické řečiště (přední cirkulace), které se podílí

80% na zásobení mozku krví, představují levá krkavice (arteria carotis communis) vycházející přímo z aortálního oblouku a pravá krkavice, která je větví truncus brachiocefalicus. Tyto karotidy se dělí v úrovni C3-C4 na a. carotis interna a a. carotis externa. Vertebrobasilární řečiště zásobí mozek zbylými 20% krve, zahrnuje dvě tepny vertebrální (a. vertebralis) vystupující z a. subclavia sinistra et dextra. Obě vertebrální tepny vstupují do intrakraniálního prostoru, kde se spojují v jednu tepnu a. basilaris, proto jsou v cévním zásobení mozku dobře zastupitelné (JEDLIČKA, 2005). Karotické a vertebrobasilární řečiště se na bázi lebeční propojují arteriálním Willisovým okruhem, vytváří se tak výhodný distribuční systém pro zásobení distálních tepen. Větev Willisova okruhu tvoří tři dvojice velkých tepen, směřujících na konvexitu mozkových hemisfér, jsou to: aa. cerebri anteriores, aa. cerebri mediae, aa. cerebri posteriores. Willisův bazální arteriální okruh, má ústřední význam pro distribuci krve v mozkovém řečišti. Představuje nejdůležitější kolaterální zdroj při stenózách extrakraniálních přívodných tepen (KALVACH, 2010). Autoregulační mechanismy řídí průtok krve mozkem, zajišťují dostatečný přísun kyslíku. Napětí v cévních stěnách arteriol udržuje průtok v rozmezí 60 – 150 torrů. Pokles průtoku na 20ml/min na 100g mozkové tkáň vede k poruše funkce mozku, nezvratné změny ve struktuře neuronů působí pokles průtoku až pod 10ml/min. Intenzivní léčba se zaměřuje právě na část mozku s poklesem mezi 10 – 20ml/min, tzv. ischemický polostín-panumbra (SEIDL, 2008).

1.4.2 KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz ischemického iktu v karotickém povodí

a.cerebri media – kontralaterální hemiparéza především na horní končetině a v oblasti mimického svalstva, častá je deviace očí, někdy i hlavy, neglect syndrom je známkou postižení hemisféry nedominantní, porucha symbolických funkcí poukazuje na lézi dominantní hemisféry, **a. cerebri anterior** – kontralaterální hemiparéza s výraznějším postižením dolní končetiny, **a. ophthalmica** – náhlé zamlžení či ztráta vízu na stejnostranném oku, často prchavého charakteru

Klinický obraz ischemického iktu ve vertebrobasilárním povodí

a. cerebri posterior – poruchy zrakové, bolesti hlavy, vestibulární syndrom, poruchy polykání, chrapot a škytavka, kontralaterální hemiparéza, homolaterální postižení některého z hlavových nervů, **a. basilaris** – úplný uzávěr této tepny se

manifestuje „ločekd in“ syndromem tj. téměř kompletní porucha hybnosti s plně zachovalou vigilitou, **a. vertebralis** – pokud je zachován dostatečný průtok vertebrální tepnou jsou příznaky většinou němé

Klinický obraz globálního hypoxicko-ischemického postižení mozku

apalický syndrom – jedná se o těžkou poruchu mozkové perfuze , stav je provázen poruchou vědomí, **smrt mozku** - mozková cirkulace je zastavena po delší dobu než 5 – 6 minut (ČEŠKA, 2010)

1.4.3 DIAGNOSTIKA

Diagnostika cévní mozkové ischemie zahrnuje anamnestické údaje, klinický obraz onemocnění, urgentně provedené laboratorní a instrumentální vyšetření, kardiologické vyšetření, přičemž dominantní úlohu v diagnostice mají zobrazovací metody

Zobrazovací metody:

Výpočetní tomografie CT má dominantní postavení v akutní neurologii jako rychlá a levná metoda, během vyšetření je možné pacienta ventilovat a monitorovat, cévní řečiště se zobrazí po intravenózním podání kontrastní látky (jód), principem je průnik rentgenového záření vyšetřovanou tkání, může nahradit i invazivní angiografické vyšetření (CTA), rozliší ischemii od hemoragie, rozsah a charakter ischemické léze, zhodnotí mozkovou perfuzi, rizika terapie, stanoví prognózy iktu. **NEVÝHODOU** – prokazatelné strukturální změny malatického ložiska se vyvíjejí až několik hodin po iktu, někdy i několik dnů, takže nález na CT časně po vzniku iktu bývá negativní, další nevýhodu je možnost alergie na jód. Na základě nativního CT se indikuje CTA a PCT. **CTA** – CT angiografie nahradí invazivní angiografické vyšetření, u iCMP ověřuje uzávěr některé z mozkových tepen nebo vnitřní karotidy **PCT** – perfuzní CT určí akutní ischemii, rozsah léze mozkové tkáně a to ihned po přerušení přítoku krve do postižené oblasti.

Magnetická rezonance MR zobrazí ischemickou lézi dříve a přesněji než CT , intravenózně používaná kontrastní látka gadolinium není alergenem, není zde rentgenové záření, je možné vyšetření různých rovin řezů. **NEVÝHODOU** je kontraindikace vyšetření u kovových feromagnetických materiálů v těle, kardiostimulátoru nebo kochleárního implantátu.

Digitální subtrakční angiografie DSA je metodu invazivní, měla by být indikována pokud selžou metody neinvazivní (CT, MR). Je nejpřesnější při zobrazení cévního řečiště s průkazem cévních anomálií jako stenóz, okluzí, aneuryzmat , nezastupitelné místo má při angiochirurgických a endovaskulárních intervencích.

Sonografické vyšetření dopplerovskými průtokoměry TCD vyšetření je rychlé, bezpečné, umožňuje zhodnotit jak rychlost a směr krevního toku, tak stupeň stenózy

Duplexní sonografie TCCS - barevné zobrazení průtokových rychlostí, umožní posoudit charakter aterosklerotických plátů přívodních mozkových tepen – karotické arterie, vertebrální arterie, a. subclavia, a. truncus brachiocephalicus, je přínosnou metodou v detekci okluzí kmene mozkové tepny.

Echokardiografie má význam pro stanovení rizika kardioembolismu.

Nukleární metody, které hodnotí především mozkovou perfuzi, před vyšetřením intravenózní podání izotopů.

SPECT – nejužívanější funkční vyšetření, hodnotí perfuzní cerebrovaskulární rezervy mozku, objektivizuje smrt mozku.

PET – principem je registrace záření, které vychází ze tkáně samotné v důsledku intravenózního nebo inhalačního podání radioaktivních izotopů, hodnotí nejen mozkovu perfuzi, ale i metabolické změny v mozku, u CMP spotřebu kyslíku a metabolismus glukózy, jedna z nejdražších metod.

Oční vyšetření – zaměřuje se na aterosklerotické změny očních tepen.

EEG vyšetření má význam v následném období při hodnocení epileptogenního ložiska, snímá bioelektrické aktivity mozku pomocí elektrod umístěných na přesně určených místech hlavy.

Vyšetření likvoru - cytologické vyšetření likvoru přispívá k diagnostice cévních lézí CNS, u ischemických lézí prokáže destrukci mozkové tkáně, odběr se provádí lumbální punkcí při níž pacient sedí nebo leží, po lumbální punkci se doporučuje 24 hodinový klid v horizontální poloze, jako prevenci bolesti hlavy a nauzei, pacient může jíst i jít na WC.

(ČEŠKA, 2010), (SEIDL, 2008), (ROKYTA, 2014), (KALVACH, 2010))

1.4.4 TERAPIE

Pro úspěšnou terapii iktu je rozhodující včasné nasazená léčba. Pacient musí být hospitalizován na specializované JIP či iktové jednotce, kde má veškerou nezbytnou péči. Volba terapie je výběrová podle typu iktu, rozsahu, lokalizace, příčiny a doby zahájení léčby (ČEŠKA, 2010).

Celková intenzivní léčba - prováděna na jednotce intenzivní péče s cílem stabilizovat vitální funkce a předcházet dalším neurologickým a somatickým komplikacím, podstatné je zajištění dostatečné mozkové perfuze, kdy v časně fázi iktu je tolerance krevního tlaku 220/120mmHg. Intenzivní péče je realizována v rámci multioborového přístup k pacientovi, jehož nedílnou součástí je intenzivní rehabilitace a psychologie (ČEŠKA, 2010).

Rekanalizační léčba - mechanická rekanalizace je odstranění vmetku vnitřkem cévy, obnovuje průtok krve v tepně uzavřené trombem nebo embolem, je indikována časem vzniku iktu, pokud je již rozsáhlý mozkový infarkt, nelze ji z důvodu rizika nitrolebního krvácení provádět, touto léčbou se dnes v ČR zprůchodňuje více cév než trombolýzou (ŠKODA, 2015).

Trombolitická léčba - infuzní terapií je podán rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu (rtPA, altepláza, Actylise), který rozpustí krevní sraženiny. Při postižení karotického řečiště je nutné podání do 4,5 hodiny od prvních příznaků iktu, největší účinek je při podání do 90 minut. U uzávěru bazilární tepny je opět nutné podání co nejdříve, ale není zde trombolitická léčba omezena časově (ČEŠKA, 2010).

Antiagregační terapie kyselinou acetylsalicylovou (např. Anopyrin) - cílem je snížit riziko recidivy iktu, je podávána od prvního dne, jedná se o univerzální léčbu, kontraindikací podání jsou pacienti léčení trombolýzou z důvodu zvýšení rizika krvácení, u těchto pacientů se zahájí podání až po 24 hodinách (ČEŠKA, 2010).

Antikoagulační terapie je indikována již v akutní fázi iktu z disekce tepny a u pacientů s trombofilními stavy, léčba je přísně individuální (ČEŠKA, 2010). VRÁBÍK (2015, s. 1) informuje: *Dříve byl k dispozici pouze Warfarin, který sice snižuje riziko cévní mozkové příhody o dvě třetiny, ale jde o léčbu, která pro nemocné není pohodlná, obtížně se určuje v rozmezí, které už je účinné a ještě není nebezpečné, a má také řadu lékových interakcí.* Mezi nové antikoagulační (newwarfarinové) přípravky působící proti

syntéze koagulačních faktorů řadí buď přímý inhibitor trombinu nebo přímé inhibitory faktoru 10A (Xarelto, Eliquis). Tyto léky velmi dobře fungují u pacientů s fibrilací síní, mají stejné účinky jako Warfarin, mají výrazně redukovány krvácivé komplikace.

Antiedematózní léčba - cílem je zabránit nárůstu nitrolební hypertenze potlačením rozvoje mozkového edému, zde je nadějnou léčbou celková hypotermie, kdy se sníží teplota tělesného jádra na 32 – 33 C, prokázanou účinnou metodou je rozsáhlá dekompresní kraniotomie (ČEŠKA, 2010).

Chirurgická léčba - jejím cílem je zabránit nitrolební hypertenzi desobliterací karotické tepny (ČEŠKA, 2010).

Multidisciplinární přístup v péči o pacienta s CMP

Cílem úspěšné terapie u pacientů po CMP je dosáhnout maximální funkční nezávislosti. Ukázalo se jako vhodné využití tzv. 24hodinového konceptu terapie. Předpokladem úspěchu tohoto konceptu je vytvoření týmu, ve kterém spolupracuje lékař, ošetřující personál, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped psycholog a rodinní příslušníci. Tento tým používá shodné postupy a využívá schopnosti pacienta, které mu zůstaly zachovány (LEPŠÍKOVÁ, 2007).

ŘÍHA (2012, s. 258) říká: *Multiprofesionální tým poskytující včasnou a dle potřeby i dlouhodobou péči ústavní či jinou formou je víc než jenom rehabilitace v neurologii. Pacienti s akutním získaným postižením mozku vyžadují specifický přístup dle míry deficitu motorických nebo kognitivních funkcí. Adekvátní resocializace je za současných podmínek prakticky jen obtížně možná. Při prosazování legislativních změn je nutné si uvědomit, že náklady vynaložené ve zdravotnictví na konkrétního pacienta mohou přinést úspory v oblasti sociální.*

ŠKODA (2015, s. 3) potvrzuje: *Lze předpokládat potřebu určitých změn „logistiky“ v přednemocniční péči i posílení kapacity pro endovaskulární výkony v některých centrech, především pak zajištění odpovídajících úhradových mechanismů ze strany zdravotních pojišťoven, protože se jedná o poměrně drahé léčebné postupy, které dosud nejsou plně zaplacený.*

1.5 ÚLOHA VŠEOBECNÉ SESTRY PŘI ŘEŠENÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Virginia Henderson definovala funkci sestry: *Jedinečnou funkcí sestry je pomoc (asistence) zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo k uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí. A sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve* (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 49).

Nástroje měření v ošetrovatelské diagnostice

S rostoucí profesionalitou všeobecných sester se zvyšuje i jejich zodpovědnost při vstupním, předběžném i závěrečném posuzování pacienta. Základem kvalitní ošetrovatelské péče jsou měřicí a hodnotící nástroje pro vytváření informační databáze, souběžně údaje ukazují na úroveň poskytované ošetrovatelské péče a minimalizují riziko omylů v diagnostické fázi (GURKOVÁ, 2013).

VÖROŠOVÁ (2015) upozorňuje, že hodnotící nástroje, které posuzují potřeby a problémy pacienta mají své limity. Pokládá je za doplňkové ke klinickým vyšetřením. Jednoduché měřicí nástroje v ošetrovatelské praxi zjednodušují, objektivizují a zkvalitňují diagnostický proces. Jejich využívání brání zbytečné duplicitě posudků při přechodu mezi službami a předčasnému propouštění pacienta.

V ošetrovatelské praxi u pacientů s CMP se nejčastěji setkáváme s těmito měřicími technikami:

- 1) Hodnocení úrovně vědomí prostřednictvím Glasgow Coma Scale GCS, jde o mezinárodně uznávaný bodový systém hodnocení reakce pacienta, která posuzuje orientaci, řeč, hrubou a jemnou motoriku, rovnováhu, senzorycké funkce.
- 2) Screeningový test mobility MST, který slouží k posouzení rizika pádu.
- 3) Barthelové test základních denních aktivit ADL, který byl v r. 1988 přijat jako standard posouzení funkčního omezení pacientů po CMP. Test bodově hodnotí soběstačnost v 10 aktivitách denního života – příloha č.
- 4) Stupnice Nortonové pro hodnocení rizika vzniku dekubitů
- 5) Gaidův test nebo NEECHAM Confusion Scale pro odhad zamtenosti

- 6) MMSE test podle Folsteina, který slouží posouzení dementních a nedemntních osob, hodnotí orientaci v čase, prostoru, pozornosti, schopnosti zpětného opakování a jiné jazykové úlohy.
- 7) Analogové škály měření intenzity bolesti – např. vizuální analogová škála VAS, kdy pacient pomocí numerické škály určí intenzitu bolesti jednotlivých oblastí těla (Mastiliaková, 2014), (V'OROŠOVÁ, 2015).

Hodnocení stavu pacienta z hlediska průběhu péče dělíme do třech oblastí. Přednemocniční péče, která posuzuje kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí - zahrnuje i včasné rozpoznání příznaků CMP. V akutní nemocniční péči se přidává posouzení neurologického stavu pacienta. V další fázi – chronické - hodnotíme funkční stav (základní denní aktivity), rizika vzniku komplikací (dekubitů, pádů, tromboembolické komplikace, spasticitu, vznik kontraktur), stav výživy, bolesti, poruchy polykání, psychické funkce (kognitivní deficit, úzkostné poruchy, depresivní poruchy) (GURKOVÁ, 2013).

1.5.1 PŘEDNĚMOCNIČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Pacient s CMP je časově závislý na zavolání záchranné služby, rychlé diagnóze a transportu do iktového centra. Při této diagnóze, podobně jako v případě náhlé zástavy oběhu nebo akutního infarktu myokardu, je nutné nadstandardní vzdělání. Léčba ischemické CMP standardně probíhá podáním systémové trombolýzy a transportem na iktovou jednotku. Sestra by měla být schopna posoudit indikace a kontraindikace systémové trombolýzy (CALLEROVÁ, 2010).

Tabulka 4 Indikace a kontraindikace trombolýzy u akutní iCMP

Indikace systémové trombolýzy	Kontraindikace systémové trombolýzy
<ul style="list-style-type: none"> - Náhle vzniklé neúrazové ložiskové poškození mozku - Doba od jasně definovaného vzniku příznaku do příjezdu do nemocnice nepřesahující čtyři hodiny 	<ul style="list-style-type: none"> - Těžký stav pacienta s hlubokým bževědomím - Známé postižení CNS (např. Tumor, aneurysma, stav po neurochirurgickém zákroku) - Intrakraniální krvácení i podezření na ně - Velký operační zákrok nebo závažné trauma v minulých třech měsících - Gastroduodenální vředová choroba anebo krvácení do gastrointestinálního traktu v minulých třech měsících - Jícnové varixy, tepenná aneurysmata, tepenné nebo venózní malformace v anamnéze a ostatní stavy spojené s rizikem krvácení

Zdroj: CALLEROVÁ, 2010, s. 85

Významný je zejména časový faktor, systémovou trombolýzu lze podat maximálně 4,5 hodiny od vzniku příznaků – je třeba pracovat s časem pro CT vyšetření a koagulační testy. Všeobecná sestra se může pokusit určit dobu trvání příznaků CMP jen na základě dobrých znalostí jejich příznaků. Mezi základní varovné příznaky, které může určit patří náhle vzniklá jednostranná paréza nebo plegie, asymetrie obličejové mimiky, porucha řeči, porucha vidění, závratě, porucha chůze, náhlá bolest hlavy, anizokorie, deviace očních bulbů, porucha vědomí. Důležité je znát i jiné příčiny, které musíme vyloučit a to je úraz, hypoglykémie, oběhové selhání, podezření na intoxikaci léky a podezření na otravu oxidem uhelnatým (CALLEROVÁ, 2010).

Všeobecná sestra se podílí na zajištění vitálních funkcí a monitorování u pacienta:

- změří krevní tlak, tepovou frekvenci, glykemii, periferní saturaci O₂ a zhodnotí srdeční rytmus
- zavede periferní žilní kanylu a aplikuje fyziologický roztok dle ordinace lékaře
- dle potřeby podává inhalačně kyslík v dávce 3-5l/O₂/min.

- zajistí transport pacienta za monitorace EKG a elevace horní poloviny trupu (CALLEROVÁ, 2010)

1.5.2 PÉČE O HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA V AKUTNÍM STAVU

CMP je emergentní stav, který vyžaduje hospitalizaci pacienta na monitorovaném lůžku – ARO, JIP či iktová jednotka. Pacient je neustále pod dohledem všeobecné sestry, která má tak možnost okamžitého zhodnocení jeho zdravotního stavu, všímá si stavu vědomí tj. kvality i kvantity, neklidu pacienta, nedostatečné analgosedace. *Monitorujeme fyziologické funkce (neinvazivní i invazivní krevní tlak, tepovou frekvenci, EKG křivku, dechovou frekvenci, SaO₂, TT, centrální žilní tlak, diurézu, provádíme kapnometrii a kapnografie) a odebíráme biologický materiál (krevní vzorky, koagulační faktory, biochemické vyšetření, acidobazická rovnováha a mnohé další jak ze sérologie, tak mikrobiologie atd.) Získaná data slouží nejen k posouzení aktuálního stavu nemocného, ale také k pozdějšímu hodnocení zdravotního stavu a k dokumentaci.* Podstatné je i zhodnocení celkového vzhledu pacienta – uši (sekrece, otlaky), oči (spojivkový vak, víčka, rohovka), nos (otlaky při NGS, sekrece), dutina ústní a rty (sekrece, otlaky při ETK), kůži (exantém, začervenání, otlaky, ragády, opruzeniny), pohlavní orgány (otoky, začervenání, sekrece). Sledujeme stav výživy a vyprazdňování (ČERMÁKOVÁ, 2011, s. 31).

Základní péče zahrnuje ranní a večerní hygienu tj. omytí a důkladné osušení pokožky, čisté lůžko bez záhybů, promazávání kůže tělovým mlékem, péče o oční rohovku – borová vody, Lacrisyn, Arufil, zvýšená péče o nos, uši, dutinu ústní – Stopangeln, Borglycerin, zvýšená péče o dýchací cesty – odsávání slin a sekretu, bronchiální laváž, podávání inhalace, medikace, ošetření intravenózních vstupů (PŽK, CŽK, PMK, NGS, PEG, ETK, TSK, arteriální katétrů dále předcházení vzniku dekubitu - polohování každé 2 hodiny, v noci každé 3 hodiny s použitím antidekubitních pomůcek, kafrové mazání. (ČERMÁKOVÁ, 2011).

Ošetřování pacientů s pruruchou polykání

Velmi častým problémem pacientů s CMP jsou poruchy polykání. Doporučuje se začít u pacientů co nejdříve s enterální výživou (se zavedením sondy NGS, PEG, PEJ), která oproti parenterální výživě (PŽK, CŽK) může dodat dostatečné množství tekutin a nutričních látek, má preventivní efekt aspirace a je ekonomicky výhodnější.

NGS (nazogastrická sonda) hadička ze silikonu či polyuretanu je zavedena přes nosní průduch, nosohltan a jícen do žaludku (dle potřeby do dvanáctníku a dále) je určena maximálně k 6 týdennímu podávání umělé výživy, může způsobit učitě komplikace (záněty, striktury jícnu, ezofagotracheální píštěle). Nutné je předcházet vzniku lokálního dekubitu v nosním průchodu otlakem sondy, prevencí je při běžné hygieně měnit polohu sondy. **PEG** (perkutánní endoskopická gastrostomie) sonda se zavádí při endoskopickém vyšetření ze žaludku přes stěnu břicha a ústí na kůži epigastria, je zde zaveden speciální set k podávání stravy. Pacientovi jsou sondou podávány přípravky klinické enterální výživy. Nejčastěji se podává 300ml výživy Janettovou stříkačkou po 2 – 3 hodinách denně, v noci se nepodává. Při vzdušném nadbříšku, pocitu plnosti nebo pokud po otevření setu vytéká obsah, musí se podávání výživy odložit. **PEJ** (perkutánní endoskopická jejunostomie) vyústí až v tenkém střevu, proto se volí jen pokud není možné realizovat výživu pomocí PEG. Výživa, která musí být více naštěpena je podávána celý den (někdy i v noci) gravitačním setem nebo s použitím enterální pumpy, rychlostí 100-150 ml výživy/hodinu. Sondy před i po každém podání výživy proplachujeme, používáme asi 30 ml čaje či převařené vody.(ZATLOUKALOVÁ, 2011).

Ošetrování pacientů na umělé plicní ventilaci (UPV)

V intenzivní péči o pacienty s CMP je důležité zabránit progresi ischemického ložiska a to dostatečnou koncentrací kyslíku v arteriální krvi. Pokud dojde k závažnému selhání oxygenace nebo plicní ventilace je indikována UPV, což znamená, že mechanický přístroj u pacienta zajišťuje částečně nebo plně průtok plynů respiračním systémem (KALVACH, 2010). ČERMÁKOVÁ (2011, s. 12) uvádí, že vhodnou ošetrovatelskou péčí může sestra zabránit či zmírnit možné komplikace UPV. *Komplikace můžeme rozdělit na náhle vzniklé (při intubaci či zavedení TSK), např. poranění měkkých tkání, poranění průdušnice, nevhodně zvolená velikost ETK, TSK. Komplikace postupně vzniklé nejčastěji souvisejí se zvlhčením nebo teplotou vdechované směsi, s vysokou nebo nízkou koncentrací kyslíku, s vysokým inspiračním tlakem a následným poškozením plic (barotrauma až pneumotorax, se zánětlivou reakcí – pneumonie, bronchitida). Mezi mimoplicní nežádoucí účinky řadíme poruchy kardiovaskulárního systému, renálního systému, gastrointestinálního systému, komplikace v důsledku upoutání na lůžko, dekubity, poranění, infekce, osychání rohovky a sliznic, psychickou instabilitu a jiné.*

Ošetřování pacientů z hlediska prevence hluboké žilní trombózy

U imobilních pacientů je riziko embolie až 70% a včasné fázi iktu je až 10% úmrtnost právě na plicní embolii. Prevence u těchto pacientů má být zahájena ihned, vzhledem k tomu, že často chybí klinické příznaky. Antikoagulační léčbu heparinem či nízkomolekulárními hepariny u těžké parézy nebo plegie zařazujeme u ischemického iktu okamžitě po jeho vzniku, u iktu hemoragického po 3-4 dnech. Všeobecná sestra zde plní nenahraditelnou funkci péčí o včasnou mobilizaci, polohování, bandáže končetin, používáním přístrojů s přerušovanou tlakovou kompresí (KALVACH, 2010).

1.5.3 DALŠÍ SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY S CMP

Vývoj stavu pacienta nezávisí pouze na fyzioterapeutických technikách, ale rozhodující je, co se s pacientem děje po celý zbytek dne. Správným polohováním a manipulací s pacientem, který není soběstačný, můžeme zabránit nárůstu spasticity, kontrakturám či bolestem. Důležitá je pozice, kterou pacient zaujímá ve spánku, nutné je aby byl pečlivě polohován v inhibičních (antispastických) polohách během dne.

Zásady, které by měla všeobecná sestra dodržovat při práci s těmito pacienty:

1. přistupujeme k pacientovi z jeho postižené strany
2. instruování pacienta probíhá krátkými a jasnými povely, které můžeme doplnit dopomocným manuálním kontaktem
3. pohybové dovednosti nacvičujeme postupně přes jednotlivé fáze pohybu
4. pacientovi poskytneme dostatečný čas, aby mohl vykonat aktivity
5. důležitá je edukace rodinných příslušníků, aby dodržovali stejné postupy

Dále je nutné si v péči o tyto pacienty uvědomit, že na hemiparetické straně těla, bývají zhoršené i smysly – sluch, zrak, citlivost – je třeba zajistit co největší přísun podnětů z jeho postižené strany, např. lůžko nebude na straně postižení u zdi.

Při ošetrovatelské péči může být spolupráce pacienta po iktu komplikována nejen paralýzou poloviny těla, ale i následujícím důvody:

Poruchou svalového tonu – nárůst spasticity u daného segmentu těla roste úměrně se zvýšením rychlostí, kterou provádíme pasivní pohyb pacienta.

Porucha povrchového cití – porucha, jak vnímá dotyk, bolest, chlad, teplo.

Porucha propriocepce - polohocitu a pohybcitu, je narušeno udržení rovnováhy, což vyvolává vrávorání, nejstotu, zde je nutná kompenzace zrakovou kontrolou.

Porušená stereognózie - způsobí, že pacient není schopen vnímat prostor hmatem bez zrakové kontroly.

Neglect syndrom – opomíjení postižené poloviny těla a prostoru na této straně. Projevuje se to např. tím, že pacient ignoruje předměty a osoby na své postižené straně.

Porucha zorného pole – je narušena orientace pacienta v prostoru, dojde k výpadku poloviny zorného pole (homonymní hemianopsie).

Dyspraxie – porucha vykonávat složitější účelové pohyby např. neschopnost obléci se. (LEPŠÍKOVÁ, 2007)

Komunikace s pacienty s poruchou řeči

Jedním z častých problémů těchto pacientů je ztráta již vyvinuté řeči – afázie. Na základě poškození mozku není pacient schopen částečně či zcela přijímat či vysílat symbolické kódy mluvené či psané řeči. CHRÁSTKOVÁ (2009, s. 55) uvádí nejčastější chyby, kterých se všeobecné sestry dopouštějí při komunikaci s těmito pacienty: *Chybí oslovení klientů příjmením, sestry používají zdrobněliny např. ručka, papat, sestry nedávají pacientovi dostatečný prostor ke komunikaci. Příklad: sestry se klienta zeptají, jestli se mu dobře leží, ale už si nepočkají na verbální nebo neverbální odpověď. Když pacient nekomunikuje, ze strany sestry chybí například nějaká všeobecná otázka : „Už máte hlad? Jak se vám dnes spalo?“ Dále uvádí, že některé sestry působí odtažitě, neprojevují dostatek trpělivosti, nepoužívají alternativní komunikační metody (např. tužka).*

Jako správné zásady komunikace s těmito pacienty CHRÁSTKOVÁ (2009) popisuje: komunikaci tváří v tvář, neopravovat chybnou řeč ani ji nenapodobovat, nebát se říci „promiňte teď jsem přesně nerozuměl“, nenutit pacienta, aby se rychle vyjádřil, pomoci mu dokončit myšlenku, hledat alternativní symboly komunikace – přikývnutí = souhlas.

Psychologické následky CMP

Pacienti s CMP jsou více traumatizováni ztrátou kontaktu s okolím než hybným postižením. Lze u nich vyzorovat změny v oblasti emoční, chování i osobnostní. Jednou z nejčastěji se vyskytujících poruch u pacientů s CMP je deprese. Může jít jak o

poškození především levého frontálního laloku v důsledku CMP nebo o nezvládnutí náročné životní situace z důvodu hospitalizace. Je důležité, aby si ošetrovatelský personál včas povšiml změn v chování pacienta (apatie, nezájem o kontakt s lidmi a o léčbu, nepotěší ho návštěva, trpí nechutenstvím, bývá plačtivý, mluví pomalu a negativisticky) a mohl tak předejít komplikacím včasným přivoláním zkušeného psychoterapeuta (BOHÁČEK, 2007), (KALVACH, 2010).

Mark Allen (2012) uvádí stupnici příznaků deprese (viz tab). Pokud sestra při pozorování pacienta ohodnotí jeho chování minimálně dvěma body, měla by upozornit lékaře na možnost rozvinutí deprese u pacienta.

Tabulka 5 Stupnice příznaků deprese

	ANO	NE
Vypadá pacient občas smutně, nešťastně nebo zdeptaně?		
Pláče někdy pacient nebo vypadá, že k tomu má blízko?		
Působí pacient neklidně nebo úzkostně?		
Je pacient letargický nebo odmítá mobilizaci?		
Potřebuje pacient hodně pobídek , aby něco udělal sám?		
Zdá se pacient uzavřený, nejevící zájem o okolí?		
Konečné score (ANO – 1 bod, NE – 0 bodů)		

Zdroj: British Journal of Nursing , 2012 Vol 21, No 13

Všeobecná sestra by měla volit vždy empatický přístup k pacientovi, který velmi citlivě vnímá vše, co se kolem něho děje. Při příchodu na oddělení je důležité získat si důvěru pacienta, vysvětlit mu, co se od něho očekává a seznámit pacienta s chodem oddělení , vše zaznamenávat do dokumentace. Těmito kroky lze zabránit vzniku mimořádných událostí (GURKOVÁ, 2013).

Paliativní péče

HROMADA (2010, s. 12) uvádí, že *relativně málo pozornosti je věnováno potřebám nemocných, kteří v akutní fázi CMP umírají. Většina nemocných v posledních dnech života není schopna dobře komunikovat (fatické poruchy, poruchy vědomí). Jde především o náročnou ošetrovatelskou péči a zajišťování výživy a hydratace. Nejčastější příznaky posledních dní života jsou dušnost a bolest, které je nutno symptomaticky léčit.*

PODIVÍNSKÝ (2012, s. 39) vidí jako velmi diskutabilní moment ukončení kurativní a zahájení paliativní péče u pacientů s CMP. Mezi důvody řadí různorodost příčin vzniku této nemoci, vliv psychoorganických postižení (deprese, sekundární demence, imobilizační syndrom) na celkový stav pacienta. Uvádí, že pokud je o pacienta dobře pečováno, může dojít k překvapivým zlepšením i po 6 měsících od vzniku iktu. Domnívá se, že zhodnocení celkového stavu pacienta má být výsledkem týmové spolupráce. *Thustou čáru mezi kurativní léčbou a paliativní péčí nelze ani po uplynutí řady měsíců udělat.*

Všeobecná sestra v oblasti primární a sekundární prevence

Primární a sekundární prevence je na základě celosvětových zkušeností cestou ke snížení nepříznivě rostoucích ukazatelů výskytu CMP. **Primární prevence** je zaměřena u zdravých lidí na výklad a zdůraznění zdravého životního stylu, na edukaci o příznacích CMP dále na vyhledávání rizikových faktorů jako je vysoký krevní tlak, arytmie, cholesterol, nadváha, diabetes a kouření. Všeobecná sestra tak plní významnou úlohu v oblasti prevence, která se z velké části odehrává v ordinacích praktických lékařů (Říha, 2014). Primární prevence CMP má být zahájena u každého hypertonika ihned nefarmakologickou léčbou zahrnující snížení nadváhy (BMI > 25kg/m²), fyzickou aktivitou, omezení příjmu sodíku a omezení konzumace alkoholu, přičemž za mez užitečného vlivu alkoholu v prevenci CMP je dávka 20g/den. Medikamentózní primární prevenci představuje většinou kombinaci základních skupin antihypertenzivních léků a to diuretik, beta-blokátorů, blokátorů kalciových kanálů, inhibitorů ACE a blokátorů receptorů angiotensinu. **Sekundární prevence** se realizuje ve specializovaných cerebrovaskulárních poradnách, zřizovaných jako součást iktových center. Zaměřuje se především na snížení sekundárních rizik iktu. Pokud chybí preventivní léčba po prodělané CMP, je zde do 3 let u 30% pacientů nebezpečí recidivy další CMP (ŘÍHA, 2014). ČEŠKA (2010, s. 166) potvrzuje: *Častým důsledkem selhání sekundární prevence jsou recidivující ikty, které představují čtvrtinu všech iktů.* Sekundární prevence se také zaměřuje na eliminaci rizikových faktorů, ale na rozdíl od prevence primární zdůrazňuje léčbu antiagregační, antikoagulační a metody intervenční – chirurgické a endovaskulární intervence (KALITA, 2006).

EDUKACE PACIENTA

Edukace pacienta ze strany sestry je nedílnou součástí předcházení recidivy iktů. Pacient by měl své nemoci rozumět, pochopit, jak s ní žít. Měl by rozpoznat možné komplikace, vědět jak na ně reagovat. Všeobecná sestra dále předává informace o zdravém životním stylu, výživě, rehabilitaci, následné péči. Cílem je, aby pacient dodržoval léčebný režim, byl aktivní, pravidelně cvičil a stal se co nejvíce samostatným. Důležitá je edukace jeho rodiny, pacient podporu a pomoc bude potřebovat. Pro pacienta je nejlepší cestou k návratu zpět do života, pokud k němu rodina přistupuje stejně jako před příhodou. To znamená donutit pacienta, aby , co může, udělal sám (MUSIL, 2015).

2 CANISTERAPIE

Canisterapie je podpůrnou metodou v léčebných procesech. Tato metoda má komplexní vliv na lidský organismus. Při aktivitách pacientů se psy dochází nenásilnou formou k procvičování hrubé a jemné motoriky. Při kontaktním ležení člověka se psem nebo se psy se prohřívají svaly a uvolňují se spasmy. Již pouhá přítomnost psa snižuje krevní tlak. Pes má uklidňující vliv na psychiku člověka. V současné době se canisterapie uplatňuje po celém světě hlavně u mentálně a tělesně postižených jedinců, u dětí s DMO, u autistů, u dlouhodobě a chronicky nemocných dětí, u seniorů u lidí s Parkinsonovou nemocí i neurologickým postižením. Velkou roli hraje také pozitivní vliv na psychiku nemocného člověka. Pomáhá upravit chování a zlepšit mezilidské vztahy (GALAJDOVÁ, 2011).

Termín canisterapie formulovala v roce 1993 průkopnice tohoto oboru v ČR PhDr. Jiřina Lacinová. Je složen ze dvou slov CANIS (latinsky pes) a TERAPIE (léčba, řeckého původu). Canisterapie je jednou z forem animoterapie (zooterapie) používající psa jako kooterapeuta. Pes je tedy prostředníkem a člověk terapeutem. Animoterapii definoval profesor PhDr. Kohoutek, CSc., jako léčbu pomocí zvířat, zahrnuje péči o ně, dotýkání, hlazení, kontakt s nimi, komunikaci přes zvíře. Využívá interakci člověka a zvířete k této činnosti speciálně vycvičeného. Není překvapením, že nejčastěji uplatňujícím se kooterapeutem je právě pes. Od domestikovaného vlka, který se stal ochráncem obydlí a tahačem nákladů, je pes dnes symbolem přátelství, lásky a věrnosti. Canisterapie neznamena obětování psa ve prospěch člověka, ale jejich vzájemné psychické působení, které je pro pacienta i psa přínosné a radostné (NERANDŽIČ, 2006).

Motto: A. de Saint Exupéry

Malý princ potká lišku a ta se s ním baví o tom, co znamená ochočit si někoho: „Je to něco, na co se moc zapomíná. Znamená to vytvořit pouta. Ty jsi pro mne jen malým chlapcem podobným statisícům malých chlapců. Nepotřebuji tě a ty mne také nepotřebuješ. Jsem pro tebe jen liškou podobnou statisícům lišek. Ale když si mne ochočíš, budeme potřebovat jeden druhého. Budeš pro mne jediným na světě a já zas pro tebe jedinou na světě...“ „Sbohem....“ řekl malý princ. „Sbohem“, řekla liška. „Tady je to mé tajemství, úplně prostinké, správně vidíme jen srdcem. Co je důležité je

očím neviditelné. Stáváš se navždy zodpovědným za to, cos k sobě připoutal.....“
(EXUPÉRY, 1998).

2.1 PRINCIP CANISTERAPIE

V literatuře a řadě studentských prací, které se v poslední době ve zvýšené míře canisterapií zabývají, se poukazuje na kladný vliv psa na psychiku člověka. MUDr. Zoran Nerandžič zdůrazňuje, že neexistuje akceptovatelná studie s dostatečným počtem respondentů, která by prokazovala na vědecké úrovni účinnost canisterapie – všechno jsou to tzv. klinické dojmy nebo názory „laiků canisterapeutů“, že to zaručeně funguje (VELEMÍNSKÝ, 2007). Existuje ale jedna švédská studie Profesorky Kerstin Uvnäs-Mobergové, švédské odbornice na problematiku hormonu oxytocinu. Oxytocin je peptický hormon savců složený z devíti aminokyselin. Tvoří se v hypotalamu a následně je vylučován do krve. Oxytocin je uvolňován sacím reflexem během kojení, jeho dalšími stimuly jsou doteky, hlazení, teplo. To vše aktivuje nervová zakončení v kůži a přispívá výrobou oxytocinu ke stimulaci sociálního kontaktu, má antidepresivní účinek a podporuje růst. Profesorka Kerstin Uvnäs-Mobergová prokázala, že se dotýkáním a hlazením psa zvyšuje v těle hladina oxytocinu. Pozoruhodné je, že jeho hladina stoupá i u psa samotného. To vysvětluje závěry některých studií, proč psi stimulují sociální interakci a kompetence, snižují úzkost a zvyšují náladu i kardiovaskulární zdraví např. snižují krevní tlak (GALAJDOVÁ, 2011).

2.2 CANISTERAPEUTICKÝ TÝM

Základní tým tvoří terapeut-člověk, jeho pes a pacient. Rozšířený je podle potřeby o další specialisty např. všeobecnou sestru, klinického psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociální pracovníci. Řídící funkci v procesu léčby má vždy lékař. V průběhu terapie se složení i funkce týmu mohou měnit v závislosti na potřebách pacienta. Mezi canisterapeutem a psem se musí vytvořit úzký vztah naplněný vzájemnou důvěrou. Canisterapeut má rozhodující vliv na výchovu a roli psa jako kooterapeuta. Tak jako výchova a socializace je podstatný i výběr psa. Zásadní jsou jeho vrozené vlastnosti (ne-agresivita, nelekavost, nevznětlivost), jeho zdraví a vzhled. Výběr je tedy cílený, nikoli náhodný (NERANDŽIČ, 2006).

Canisterapeutický tým skládá zkoušku, aby mohl dostat osvědčení. Další podmínkou je věk terapeuta alespoň 18 let a u psa 1 rok. Pes prochází pravidelnými

veterinárními prohlídkami. Jeden z podstatných cílů zkoušky je vyřadit agresivní psy nebo ty, kteří nemají zájem o kontakt s lidmi. Teoretické znalosti prokazuje canisterapeut písemným testem ze zdravotně-sociální a kynologické oblasti. V praktické části společně se psem prokazují dovednosti potřebné pro nasazení – vše se řeší modelovými situacemi (př. hluk, kontakt s pacientem s berlemi, na vozíku, s neobvyklým chováním). Zkoušky se každý rok opakují. Příklad jedné z modelových situací při zkoušce: reakce na hlazení – pes sedí nebo leží a je česán různými hřebeny, potom je hlazen na různých částech těla., je také hlazen neopatrně (popotáhnutím za ucho, ocas) a několika osobami najednou za účelem simulace neobratnosti postižených pacientů, hodnotí se – trpělivost a reakce psa. K dovednostem canisterapeutického psa patří: splnění povelů poslušnosti (např. polohování, odložení), aportování předmětů a jiné hry (např. čichání, hledání), trpělivost při doteku pacienta, setrvání v pozici, upozornění personálu na nestandardní chování jedince (TOMÁŠŮ, 2014).

2.3 CANISTERAPIE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Cílem canisterapie je aktivizace nemocného nebo zdravotně postiženého, zlepšení jeho fyzického a psychického stavu a snížení množství léků. V rámci léčby dochází k aktivaci a mobilizaci zbytkových fyzických, psychických a imunitních schopností pacienta. Při aktivitách pacientů se psy je nenásilnou formou procvičována hrubá a jemná motorika. Canisterapie souvisí s tím, jak - kde - u - jakého pacienta je tato metoda použita, obecně platí: rozvíjet a stimulovat, motivovat, aktivizovat, uvolňovat a zklidňovat. Canisterapie pomáhá stimulovat a rozvíjet oblast: sociálně-ekonomickou (vztahy, adaptivní a sociální chování), kognitivní, tělesnou, komunikační (NERANDŽIČ, 2006).

Canisterapie jako podpůrná metoda používaná ve zdravotnictví, pedagogicko-psychologických oborech: svou přítomností pes pomáhá k uvolnění bariér při komunikaci s pacientem, motivuje ke spolupráci, aktivizuje pacienta, pes je společníkem, přispívá k rozvoji komunikace a slovní zásoby, saturuje citové potřeby, jedince přijímá takového jaký je, nekritizuje, čímž povzbuzuje sebevědomí, zmírňuje pocit samoty, umožňuje přes společné prožitky komunikaci se širším okolím pacienta, pomáhá v rozvoji jemné motoriky a myšlení (ODENDAAL, 2007.).

Čtyři druhy psů používaných ve zdravotnictví: asistenční a vodící (kompenzují specifické potřeby osoby), canisterapeutičtí. (asistují při terapii, pozitivně ovlivňují

psychosociální i fyzické zdraví pacienta), signální (dokáží svým čichem reagovat na některé projevy nemoci nebo psychosomatických stavů dříve než se klinicky projeví např. epileptický záchvat) a záchranářští (život zachraňující speciálně vycvičení pro práci v různých terénech) (MÜLLER A KOLEKTIV, 2014).

Tabulka 6 Indikace a kontraindikace v canisterapii

Indikace	Kontraindikace
- klienti s mentálním, smyslovým a tělesným postižením - klienti v logopedii, psychologii, psychiatrii, geriatrii	- alergie na psí srst - některá akutní onemocnění - kynofobie - otevřené rány - zoonózy – nemoci přenosné zvířaty - nezájem a nechuť klienta o terapii

Zdroj: Müller, 2014, s. 484

2.3.1 METODY CANISTERAPIE

Animal Assisted Activities - AAA (aktivity za přítomnosti psa), které obsahují motivační, výchovné, odpočinkové a terapeutické aktivity s cílem zvýšit kvalitu života v různém terapeutickém prostředí, efekt metody je vyjádřen pouze subjektivními pocity – radost, spokojenost. **Animal Assisted Therapy - AAT** (terapeutická práce s pacientem za přítomnosti psa), kde pes je motivačním prvkem terapie vedené odborníkem, zaměřujeme se na konkrétní problémy jedince či skupiny (např. nácvik určité dovednosti, změny chování). **Animal Assisted Crisis Responses - AACR** (krizová intervence za využití psa), kdy pes je speciálně vycvičen pro konkrétního pacienta s konkrétním problémem (pomáhá zmírňovat následky prožité krize např. po úraze, pocit osamění). Anebo jde o intervenci psa u pacienta v akutním krizovém zdravotním stavu, jde především o emoční zklidnění a uvolnění např. panická ataka (STANČÍKOVÁ, 2012).

2.3.2 FÁZE CANISTERAPIE

Fáze canisterapie, následují v tomto pořadí – seznámení se se psem, dotýkání se psa, cílená hra, komunikace a umocnění vjemů.

Seznámení se se psem. Pacient, eventuálně jeho rodina musí dát vždy souhlas ke canisterapii, je třeba stanovit základní pravidla a povinnosti pro průběh terapie.

Zvykání si na přítomnost psa. Délka zvykání se řídí individuálními potřebami pacienta.

Dotýkání se psa. Dotek (hlazení, krmení, česání) je projevem oboustranné důvěry, proto i zde je třeba individuální a trpělivý přístup.

Cílená hra, komunikace. Rozvíjí se vzájemná komunikace (verbální i neverbální), jde o navázání důvěry mezi psem a pacientem.

Umocnění vjemů. Konečná fáze, kdy cílem je, aby si pacient z terapie odnesl nějaký zážitek, a terapie pro něj měla význam (MÜLLER, 2014).

2.3.3 ČÁSTI CANISTERAPIE

Průběh canisterapie je určován jejím cílem, jednotlivé aktivity by měly mít logickou návaznost a vycházet by měly z určitých metodologických, pedagogických i rehabilitačních zásad.

Úvodní část intervence je velmi důležitá pro navázání důvěry, pes by měl přijít klidně, přivítat se s pacientem, neštěkat.

Relaxační část intervence, zde dochází k silnému emocionálnímu prožitku pacienta, který umožní v další fázi navázání komunikace verbální či neverbální. Je to část stěžejní pro imobilní pacienty, kteří mohou být vedle psa polohováni. Bezprostřední kontakt je vhodné nechat působit na co největší část pacientova těla. Jde o předávání energie, o navození libých pocitů, relaxaci, uvolnění spasticity. V aktivní části pak jsou činnosti zaměřeny na rozvoj motoriky, myšlení, komunikace. Od každého se žádá aktivita dle jeho možností.

Závěrečná část intervence, dochází ke zhodnocení celé terapie, účastníci jsou pochváleni a domlouvá se další sezení (MÜLLER, 2014).

2.3.4 TECHNIKY CANISTERAPIE

Nejvíce užívané techniky canisterapie jsou polohování, stimulace povrchu kůže, hry. Při všech těchto technikách vzbuzuje přítomnost psa psychosociální podporu a příjemné emoce.

Polohování je terapie dotekem, pes stimuluje pacienta, ke kterému je přiložen, svou tělesnou teplotou, energií, tlukotem srdce a dýcháním. Polohovat tak můžeme celé tělo (využití více psů) nebo jen např. spastickou část pacientova těla. Můžeme volit pouze techniku relaxační nebo využít polohování k navázání komunikace, eventuálně pacienta rehabilitovat-motivovat ho, aby se snažil spastickou rukou dotýkat přiloženého psa. Délka polohování je individuální, přibližně po 20 minutách dochází k prohřátí svalů a uvolnění pacienta (MÜLLER , 2014).

Stimulace povrchu kůže využívá dotek drsného a teplého jazyka psa. Oblast těla, která má být masáží aktivována je namazána studenou pastou (jogurtem, sýrem.) a pes ji olizuje. I zde je dána možnost rozvoje komunikace, dotazem na pacienta co cítí (MÜLLER , 2014).

Hry jsou aktivity pacienta se psem, kde se každý z nich zapojuje dle svých možností. Celou terapii koordinuje a vede canisterapeut. Vhodně zvolené hry rozvíjí motoriku, myšlení, komunikaci, odbourávají stres (MÜLLER, 2014).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Pro vypracování ošetřovatelského procesu u pacientky s cévní mozkovou ischemií, která byla hospitalizována na neurologické klinice jedné pražské nemocnice, bylo použito humanistického ošetřovatelského modelu dle Virginie Henderson.

Podklady použité pro vypracování praktické části byla zdravotnická dokumentace, osobní rozhovor a pozorování pacientky, osobní účast na třech psychoterapeutických intervencích za asistence canisterapeutického psa v rámci multidisciplinárního přístupu k pacientce.

Cílem praktické části bylo vypracovat individuální ošetřovatelský plán a zdůraznit i takovou podpůrnou metodu jako je canisterapie v péči o pacienty.

3.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTCE

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J.H.

Věk: 84 let

Pohlaví: žena

RČ: 320000/0000

Rok narození: 1932

Datum přijetí: 11.1.2016, 7:00 hod.

Adresa trvalého bydliště: Praha

Pojišťovna: VZP 111

Vzdělání: středoškolské

Zaměstnání: starobní důchodce

Stav: vdova

Státní příslušnost: ČR

Kontaktní osoby k podávání informací: dcera

Typ přijetí: akutní

Oddělení: neurologické

Důvod přijetí: léčebný

Pacientka přichází v doprovodu rodiny. Dle dcery se probudila v 1:30 hod., šla na záchod, zjistila, že se motá a špatně vyslovuje. Odvezla ji na internu, odkud byla odeslána na neurologickou ambulanci. Dcera si uvědomuje, že mamince bylo špatně již ve 22:00 hod., kdy se nemohla sama přesunout z židle do postele a špatně vyslovovala. Minulý týden několikrát bezdůvodně upadla.

Medicínská diagnóza hlavní

1632 Mozkový infarkt způsoben neurčitou okluzí nebo stenózou přívodové tepny

Medicínské diagnózy vedlejší

167.2 Mozková ateroskleróza

148.0 Paroxysmální fibrilace síní

F47.0 Expresní porucha řeči

R32 Neurčitá inkontinence moči

R 54 Stáří – senilita

1.10 Hypertenze

E06.3 Autoimunitní thyroditis

St.p. Hysterektomie

St.p. TEP pravá kyčel

Hodnoty zjišťované při příjmu

TK: 173/108

P: 85/min

D: 17/min

TT: 36,8 C

SpO2: 97%

Glykémie: 5.5mmol/l

Krevní skupina: 0 Rh+

Výška: 160 cm

Váha: 63 kg

BMI: 24,5

pohyblivost: sed a stabilita nejistá, doprovod

GCS: 15, při vědomí, spolupracuje, oční i verbální kontakt udržuje, dysartrie, lehká expresivní fatická porucha, hlava na poklep nebolestivá

EEG

Závěr: abnormální záznam EEG s difuzními hypofunkčními změnami, které mají max v povodí ACM I.sin, méně i ACM I.dx

RTG – 11.1.2016

CT mozku nativně

Závěr: Bez známek intrakraniálního krvácení, leukoariosa, intrakraniálně nativně bez exprese.

UZ karotid duplex – 11.1.2016

Závěr: V přehledném extrakraniálním úseku karotid bez detekce hemodynamicky významné stenózy, AS detekované změny odpovídající Belcaro III – nestenozující AS pláty.

Laboratorní vyšetření:

zjištěna dehydratace, jinak bez pozoruhodnosti

BIO 11.1 2016

Na: 141 mmol/l, K 3,90 mmol/l, Cl: +113 mmol/l, Osm: +306 mosmoll/kg, Urea: +0,40 mmol/l, Krea: 75 umol/l, AST: 0,34 ukat/l, ALT: 0,25 ukat/l, ALP: 1.43 ukat/l, GGT: 0.19 ukat/l, CR: 1,54 ukat/l, CK-MB: 1,6 ug/l, hsTnl: 2,4 mg/l, Myog: 46,8ug/l, CRP: 2,4 mg/l

HEM 11.1.2016

WBC: 7.5 10⁹/l, RBC: 4.45 10¹²/l, Hb: 134,0 g/l, Hct: 0.393 l/l, MCV: 88.3 fl, MCH: 30.1 pg, MCHC: 0.341 kg/l, RDW: 14.1 %, PLT: 305.0 10⁹/l, Pct: 0.330 l/l, MPV: 10.9 fl, PDW2: 12.8 fl

HEM: 11.1.2016

PT-čas: 12.8 s PT-R: 0.96, INR: 0.95, PT-N: 13.3s, aptt-p: 37.3s, aptt-R: 1.14 , aptt-n: 32.8s TT: 14.7 s, Ddi: +0.62mg/l, FEU DDimerh: slabě pozitivní

Nynější onemocnění

Pacientka byla přijata na neurologické oddělení k observaci. V neurologickém nálezu převládá lehká dysartrie, lehká pravostanná hemiparéza s akcentací na PHK, která je ataktická.

3.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

matka: zemřela ve věku 67 let na plicní onemocnění

otec: zemřel ve věku 83 let, nádorové onemocnění

sourozenci: bratr zemřel ve věku 59 let tragicky, autonehoda

děti: dcera, věk 54 let, léčena s hypertenzí

V rodinné anamnéze nejuje CMP, ICHS, DM, TBC

Osobní anamnéza

Překonaná onemocnění v dětství: prodělala běžné dětské nemoci, uvádí časté angíny a záněty středouší.

Chronická onemocnění: hypertenze, autoimunitní thyroditida, inkontinence

Hospitalizace a operace: hysterektomie (1980), TEP pravá kyčel (2002)

Úrazy: nejuje

Očkování: dle očkovacího kalendáře

Tabulka 7 Léková anamnéza chronická

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Euthyrox	Tbl/p.o.	50 mcg	1-0-0	Substituce hor. Štítné žlázy
Portora	Tbl/p.o.	35 mg	1-0-1	kardiaka- stimulantia
Anopyrin	Tbl/p.o.	100 mg	0-1-0	antiagregantia
Vesicare	Tbl/p.o.	10 mg	1-0-0	urologikum

Alergologická anamnéza

Léky nejuje

Potraviny: nejuje

Chronické látky: nejuje

Jiné: nejuje

Abúzy:

Alkohol: svátečně

Kouření: nikdy nekouřila

Káva: 1x denně

Léky: nejuje

Jiné návykové látky: nejuje

Gynekologická anamnéza:

Menarché: od 13 let, pravidelná, vždy bolesti břicha

Poslední menstruace: ve 49 let

Porody: 1

Aborty: 0

Operace: hysterektomie v 50 letech z důvodu myomů

Na gynekologické prohlídce nechodí již 10 let.

Samovyšetření prsu neprovádí, na mamograf nechodí.

Sociální anamnéza:

Stav: vdova

Bytové podmínky: bydlí v rodinném domě s dcerou a zetěm

Vztahy, role a interakce: s dcerou vychází velmi dobře, se zetěm nemluví, se sousedy vztahy neudrží, ale nemá s nimi konflikty

Záliby: práce na zahradě, měla pejska, ale co umřel to je dva roky, už jiného nechce

Pracovní anamnéza:

Vzdělání : středoškolské

Pracovní zařazení: nyní starobní důchodce, pracovala jako dispečerka ve výzkumném ústavu

Ekonomické podmínky: hodnotí jako průměrné

Spirituální anamnéza: ateistka

3.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTKY

Stav pacientky byl posuzován dne 13.1.2016. Pacientka je hospitalizována třetí den na neurologickém oddělení.

3.3.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Hlava a krk:

hlava normocentrická, na poklep nebolestivá, bulby ve středním postavení, oční kontakt udržuje, skléry anikterické, zornice izokorické, spojivky prokrveny, nosí brýle – 3 Dp, oči a nos bez sekretu a deformit, rty suché – pravý koutek lehce povislý, krční páteř pohyblivá, štítná žláza a uzliny nezvětšeny, karotidy bilat. hmatné

Hrudník a dýchací systém:

hrudník lehká skolióza, prsa bez patologických změn, dýchání čisté bez vedlejších fenoménů, počet dechů 17/min, saturace 97% bez podaného kyslíku

Srdce a cévní systém:

TK 151/99mmHg, puls dobře hmatný na obou aa. radialis – 79/min, PŽK zaveden do levého kubita 11.1.2016 - okolí klidné, bez známek infekce, dolní končetiny bez otoků

Břicho a gastrointestinální trakt

břicho palpačně měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, játra a slezina nezvětšeny, neguje nauzeu či zvracení, pije a jí sama – D3

Vylučování a pohlavní ústrojí:

pacientka inkontinentní – zaveden silikonový PMK velikost č. 14 dne 11.1.2016 - průchodný, moč čirá, denní diuréza s podporou diuretik je 1700 ml
stolice tvarovaná, odchází 1x za 2dny

Pohybový aparát:

lehká pravostranná hemiparéza – lehce zhoršená hybnost PHK, TEP – pravá kyčel – pomůcky FH

Nervový systém:

pacientka je při vědomí, orientovaná v čase i místě, ale nespolupracuje, odmítá rehabilitaci, špatně artikuluje

Kůže a její adnexa:

kůže sušší, bledá, bez dekubitů

Použité hodnotící škály:

Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 19 bodů – střední riziko dekubitů

Riziko malnutrice: 0 bodů

Screeningový test rizika pádu: 10 bodů – riziko pádu

Barthelův test základních všedních činností: 35 bodů – vysoká závislost

3.3.2 SOUČASNÝ STAV DLE MODELU VIRGINIE HENDERSON

Informační zdroje: objektivní pozorování pacientky, rozhovor s pacientkou, dokumentace pacientky

1, Dýchání

Subjektivně: *Občas pokašlávám, protože mám sucho v puse. Jinak se mi dýchá dobře.*

Objektivně: Dýchání spontánní, frekvence 17/min, auskultačně – dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů.

Ošetřovatelský problém: občasné pokašlávání

Priorita: nízká

Měřicí techniky: auskultace, měření dechové frekvence

2. Výživa a hydratace

Subjektivně: *Doma mi chutná, vaří dcera. No tady s ním všechno, ale Asi nejraději jím maso, za války jsme jedli všelicos. No, zeleninu moc nemusí.*

Objektivně: BMI 24,7, normostenik

Jí a pije sama. Má lehce povislý pravý koujtek. Poruchy s polykáním neguje. Protože odmítá chodit, stravuje se na lůžku.

Chrup – horní i dolní protéza.

Ošetřovatelský problém: 0

Měřicí techniky: bilance tekutin, BMI

3. Vylučování

Subjektivně: *Neudržím moč, doma nosím pleny, přes noc mám víc plen.*

Objektivně: Pacientka je inkontinentní. Při příjmu k hospitalizaci byl zaveden PMK silikonový, č. 14. je průchodný, moč je čirá bez příměsí.

Ošetřovatelský problém: riziko infekce PMK

Priorita: střední

Měřicí techniky: příjem a výdej tekutin, sledování projevů infekce z důvodů PMK – měření teploty, pálení, začervenání v okolí ústí močové rourky

4. Pohyb a udržování polohy

Subjektivně: *Doma jsem chodila o holi, měla jsem jistotu, než jsem začala padat. Tady mě nutí chodit, já nemůžu, cvičí se mnou, ale já nemůžu chodit.*

Objektivně: Pacientce po iCMP je již indikována RHB na lůžku a vertikalizace – sed, stoj, chůze. Nespolupracuje. Poloha pacientky je na zádech, se zvýšenou horní polovinou těla. Pacientka si krátce sedne s pomocí hrazdičky, s dopomocí sestry se přetáčí na bok.

Ošetřovatelský problém: nespolupráce, riziko dekubitů (19 bodů – střední riziko dekubitů) riziko pádu (10 bodů – vysoké riziko pádu), Barthelův test (35 – vysoce závislý).

Měřicí techniky: rozhovor, Norton score, Screeningový test rizika pádu, Barthelův test základních všedních činností

5. Spánek a odpočinek

Subjektivně: *Můžu spát dobře, jsem slabá.*

Objektivně: Pacientka spí dobře. Bolest neguje.

Ošetřovatelský problém: 0

Měřicí techniky: rozhovor s pacientkou

6. Oblékání, svlékání

Subjektivně: *Oblékám se pomalu, ale jde to.*

Objektivně: Pacientka má lehce zhoršenu hybnost PHK v důsledku prodělané iCMP, ale při oblékání je soběstačná. Potřebuje připravit oblečení na lůžko.

Ošetřovatelský problém: 0

Měřicí techniky: Barthelův test základních všedních činností (35 bodů)

7. Regulace tělesné teploty

Subjektivně: *Mám ráda, když je chladněji.*

Objektivně: TT 36,7 C, nepotí se

Ošetřovatelský problém: 0

Měřicí techniky: měření tělesné teploty, barva a vlhkost kůže

8. Hygiena, ochrana pokožky

Subjektivně: *Nedojdu k umyvadlu, potřebuji to donést, sestra mi pomáhá.*

Objektivně: Odmítá vstát, sestra asistuje při hygieně, která probíhá na lůžku. Kůže je čistá, suchá., bez patologických změn. Pacience je třeba donést vodu a hygienické prostředky k lůžku, i při omývání je třeba asistovat. Vzhledem k její imobilitě je zde riziko vzniku dekubitů.

Ošetřovatelský problém: nesoběstačnost

Priorita: střední

Měřicí techniky: Barthelův test (35 bodů), Norton score (19 bodů)

9. Nebezpečí

Subjektivně: *Nemůžu chodit, prostě nemůžu, neposlouchají mě nohy.*

Objektivně: Pacientka má zhoršenou mobilitu v důsledku dg, , lékařem je již ordinována chůze, ale pacientka nechce rehabilitovat. Je zde riziko následné svalové atrofie.

Ošetřovatelský problém: nespolupráce.

Priorita: vysoká

Měřicí techniky: Barthelův test (35 bodů), Screeningový test rizika pádu (10 bodů)

10. Komunikace

Subjektivně: *Mluví s dcerou, špatně se mi vyslovuje, ale chci mluvit.*

Objektivně: Pacientka v důsledku dg špatně artikuluje, ale zde se snaží o zlepšení. Je v péči logopeda. Problémy jsou od prvního dne hospitalizace, náhle přestala mluvit, nyní se to postupně zlepšuje, rozumění je neporušeno, řeč tichá, hlas hrubší, lehká expresní porucha řeči. Protože spolupracuje s logopodem, jsou zde dobré prognózy postupného zlepšování.

Ošetřovatelský problém: zhoršená artikulace

Priorita: střední

Měřicí techniky: rozhovor

11. Víra

Subjektivně: *Věřila jsem v Boha, ale za války, když zabíjeli moje kamarádky, jsem se ptala kde je Bůh, už nevěřím.*

Objektivně: Nezpracovaná bolest, kterou prožila za 2. sv. války. Je ateistka.

Ošetřovatelský problém: nezpracovaná bolest

Priorita: nízká

Měřicí techniky: rozhovor

12. Smyslupná činnost

Subjektivně: *Doma mám velkého koníčka , zahradu, máme krásnou zahradu, dělám na ní.. Měla jsem pejska, teď už nechci, co umřel, už jsem stará.*

Objektivně: V nemocnici je bez zájmu o jakoukoli činnost.

Ošetřovatelský problém: deficit tvořivé činnosti

Priorita: střední

Měřicí techniky: rozhovor

13. Aktivní rekreace

Subjektivně: *Chodím jen na zahradu, ale teď už chodit nebudu, už to nejde.*

Objektivně: Pacientka odmítá cvičení na lůžku a rehabilitaci. Hrozí nebezpečí, že nebude chodit ani doma.

Ošetřovatelský problém: snížená mobilita, nespolupráce

Priorita: vysoká

Měřicí techniky: Barthelův test (35 bodů)

14. Učení

Subjektivně: *Ctěla bych lépe mluvit, jde mi to pomalu, chodí za mnou doktorka.*

Objektivně: Pacientka hůře artikuluje, spolupracuje s logopedem. Není soběstačná. Není namotivovaná ke spolupráci při cvičení a rehabilitaci. Pacientce byl proveden test na zjištění zmatenosti (7 bodů – dolní hranice, ale nejedná se ještě o zmatenost). Pacientka během testu nezvládala odčítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat zpětně měsíce v roce, nevzpomněla si na jméno současného presidenta.

Ošetřovatelský problém: není motivována k RHB

Priorita: vysoká

Měřicí techniky: Gaidův test - zkrácený mentální bodovací test pro ošetřovatelské zhodnocení

3.4 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT

Ordinovaná vyšetření

Echokardiografie dne 12.1.2016

Závěr: Symetrická dosud koncentrická hypertrofie hraničně rozšířené levé komory se sníženou compliance. Fibrotické změny aortomitrálně, mitrálně lehčí insuficience / do 2/4/. Klidově bez průkazného přetlaku v plicnici.

Pozn. Vzhledem k rozšíření levé síně, cave poruchy rytmu síně s eventualitymi embolickými komplikacemi. Doporučuji monitoring dle Holtra, přinejmenším antiagregační terapie.

RTG: 12.1.2016

CT mozku nativně

Závěr: leukoarioza, jinak věku přiměřený nález na nativním CT mozku

EEG: 12.1.2016

Závěr: abnormální nález EEG s difuzními hypofunkčními změnami, které mají max v povodí ACM 1sin, méně i ACM 1.dx.

EKG Holter monitoring dne 12.1.2016

Závěr: V. s. Ojedinelá epizoda SVE, nelze vyloučit epizodu FiS se zrychlenou akcí – vhodná antikoagulace. Bez známek koronární insuficience.

Terapie

Medikamentózní léčba

Na ambulanci při příjmu i.v. F 1/1 infuzní roztok 500ml

Tabulka 8 Léková anamnéza akutní

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Euthyrox	Tbl./p.o.	50 mcg	1-0-0	Subs. Hor. Štítné žlázy
Portora	Tbl/p.o.	35 mg	1-0-1	kardiaka- stimulantia
Trombex	Tbl/p.o.	75 mg	1-0-0	antiagregantia
Vesicare	Tbl/p.o.	10 mg	1-0-0	urologikum
Cavinton	Tbl/p.o.	5 mg	01.01.00	Nootropitum
Geratam	Tbl/p.o.	800 mg	01.01.00	Nootropitum
Agen	Tbl/p.o.	5 mg	1-0-0	Vazodilatanty
Clexane	s.c.	0,4 ml	1x/24 hod	Heparin

Invaze:

PMK

PŽK

Konzervativní léčba:

Dieta: 3

Pohybový režim: omezen

RHB: rehabilitace na lůžku, později vertikalizace – sed, leh, chůze

Logopedie: fatická porucha

Podpůrná psychoterapeutická intervence za asistence terapeutického psa.

3.5 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 13.1.2016

Pacientka, věk 84 let, byla přijata dne 11.1.2016 k observaci na neurologické oddělení pro lehkou expresivní fatickou poruchu. Ještě týž den se vyvinula lehká pravostranná hemiparéza akcetovaná na PHK, asymetrie koutku 1.dx.. Byla nasazena vazodiletační infuzní terapie, v medikaci vysazen Anopyrin 100 mg tbl, nasazen Trombex 75 mg tbl, z důvodu vyššího TK i Agen 5 mg tbl. Dne 11.1.2016 byl zaveden PMK a PŽK. Nyní je sledováno okolí invazivních vstupů, které je k dnešnímu dni bez

známek infekce, katétry jsou průchodné, barva moči – je čirá, bez příměsí, sledován příjem a výdej tekutin, TK 151/99mmHg. Pacientka je indikována k logopedii a léčebné rehabilitaci. Logoped za pacientkou dochází, pacientka spolupracuje, je aktivní. Postoj pacientky k rehabilitaci je pasivní, není motivována, cvičení na lůžku i vertikalizaci – stoj, chůze - odmítá Pacientka zaujímá pasivní polohu na lůžku, se zvýšenou horní polovinou těla. Posadí se krátce s pomocí hrazdičky, přetočí se na bok s dopomocí sestry.. Hrozí riziko dekubitů dle stupnice Nortonové (18 bodů), riziko pádů (6 bodů). Proveden Barthelův test základních všedních činností (35 bodů). Pacientka sama jako svůj problém udává, že hůře vyslovuje. Ošetřujícím lékařem pacientky byla vyžádána psychologická intervence za asistence terapeutického psa. Indikovaným důvodem byla nízká compliance pacientky s lékařem – odmítání chůze. Pacientka podepsala informovaný souhlas s touto intervencí.

3.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA International 2015 – 2017 a dle priorit pacientky.

Aktuální diagnózy

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Doména 4: Aktivita /odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky:

změna chůze

zhoršené provádění jemných motorických dovedností

zhoršené provádění hrubých motorických dovedností

Související faktory:

intolerance aktivity

neochota iniciovat pohyb

senzoricko- percepční poškození (iCMP - dysarterie)

muskuloskeletální poškození (iCMP)

nervosvalové poškození (iCMP - lehká pravostranná hemiparéza)

Priorita:vysoká

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání

Určující znaky:

zhoršená schopnost dostat se do koupelny

Související faktory:

snížená motivace

muskuloskeletální poškození

neuromuskulární poškození

Priorita: střední

Potencionální diagnózy

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchyllost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

Dospělí – pády v anamnéze, věk nad 65 let (84 let), protézy dolních končetin (TEP pravá kyčel), používání pomocných prostředků (FH)

Farmaka - antihypertenziva

Fyziologické – akutní onemocnění, potíže s chůzí, zhoršená mobilita

Priorita: vysoká

Riziko dekubitu (00249)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchyllost k lokalizovanému poranění kůže nebo podkožních tkání obvykle v místech kostních výčnělků v důsledku tlaku či tlaku v kombinaci se smykem (NPUAP, 2007).

Rizikové faktory:

snížená mobilita

cévní mozková příhoda v anamnéze

nízký počet bodů na škále posuzující riziko vzniku dekubitů (Norton score 19 – střední riziko)

Priorita: střední

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory:

invazivní postupy (PMK, PŽK)

prostředí se zvýšeným výskytem patogennů

Priorita: střední

3.7 ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly rozpracovány dle NANDA International 2015 – 2017 ke dni 13. 1. 2016 dle priorit pacientky

3.7.1 ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST (00085)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky:

změna chůze

zhoršené provádění jemné motoriky

zhoršené provádění hrubé motoriky

Související faktory:

intolerance aktivity
neochota iniciovat pohyb
senzoricko-percepční poškození
muskuloskeletální poškození
nervosvalové poškození

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: Pacientka chodí s pomůckou (chodítko).

Krátkodobý cíl: Pacientka je namotivována k RHB, iniciuje sama pohyb.

Očekávané výsledky:

Pacientka je namotivována ke spolupráci a účastní se pohybových aktivit – do 1 dne.

Je podpořena celková hybnost pacientky – do 2 dnů.

Pacientka umí používat pomocné prostředky (chodítko) – do 3 dnů.

Pacientka chodí s pomocí chodítka – do 3 dnů.

Plán intervencí:

Vytvoř tým v rámci multidisciplinární péče (lékař, fyzioterapeut, logoped, psychoterapeut -canisterapeut, všeobecná sestra) - do 1 dne.

Urči faktory, které ovlivňují nechuť pacientky k pohybu – do 1 dne – tým.

Edukuj pacientku o riziku imobility – do 1 dne – všeobecná sestra.

Zúčastni se canisterapeutické metody AAT – vždy – tým.

Polohuj pacientku, zabraň poškození PMK, udržuj čistotu pacientky a lůžka, pozoruj pacientku a proved' zápis do dokumentace, kontroluj nasazení postranic - canisterapeutické intervence - všeobecná sestra.

Realizace (canisterapie)

Na základě multidisciplinárního přístupu byl sestaven tým, který vedla klinická psychologička Mgr. Lenka Procházková (dále psychoterapeut) , která pracuje v nemocnici na oddělení Klinické psychologie a využívá asistence terapeutického psa, zlatého retrívra, jménem Fanny - je to speciálně vycvičený canisterapeutický pes, umístěný v nemocnici v rámci rezidentního programu. Složení týmu bylo měněno dle potřeb pacientky. Jeho součástí byli ošetřující lékař pacientky, fyzioterapeut, logoped, staniční sestra, ošetřující všeobecné sestry neurologického oddělení. Intervence byly řízeny psychoterapeutem. Všeobecnou sestrou byla pacientce během těchto intervencí

poskytována ošetrovatelská péče, která zahrnovala pomoc při polohování pacientky, udržování čistoty pacientky a lůžka (pod psa byla dána podložka a po ukončení intervence byla pacientce provedena dezinfekce rukou a lůžka, které bylo opět čistě povlečeno), péči o PMK (aby nedošlo k poškození při polohování pacientky vedle psa), pozorování chování, emocí pacientky a zápisu do dokumentace o průběhu sezení, po každé intervenci byly u lůžka nasazeny zpět postranice a signalizační zařízení lůžka bylo dáno zpět na dosah ruky pacientky. Celkem byly stanoveny tři intervence. Na základě reakcí pacientky při intervencích byly voleny druhy canisterapeutických metod (psychoterapeutické působení – kdy pes je kooterapeutem, polohování, hra)- vše bylo zaměřeno na posílení motivace spolupráce, rozvoj kognitivních funkcí a artikulace.

1. Intervence dne 13.1.2016

A. Úvodní část

Staniční sestrou byl tým (psychoterapeut, fyzioterapeut, všeobecná sestra) uveden na pokoj. Pes přišel klidně. Vyvolal pozitivní reakce ostatních hospitalizovaných. Psychoterapeut se přivítal s pacientkou, představil náš tým, informoval ji a o průběhu intervence. Pacientka byla rozpačitá, potvrzovala si souhlas s intervencí u lékaře, který náhodně vstoupil do pokoje. Až po doporučení intervence lékařem , udělala pacientka prostor pro psa na lůžku. Přestože byla pacientka předem o intervenci informována, podepsala souhlas, bylo patrné, že jak odmítá celkově spolupráci, měla tendenci odmítnout i nás. Zároveň se mohou projevovat emoční výkyvy jako následek po iCMP.

B. Relaxační část

Pes leží po levém boku pacientky, je tak podporováno přetáčení na bok, aktivace pohybu pravé ruky. Psychoterapeut zahajuje rozhovor s využitím psa jako kooterapeuta: „Cítíte, jak vás pes hřeje?, Pokuste se ho pohladit pravou rukou....“ Pacientka přikyvuje, pravou rukou hladí psa a vzpomíná, jak sama měla psy. Obtížně artikuluje, ale usilovně se snaží popisovat své zážitky se psy. Během reminiscenční terapie tak dochází k podpoře dlouhodobé paměti. Na otázku jak se jí dnes daří, říká, že je unavená, protože s ní dnes cvičili. Zde je patrná její pasivita – rehabilitaci nevnímá jako svou vlastní aktivitu, ale ONI S NÍ CVIČILI. Psychoterapeut navazuje a snaží se motivovat pacientku ke spolupráci. Společně s fyzioterapeutem obohacují intervenci o stimulaci povrchu kůže pravé ruky. Pacientka zavře oči a kontakt jazyka psa s pokožkou pacientky přináší různorodé taktilní vjemy. Pacientka se emočně uvolnila, popisuje co

cítí – drsný a teplý povrch jazyka. Kontakt jazyka psa s kůží pacientky stimuluje nervosvalová podkožní zakončení, je to nadstavba rehabilitačních pomůcek. Psychoterapeut oceňuje momenty, kdy pacientka sama vstupuje do té interakce. Pacientka je upozorněna, že ona má tu odměnu, že půjde domů, když se bude snažit více spolupracovat.

C. Závěrečná část

Psychoterapeut vyzývá pacientku k reflexi proběhlé intervence. Ta popisuje příjemné prožitky se psem, uvědomuje si, že se těší domů. Do popředí se dostávají chuťové vjemy pacientky, začala uvažovat o jídle, na které se doma těší. Nechce Fanny pustit z lůžka dolů, stále se snaží psa hladit, říká, že bude vše odpoledne vyprávět dceři. Když Fanny sedí vedle postele, pacientka si sedá na lůžku, aby na Fanny dosáhla.

2. Intervence dne 14.1.2016

A. Úvodní část

Pacientka se na nás hned při příchodu osočila, že nechodíme častěji. Že už se všichni na pokoji na pejska těší. Dělá pro psa místo na lůžku, ale chce ji na pravou stranu - „Já vím, co mi je, já mám pravou stranu“. Oproti první intervenci kontakt navázala spontánně i když v negaci, ale měla aktivní přístup.

B. Relaxační část

Pes leží z pravé strany. Pacientce jsou dány do dlaně pravé ruky pamlsky, aby je pevně sevřela a nechala psovi pamlsek vydolovat ze sevřené pěsti. Další pamlsek pacientka sama schovává pod peřinu a vybízí psa, aby ho hledal. Informuje nás, že už stála při rehabilitaci. Teď má největší problém, že se jí špatně vyslovuje. Psychoterapeut podporuje artikulaci formou hry se psem. Společně s pacientkou dávají psovi povely- pac, lehni, sedni... Pacientka hledala sama aktivně, co je pro ni dobré, jak si může pomoci oproti té první intervenci, kde neměla snahu spolupracovat. Nabízí se otázka, proč pacientka tak kolísavě reagovala. Bylo pro ni těžké podat se důvěře, bylo patrné, že celý život měla rozhodující roli, proto kolísala ta spolupráce a pes možná pomohl zapomenout pro ni ten rozkol.

C. Závěrečná část

Psychoterapeut vyzývá ke konci sezení a k závěrečné reflexi. Pacientka verbalizuje, že se na Fanny moc těšila, na hraní, kontakt s ní, že si o tom povídala s pacientkami, s lékařem při vizitě a s ostatním personálem.

3. Intervence dne 15.1.2016

A. Úvodní část

Změnilo se obsazení pokoje. Pacientka je zdrženlivá, pozorností odbíhá k vedlejší pacientce, je u ní patrná nejistota, kterou později verbalizuje, že si není jistá, zda je jiným pes příjemný. Psychoterapeutem je ujištěna o předběžném souhlasu ostatních pacientů se vstupem psa na pokoj. Pacientka nám sděluje, že dopoledne krátce chodila s chodítkem za doprovodu fyzioterapeuta.

B. Relaxační část

Během třetí intervence dominuje více aktivizační část za využití her a drobných úkolů. Stále je snaha o aktivizaci, o motivaci ke spolupráci a paralelně význam těchto her je i stimulace jemné motoriky a rozvoj kognitivních funkcí. Pacientka si sama sedá na lůžko. Pes stojí vedle lůžka, na kterém jsou rozloženy barevné kostky a pacientka je má poskládat podle barev semaforu. Následně je vyzývána, aby vkládala pamlsky pravou rukou do misek podle zadaných barev – pes je na její povel vyjídá. Při volbě barev vždy váhala, zadání provádí s drobnými chybami.. Po ukončení her přechází pes s pacientkou do přímé relaxační fáze, pacientka vnímá teplo a klidný harmonizující dech psa. Společně odpočívají. Zřejmě v důsledku her se pacientka přenáší ve vzpomínkách do ranných fází svého života (jak si hrála se psy, jak pracovala na zahrádce a těší se, že na ní opět bude pracovat).

C. Závěrečná část

Psychoterapeut vyzývá k reflexi proběhlého sezení. Pacientka verbalizuje, že si pěkně pohráli, že je pejsek hodný , chytrý a poslouchá.

Hodnocení

Dlouhodobý i krátkodobý cíl byl splněn. Dle měřicí škály Barthelův test základních všedních činností se stav pacientky posunul během realizace ošetrovatelského plánu z 35 bodů tj. vysoká závislost na hodnotu 70 bodů tj. lehká závislost (viz příloha A). Pacientka chodí s použitím chodítka. Pacientka byla namotivována , spolupracuje při RHB, sama pohyb vyhledává. Úspěšná realizace plánu byla dána multidisciplinárním přístupem a včasným podchycením a vhodným řešením negativních změn v chování pacientky.

3.7.2 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebevěče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

zhoršená schopnost dostat se do koupelny

zhoršená schopnost opatřit si potřeby ke koupání

zhoršená schopnost osušit si tělo

Související faktory:

snížená motivace

muskuloskeletální poškození

neuromuskulární poškození

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacientka má po dobu hospitalizace čistý zevnějšek, hygiena je prováděna v koupelně.

Krátkodobý cíl: Pacientka má možnost provádět osobní hygienu dle její potřeby a minimálně 2 x denně. Pacientka spolupracuje.

Očekávané výsledky:

Pacientka provádí osobní hygienu dle své potřeby – ihned.

Pacientka má opatřeny potřebné hygienické prostředky – ihned.

Pacientka má čistý zevnějšek – ihned.

Pacientka je motivována ke spolupráci – do 1 dne.

Pacientka provádí osobní hygienu v koupelně – do 2 dnů.

Plán intervencí

Zhodnot' možnosti pacientky při sebevěči během koupání – do 2 hodin – všeobecná sestra.

Obstarej vhodné hygienické prostředky – vždy – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Pečuj soustavně o čistotu pacientky – denně – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Pomáhej pacientce při mytí a osušení (kožní řasy) – vždy – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Motivuj pacientku ke spolupráci při provádění hygieny – denně – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Edukuj pacientku o výhodách provádění osobní hygieny v koupelně – denně – všeobecná sestra.

Prováděj záznamy o hygieně, změnách v motivaci pacientky do dokumentace – denně -všeobecná sestra.

Realizace:

Pacientce byly zkontrolovány prostředky používané k osobní hygieně, byly vhodné a dostačující. Dle testu Barthelové byla zhodnocena její sebek péče při koupání. Pacientka byla poučena o správně prováděné hygieně a o výhodách její realizace v koupelně, do které se odmítá přemístit. Byla domluvena spolupráce při mytí na lůžku. Každý den ráno i večer byla pacientce připravena voda a osobní hygienické prostředky k lůžku. Za asistence všeobecné sestry nebo zdravotnického asistenta byla pacientka řádně omyta a osušena. Asistence probíhala především při omývání zadní části těla, dolních končetin a důkladném vysušení kožních záhybů. Pacientka spolupracovala, sama si omývala přední část těla, prováděla hygienu ústní dutiny. Pacientce byly zastřiženy nehty 3. den hospitalizace. Během dne byla hygiena prováděna dle potřeb pacientky. Zvýšená péče byla všeobecnou sestrou realizována během canisterapeutických sezení, která u pacientky byla zahájena 3. den hospitalizace. Pacientce bylo lůžko pokryto podložkou pro umístění psa, po ukončení canisterapie bylo pacientce umožněno omytí, především dezinfekce rukou a předáno čisté osobní a lůžkové prádlo. Všechny změny v oblasti prováděné hygieny byly zaznamenávány všeobecnou sestrou denně do dokumentace..

Hodnocení:

Cíl byl splněn částečně. Pacientka odmítala provádět hygienu v koupelně. Pacientka měla po dobu hospitalizace čistý zevnějšek, bylo jí umožněno realizovat hygienu dle vlastních potřeb. Během hygieny na lůžku pacientka spolupracovala.

3.7.3 RIZIKO PÁDŮ (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchyllost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

Dospělí – pády v anamnéze, věk nad 65 let (84 let), protézy dolních končetin (TEP pravá kyčel), používání pomocných prostředků (FH)

Farmaka - antihypertenziva

Fyziologické – akutní onemocnění, potíže s chůzí, zhoršená mobilita

Priorita: vysoká

Dlohodobý cíl: Pacientka během hospitalizace neupadne a nezraní se.

Krátkodobý cíl: Jsou nastaveny preventivní opatření zabraňující pádu pacientky. Pacientka rozumí preventivním opatřením a spolupracuje při jejich realizaci.

Očekávané výsledky

Preventivní opatření proti pádu jsou nastaveny - ihned.

Pacientka je edukována o riziku pádu a preventivních opatřeních – do 1 hodiny.

Pacientka používá vhodně signalizační zařízení. - do 1 dne.

Pacientka má zajištěnu vhodnou obuv – do 1 dne.

Pacientka rozumí preventivním opatřením a spolupracuje při jejich realizaci – do 2 dnů.

Pacientka umí bezpečně používat pomocné prostředky – chodítka - do 3 dnů.

Plán intervencí

Hodnot' dle měřicí techniky Rizika pádu stav pacientky – denně – všeobecná sestra.

Edukuj pacientku o rizicích pádu a možnostech prevence – do 1 hodiny – všeobecná sestra.

Ověř si, že pacientka rozumí těmto informacím – do 1 dne – všeobecná sestra.

Nastav signalizační zařízení u lůžka pacientky na dosah její ruky – ihned – všeobecná sestra.

Ověř si, že pacientka umí signaliační zařízení použít – ihned – všeobecná sestra.

Nasad' postranice u lůžka pacientky – ihned – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Obstarej pacientce vhodnou obuv – do 1 dne- všeobecná sestra, zdravotnický asisten.

Informuj pacientku o možnostech používání kompentzačních pomůcek (chodítka) – do 1 dne – všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Předcházej pádům – denně – všeobecná sestra., zdravotnický asistent.

Prováděj záznamy do dokumentace průběžně (změny stavu, pády) - denně všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Realizace

Při příjmu byl stav pacientky zhodnocen měřicí technikou Rizika pádu (10 bodů) a následně každý den pomocí této techniky přeměřen. Pacientka byla edukována o riziku pádu a preventivních opatřeních proti pádu. Byla informována o nutnosti přivolání všeobecné sestry či fyzioterapeuta při vertikalizaci – stání, chůze. Pacientka si vyzkoušela používání signalizačního zařízení a měla ho vždy na dosah ruky. Obuv pacientky byla vhodná – s protiskluzovou podrážkou a pevnou patou. Obuv byla každý den připravena na dosah pacientky. Lůžko pacientky mělo vždy nasazeny postranice. Během rehabilitace fyzioterapeutem za asistence canisterapeutického psa dochází postupně od 2. dne k nácviku používání chodítka a bezpečné chůze. Všeobecnou sestrou po ukončení této rehabilitace byla překontolována bezpečnost lůžka – postranice nasazeny, pacientka správně napolohována, signalizační zařízení na dosah ruky pacientky, obuv pacientky připravena u lůžka. Všeobecnou sestrou byl každý den proveden záznam o průběhu a změnách v této oblasti do dokumentace.

Hodnocení

Cíle byly splněny. Během hospitalizace pacientka zatím neupadla. Pacientka dodržuje preventivní opatření pádu na lůžku, a během canisterapeutických intervencí se seznamuje s kompenzačními pomůckami, je zahájen nácvik vertikalizace do stoje a chůze.

3.7.4 RIZIKO DEKUBITU (00249)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k lokalizovanému poranění kůže nebo podkožních tkání obvykle v místech kostních výčnělků v důsledku tlaku či tlaku v kombinaci se smykem (NPUAP,2007).

Rizikové faktory:

snížená mobilita

cévní mozková příhoda v anamnéze

nízký počet bodů na škále posuzující riziko vzniku dekubitů (Norton score 19)

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: U pacientky nedojde během hospitalizace k nežádoucím změnám kůže.

Krátkodobý cíl: Jsou nastaveny preventivní opatření porušení kožní integrity. Pacientka dodržuje hygienu a spolupracuje při prevenci vzniku dekubitů.

Očekávané výsledky:

Pacientka je edukována o hygieně – ihned.

Pacientka si uvědomuje nutnost správně prováděné hygieny a spolupracuje – do 2 dnů.

Pacientka má čisté a suché lůžko, volný a čistý oděv – do 1 dne.

Pacientka mění polohu na lůžku s dopomocí – do 1 dne.

Pacientka je chráněna na rizikových zónách před vznikem otlaků – do 1 dne.

Pacientka s dopomocí cvičí cviky na lůžku k podpoře kloubní pohyblivosti a prokrvení tkání – do 3 dnů.

Pacientka nemá porušenu integritu kůže – vždy.

Plán intervencí

Zjistí riziko vzniku dekubitů dle Norton score – do 2 hodin- všeobecná sestra.

Pouč pacientku o nastavených preventivních opatřeních, domluv se s ní o možnostech spolupráce na prevenci. - do 2 hodin- všeobecná sestra, zdravotnický asistent..

Zkontroluj čistotu a suchost lůžka, volný a čistý oděv pacientky – vždy- všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Pomáhej pacientce při hygieně – vždy – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Masíruj a používej kosmetické masti na kůži pacientky – 1x denně- všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Zkontroluj zda je kůže pacientky čistá , bez otlaků – při polohování- všeobecná sestra.

Polohuj pacientku – po 2 hodinách- všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Používej antidekubitní pomůcky – denně -všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Nauč pacientku cviky na lůžku pro prokrvení tkání- do 2 dnů -všeobecná sestra, fyzioterapeut.

Zapisuj stav kůže do dokumentace- denně – všeobecná sestra.

Realizace

Pacientka byla poučena všeobecnou sestrou, první den hospitalizace ,o riziku vzniku dekubitů dle výsledků Norton score (19 bodů) a o nutnosti dodržování preventivních opatření během prvního dne hospitalizace. Pacientce bylo lůžko převlékáno do čistého ložního prádla při ranní hygieně a několikrát denně při polohování byla kontrolována čistotou a suchost lůžka, odstraněny nerovnosti na lůžku. Pacientce při polohování byl kontrolován oděv, každé ráno a večer dáno čisté osobní prádlo a během dne dle potřeby.

Pacientka byla polohována po 2 hodinách s použitím antidekubitních pomůcek, během polohování byly kontolovány především otlakové zóny: při poloze na boku – ramenní kloub, kyčelní kloub, zevní strana kolenního kloubu, plochy mezi koleny, zevní kotník, při poloze na zádech – 7. krční obratle, hřeben lopatek, loketní klouby, oblast kosti křížové, paty. Pacientce bylo pomáháno s hygienou (omývání, vysušení kožních záhybů). Po večerní hygieně bylo promasírováno mastí celé tělo, zvláště otlakové zóny. Péče byla realizována především všeobecnou sestrou a zdravotnickým asistentem. Pacientce byly předvedeny cviky, kterými na lůžku může sama podpořit dobré prokrvení tkání a rozhýbání kloubů, byla vybízena několikrát denně k tomuto cvičení, zde probíhala spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta. Denně byl všeobecnou sestrou prováděn záznam do dokumentace.

Hodnocení

Dlohodobý cíl byl splněn, během hospitalizace nedošlo u pacientky k nežádoucím změnám kůže. Pacientka spolupracovala při hygieně a polohování, sama se zapojovala při udržení čistoty lůžka, ale nezajímala se o možnost cvičení na lůžku.

3.7.5 RIZIKO INFEKCE (00004)

Doména 11: Bezpečnost/Ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory:

invazivní postupy (PMK, PŽK)

prostředí se zvýšeným výskytem patogennů

Priorita: střední

Dlohodobý cíl: Pacientka nemá po dobu zavedení invazivního vstupu (PŽK, PMK) známky lokální ani celkové infekce.

Krátkodobý cíl: Pacientka je poučena o možném riziku vzniku infekce, je poučena o příznacích infekce a umí je popsat.

Očekávané výsledky:

Invazivní vstupy/ PŽK, PMK/ jsou průchodné – denně.

Moč je čirá, bez příměsí – denně.

Pacientka nemá začervenání, otok v okolí invazivních vstupů /PŽK, PMK/ – denně.

Pacientka si nestěžuje na pálení, svědění či bolest v okolí invazivních vstupů – denně.

Pacientka má teplotu do 37 C. - denně.

Plán intervencí:

Zhodnot' stav kůže v místě invazivních vstupů – do 2 hod - všeobecná sestra.

Vysvětlí pacientce možné příznaky infekce – do 1 dne – všeobecná sestra.

Pátrej po místních známkách infekce v místě invazivních vstupů – denně – všeobecná sestra.

Ptej se pacientky na možné pocity příznaků infekce – denně – všeobecná sestra.

Mysli na možnost celkové sepse – denně – všeobecná sestra.

Kontroluj průchodnost invazivních vstupů – denně – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Sleduj fyziologické funkce – denně -všeobecná sestra.

Kontroluj zbarvení moči, bilanci tekutin – průběžně – všeobecná sestra.

Prováděj asepticky převaz PŽK -dle potřeb pacienta a standardu pracoviště – všeobecná sestra

Pomáhej pacientovi při hygieně v okolí PMK – denně – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Udržuj lůžko a oděv pacienta v čistotě – denně – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Dokumentuj sledování, změny , převazy invazivních vstupů – denně – všeobecná sestra.

Realizace:

Pacientka byla první den hospitalizace poučena všeobecnou sestrou o možném riziku vzniku infekce, o jejích projevech a požádána , aby nahlásila pocity svědění, pálení, bolest v okolí invazivních vstupů. Zároveň byly tyto projevy sledovány denně sestrou. Lůžko a oděv pacientky byly udržovány v čistotě. Pacientce bylo pomáháno s hygienou a zvýšená pozornost byla věnována hygieně v okolí invazivních vstupů. Byla sledována průchodnost katétrů, zbarvení moče, příjem a výdej moči byl sledován denně. Dle standardů oddělení byly prováděny asepticky převazy PŽK. Bylo sledováno, zda se nevyskytují příznaky sepse (horečka, třesavka, pocení, poruchy vědomí, pozitivní bakteriologické/mikrobiologické vyšetření krve a moči). Všeobecnou sestrou bylo vše denně dokumentováno.

Hodnocení:

Dlouhodobý i krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka byla po celou dobu hospitalizaci bez příznaků lokální či celkové infekce, pacientka spolupracovala

3.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Zdravotní stav pacientky, hospitalizované na neurologickém oddělení, byl sledován po dobu tří dnů. Ošetrovatelská péče probíhala v rámci multidisciplinárního přístupu k pacientce. Na podnět ošetřujícího lékaře bylo spolupracováno v týmu – klinický psycholog, fyzioterapeut, logoped, všeobecná sestra. Při plánování péče se vycházelo ze stěžejního problému pacientky – imobility v důsledku její nespolupráce. Byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a plán intervencí, na jehož podkladě byla ošetrovatelská péče realizována v rámci týmu. Ošetrovatelská péče se soustředila především na předcházení rizik vyplývajících z imobility pacientky a na její motivaci ke spolupráci. Pacientka, včetně rodiny, byla včas o možných rizicích edukována. Cíle mohou být hodnoceny jako splněné. U pacientky během těchto tří dnů nebyly zaznamenány pády, dekubity, infekce. Pacientka (i lůžko) byla vždy čistá, upravená.

Cílem týmu bylo zabránit u pacientky vzniku deprese a namotivovat ji ke spolupráci a to především v oblasti fyzioterapie. Všeobecná sestra byla účastna i u psychoterapeutických intervencí za asistence canisterapeutického psa. Během těchto intervencí byla pacientka pozorována, vše bylo zaznamenáváno do dokumentace, zároveň bylo pečováno o hygienu pacientky i lůžka, dohlíženo, aby nebyly porušeny invazivní vstupy (PMK, PŽK) a kontrolována bezpečnost lůžka po ukončení intervencí (nasazení postranic, signalizační zařízení v dosahu pacientky).

Postupně u pacientky byla posilována motivace ke komunikaci a spolupráci. Zpočátku byla opatrná, kontakt se zvířetem ji vtáhl a zprostředkovaně pomohl navázat kontakt s lidmi. Canisterapie je most k lidem. Byla nemotivována, canisterapie pacientce umožnila, aby se sama aktivně zapojovala. Nový prvek je sdílení v mezidobí – zážitky z intervencí – sama aktivně vstupuje do kontaktu s lékařem, personálem. Tři sezení jsou krátká doba, ale přesto pro pacientku byl pes jiným tématem než nemoc, přinášel možnost pro komunikaci i s okolím, možnost procvičování řeči. Emočně kolísala, vstup do kontaktu se psem byl jednodušší, přes zvíře navázala kontakt i s fyzioterapeutem, což se projevilo ve spolupráci při rehabilitaci. Zajímavé bylo sledovat vliv psa i na ostatní pacientky.

Cíle ošetrovatelské péče byly splněny. Pacientka nebyla depresivní, každým dnem se zlepšovala její spolupráce a tím i celková mobilita, třetí den pacientka při rehabilitaci chodí s pomocí chodítka.

V rámci ošetrovatelské péče byla ke zhodnocení stavu pacientky použita každý den měřicí škála a to Barthelův test základních všedních činností ADL. Výsledné skore tohoto měření první den bylo 35 bodů (vysoce závislý), druhý den 55 bodů (závislost středního stupně), třetí den 70 bodů (lehká závislost) – viz příloha A.

Efekt celkové péče byl splněn, významnou roli u této pacientky sehrálo včasné podchycení příčin imobility a canisterapie jako motivační prvek její celkové spolupráce. Dílčí i dlouhodobé výsledky byly tak postupně realizovány. U pacientky dále probíhá léčebná i ošetrovatelská péče, vše je zaznamenáváno do dokumentace.

3.9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V oblasti péče o pacienty s CMP bude vždy nutné upozorňovat na význam primární, sekundární prevence a edukace obyvatelstva.

Hodnocení péče o pacienty s CMP v České republice (viz teoretická část práce) poukázalo na rozdílnost v úrovni akutní a následné péče. Domníváme se, že úspěšný průběh léčby u této konkrétní pacientky byl dán především multidisciplinárním přístupem v rámci akutní i následné péče. Celostní pohled na pacientku umožnil včasné podchycení a řešení změn jejího chování, zabránil rozvoji možných rizik. Dalším významným momentem péče byl individuální bio-psycho-sociální přístup k potřebám pacientky, který umožnila i spolupráce s její rodinou. Byly respektovány specifické potřeby vyvolané tímto onemocněním. Tyto postupy predikovaly u pacientky vhodně zvolit i psychoterapeutický přístup za asistence canisterapeutického psa. Domníváme se, že canisterapie je tak v souladu s definicí WHO „zdraví je komplexní stav fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti“, pomocnou metodou v komplexní léčbě a to působením v oblasti psychického zdraví a sociální pohody pacienta. Pes sám nevyлéčí, ale často se může stát rozhodujícím prostředníkem při navázání komunikace pacienta s okolím.

Doporučení pro pacienta

Spolupracovat a dodržovat léčebný režim.

Komunikovat a včas upozornit na změny zdravotního stavu.

Porozumět své nemoci a možným komplikacím.

Dodržovat zásady sekundární prevence -medikace, stravování, pohyb.

Dodržovat rehabilitační režim i po ukončení hospitalizace.

Snažit se být soběstačným a aktivním v péči o své zdraví.

Spolupracovat s psychologem.

Informovat se u všeobecné sestry o možných podpůrných metodách léčby a péče (např. canisterapie).

Najít si radost, zálibu, činnost, ve které se mohou realizovat.

Nebát se říci o pomoc.

Ocenit podporu rodiny.

Doporučení pro rodinu

Informovat se o nemoci CMP.

Umět včas rozpoznat signály zhoršujícího se stavu pacienta.

Poradit se s psychologem, spolupracovat s lékařem a ošetřujícím personálem.

Být trpělivý, naučit se specifika správné komunikace s pacientem.

Přístupovat k pacientovi stejně jako před nemocí, donutit ho, aby co může udělal sám.

Připravit bezpečné prostředí.

Informovat se o prevenci vyhoření, umět relaxovat.

Doporučení pro společnost

Informovat se o CMP.

Znát základy 1.pomoci.

Být tolerantní a vnímaví k lidem po CMP.

Pomoci těmto lidem zapojit se zpět do společenského života.

Doporučení pro všeobecnou sestru

Informovat se o nových postupech v ošetrovatelské péči.

Informovat se o podpůrných metodách péče.

Aktivně se zapojovat do primární i sekundární prevence.

Spolupracovat v rámci multidisciplinárního přístupu s celým zdravotnickým týmem a rodinou.

Předcházet mimořádným událostem správnou edukací pacienta a rodiny.

Získat důvěru pacienta vstřícným přístupem již při prvním kontaktu s ním.

Být všímavá, trpělivá, pacienta pozorovat.

Mít vždy na paměti specifika, která je nutné uplatňovat při komunikaci a péči o tyto pacienty.

Motivat pacienta k dodržování léčebného režimu.

Známky počínající deprese oznámit lékaři či psychologovi.

Věnovat zvýšenou pečlivost při zajištění bezpečného prostředí pro pacienta.

Vést pacienta k soběstačnosti a k aktivitě, chválit a povzbuzovat.

ZÁVĚR

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Cílem bylo přiblížit problematiku onemocnění cévní mozkové příhody, úlohu všeobecné sestry v ošetrovatelském procesu při péči o pacienty s touto diagnózou a informovat o možnostech využití canisterapie v této oblasti jako podůrné metody.

V teoretické části je popsána patologie onemocnění CMP. Je poukázáno na společenský význam a na úroveň léčby této nemoci v České republice. Důraz je kladen především na manifestaci problémů pacientů po CMP, se snahou upozornit na nutnost specifického přístupu všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o tyto pacienty.

Následuje popis canisterapie. Canisterapie není popisována jako léčebná metoda, ale jako metoda, která může být v rámci individuálního přístupu k pacientovi zapojena do podpory v oblasti komunikace, motivace, rehabilitace.

Praktická část je zaměřena na popis ošetrovatelského procesu u konkrétní pacientky s iCMP, hospitalizované na neurologickém oddělení. Základem ošetrovatelského procesu je zvolen model Virginie Henderson. V tomto humanistickém modelu ošetrovatelské péče je zdraví ztotožňováno se soběstačností pacienta a to je i cílem léčby a péče u pacientů po CMP. Dle Nanda domény byly sestaveny ošetrovatelské diagnózy, dále naplánovány a realizovány ošetrovatelské intervence. Léčba a péče probíhala v duchu multidisciplinárního přístupu, v rámci kterého byly realizovány i psychoterapeutické intervence za asistence canisterapeutického psa. U této pacientky tak bylo prakticky využito canisterapeutické metody k její motivaci a aktivaci v léčebném i ošetrovatelském procesu.

Můžeme se domnívat, že cíle práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BOHÁČEK, P., D. POLCAROVÁ, 2007. (Neuro)psychologické následky po cévní mozkové příhodě. In: *Sestra*, **17**(4), 41-42. ISSN 1210-0404.
- EXUPÉRY, A., 1998. *Malý princ*. Praha: Ottovo nakladatelství, s. r. o. ISBN 80-7181-244-7.
- CALLEROVÁ, J., R. ŠKULEC, 2010. Řešení cévní mozkové příhody v přednemocniční neodkladné péči – úkoly sestry, kazuistika. In: *Cor et vasa*, **52**(1-2), 84-86. ISSN 0010-8650.
- CATANGUL, J. E., J. SLARK, 2012. Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care. In: *British Journal of Nursing* [online]. **21**(13), 801-805. [cit.20.12.2015]. ISSN 0966-0461.
Dostupné na: <http://www.medvidek.cz/>
- ČERMÁKOVÁ, L., 2011. Ošetřování pacientů na UPV s dg. Cévní mozková příhoda. In: *Sestra*, **21**(12), 31-32. ISSN 1210-0404.
- ČEŠKA, R. a kol., 2010. *iINTERNA*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-423-0.
- GALAJDOVÁ, L., Z. GALAJDOVÁ, 2011. *Canisterapie Pes lékařem lidské duše*. Druhé vydání. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-879-1.
- GURKOVÁ, E., S. CIBŘÍKOVÁ, A. LENGYELOVÁ, 2013. Využitie meriacich škál v hodnotení neurologického stavu u pacientov s náhlou cievnou mozgovou príhodou. In: *Ošetrovateľstvo* [online]. **3**(1), 31-37, [cit. 10.01.2016]. ISSN 1338-6263.
Dostupný na: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv>
- HROMADA, J., 2010. Paliativní péče nemocných s cévní mozkovou příhodou. In: *Neurologie pro praxi*, **11**(1), 11-12. ISSN 1213-1814.
- CHARVÁT, M., 2015. Jak zvýšit prospěch pacientů z intervenční léčby iktů? In: *MEDICAL TRIBUNE.CZ* [online]. [cit. 24.02.2016]
Dostupné na: <http://tribune.cz/clanek/35701>
- CHRÁSTKOVÁ, E., R. MLČOCHOVÁ, 2009. Komunikační dovednosti sester u klientů po CMP s poruchou řeči. In: *Sestra*, **19**(7-8), 55-56. ISSN 1210-0404.

- JEDLIČKA, P., O. KELLER, 2005. *Speciální neurologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-321-5.
- KALITA, Z., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxford. ISBN 80-85912-26-0.
- KALVACH, P., 2010. *Mozková ischemie a hemoragie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2765-3.
- KOLIESKOVÁ, S., R. MIKULÍK, 2012. Novinky v prevenci ischemické cévní mozkové příhody. In: *Postgraduální medicína*, **14**(4), 29-34. ISSN 1212-4184.
- KOUBOVÁ, M., 2015. V akutní péči o pacienty s mrtvicí jsme na špici. V následné na dně. In: *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 24.02.2016].
Dostupné na: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/10>
- LEHOTSKÁ, M., 2014. Využitie meriacich a hodnoticich nástrojov v starostlivosti o pacientov po cevnej mozgovej prihode. In: *Florence*, **10**(4), 32-35. ISSN 1801-464X.
- LEPŠÍKOVÁ, M., 2007. Terapeutický přístup k pacientům po CMP či poranění mozku. In: *Multidisciplinární péče*, **2**(1), 43-44. ISSN 1802-0658.
- LHOŤAN, J., 2014. Vybrané problémy pacienta po CMP. In: *Sestra*, **24**(5), 26. ISSN 1210-0404.
- MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MIČULKOVÁ, O., 2003. Canisterapie v praxi. [online]. [cit.20.01.2016]
Dostupné na: <http://www.canisterapie.cz/>
- MIKULÍK, R., 2015. Jak zvýšit prospěch pacientů z intervenční léčby iktů?
In: *MEDICAL TRIBUNE.CZ* [online]. [cit. 24.02.2016]
Dostupné na: <http://tribune.cz/clanek/35701>
- MUSIL, L., 2015. U pacientů po cévní mozkové příhodě chybí následná péče. Někteří dokonce putují z ARO na LDN. In: *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 24.02.2016].
Dostupné na: <http://www.zdravotnickydenik.cz/>
- MÜLLER, O. a kol., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. Druhé vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

- NANDA INTERNATIONAL, 2013, *Ošetrovatelské diagnózy, Definice a klasifikace 2015-2017*. Desáté vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NAVRÁTILOVÁ, P., M. ČERNÍK, 2007. Neuropsychologická diagnostika a rehabilitace. [online]. [cit. 15.02.2016]
Dostupné na: <http://www.phil.muni.cz/>
- NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros, a. s. ISBN 80-00-01809-8.
- NĚMCOVÁ, J. A kol., 2015. *Skripta k předmětu Výzkum v ošetrovatelství. Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Třetí vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.
- ODENDAAL, J., 2007. *Zvířata a naše mentální zdraví*. Praha: Nakladatelství Brázda, s. r. o. ISBN 978-80-209-0356-3.
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211.
- PEHR, M., 2010. Kazuistika: Kolaps nebo CMP? In: *Practicus*, **9**(10), 36-37. ISSN 1213-8711.
- Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice, 2010. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. **2010**(2), 2-10. ISSN 1211-0868.
- PODIVÍNSKÝ, J., J. SVOBODOVÁ, J. MASNIKOSOVÁ, 2012. Kdy začíná paliativní péče o nemocného s CMP? In: *Geriatric a gerontologie*, **1**(1), 38-39. ISSN 1805-4684.
- ROKYTA, R., D. MAREŠOVÁ, Z. TURKOVÁ, 2014. *Somatologie*. Šesté vydání. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-514-6.
- ŘÍHA, D., 2014. Statistická významnost cévní mozkové příhody. In: *Lékařské listy* [online], **2014**(1), 21-22. [cit. 22.01.2016]
Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/>
- ŘÍHA, M., 2012. Aspekty multiprofesionální péče o pacienty po cévní mozkové příhodě. In: *Aspekty práce pomáhajících profesí* [online]. [cit. 10.01.2016]
Dostupné na: http://www.awhp.cz/2012/doc/Sbornik_AWHP_2012.pdf
- SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

STANČÍKOVÁ, M., J. ŠABATOVÁ, 2012. *Canisterapie v teorii a praxi*. Opava: Fotonakladatelství. ISBN 978-80-87731-00-0.

ŠKODA, O., 2015. V akutní péči o pacienty s mrtvicí jsme na špici. V následné na dně. In: *Zdravotnický deník* [online]. [cit. 24.02.2016]
Dostupné na: <http://www.zdravotnickydenik.cz/>

VELEMÍNSKÝ, M. a kol., 2007. *Zooterapie*. České Budějovice: DONA. ISBN 978-80-7322-109.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-70-8.

VÖROSOVÁ, G., A. SOLGAJOVÁ, A. ARCHALOUSOVÁ, 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5538.

VRÁBÍK, M., 2015. V akutní péči o pacienty s mrtvicí jsme na špici. V následné na dně. In: *zdravotnický deník*. [online]. [cit. 24.02.2016]
Dostupné na: <http://www.zdravotnickydenik.cz/>

VRBATA, J., 2015. Komplexní domácí péče o pacienty po CMP. In: *Sestra* [online]. [cit. 18.12.2015]
Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/>

ZATLOUKALOVÁ, I., 2011. Řešení polykání u nemocných s CMP. In: *Sestra*, **21**(1), 54-56. ISSN 1210-0404.

ŽIŽKA, J., 2011. Ateroskleróza intrakraniálních tepen – současný pohled. 1. část. In: *Kardiologická revue*, **13**(4), 236-240. ISSN 1212-4540.

PŘÍLOHY

Příloha A - Barthelův test základních všedních činností pacientky J.H.....	I
Příloha B - Screeningový test vyhodnocení rizika pádu pacientka J.H.....	II
Příloha C - Zhodnocení rizik vzniku dekubitů u pacientka J.H. Dle Norton score.....	III
Příloha D - Zkrácený mentální hodnotící test dle Gaida u pacientky J.H.....	IV
Příloha E - Canisterapie, informační leták.....	V
Příloha F - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	VI
Příloha G - Rešeršní protokol.....	VII

Příloha A - Barthelův test základních všedních činností pacientky J.H.

Jméno: J.H., R..č. 320000/0000, Oddělení: neurologie

Datum				13.1.2016	14.1.2016	15.1.2016
1	Najedení/napití	samostatně bez pomoci	10	10	10	10
		s pomocí	5			
		neprovede	0			
2	Oblékání	samostatně bez pomoci	10	10	10	10
		s pomocí	5			
		neprovede	0			
3	Koupání	samostatně bez pomoci	10			
		s pomocí	5		5	5
		neprovede	0	0		
4	Osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10			10
		s pomocí	5	5	5	
		neprovede	0			
5	Kontinence	plně kontinentní	10			
		občas inkontinentní	5			
		inkontinentní	0	0	0	0
6	Kontinence stolice	plně kontinentní	10	10	10	10
		občas inkontinentní	5			
		inkontinentní	0			
7	Použití WC	samostatně bez pomoci	10			
		s pomocí	5		5	5
		neprovede	0	0		
8	Přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15			
		s malou pomocí	10			10
		vydrží sedět	5		5	
		neprovede	0	0		
9	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15			
		s pomocí 50 m	10			10
		na vozíku 50 m	5		5	
		neprovede	0	0		
10	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10			
		s pomocí	5			
		neprovede	0	0	0	0

Score 35 bodů 55 bodů 70 bodů

Hodnocení

0 – 40 bodů vysoce závislý, 45-60 bodů závislost středního stupně, 65-95 bodů lehká závislost, 100 bodů nezávislý

Příloha B - Screeningový test vyhodnocení rizika pádu pacientka J.H.

Celkové skóre 3 a více bodů se rovná riziko pádu.

datum	13.1.16				
Pohyb	0				
S použitím pomůcek	1				
Potřebuje pomoc	1				
Neschopen pohybu	1				
Vyprazdňování					
Nepotřebuje pomoc	0				
Historie – nykturie / inkontinence	1				
Potřebuje pomoc	1				
Medikace					
Nemá rizikové léky	0				
Užívá léky ze skupiny diuretik, antikonvulziv, antiparkinsonik, psychotropních látek nebo benzodiazepinů	1				
Smyslové poruchy					
Žádné	0				
Vizuální, sluchové smyslové deficity	1				
Mentální status					
Pacient orientován a je bystrý	0				
Občasná / noční dezorientace	1				
Historie – dezorientace / demence	1				
Věk					
18 – 75	0				
75 a výše	1				
Skóre	10				

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace

Příloha C - Zhodnocení rizik vzniku dekubitů u pacientka J.H. Dle Norton score

Rozšířená stupnice Nortonové								
	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	• úplná • do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící samostatně	• úplná	• kontinentní
3	• malá • do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • horečka • diabetes mellitus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence
2	• částečná • do 60 let	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče
1	• žádná • 60 let +	• alergje, porušená	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice
Riziko vzniku dekubitu			nízké (25 - 24 bodů)	střední (23 - 19 bodů)	vysoké (18 - 14 bodů)	velmi vysoké (13 - 9 bodů)	Celkem 19	

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace

Příloha D - Zkrácený mentální hodnotící test dle Gaida u pacientky J.H.

Zkrácený mentální bodovací test dle Gaida		Body
1.	Věk	1
2.	Kolik je asi hodin?	0
3.	Vaše adresa	1
4.	Současný rok	1
5.	Kde jste hospitalizován?	1
6.	Poznání alespoň 2 osob (např. sestra, lékař)	1
7.	Vaš datum narození	1
8.	Jméno současného prezidenta	1
9.	Vyjmenovat čísla od 20 zpět do 1 (nebo měsíce pozadu)	0
Výsledek: <i>Za každou správnou odpověď 1 bod, za nesprávnou 0 bodů. Z celkového skóre menší než 7 bodů – jedná se o zmatenost.</i>		7

Zdroj: Ošetrovatelská dokumentace

CANISTERAPIE A PACIENT

Canisterapie vytváří pacientovi most pro komunikaci.

Canisterapie zkvalitňuje spolupráci ošetrovatelského personálu s pacientem.



Zdroj fotografie: domovufontany.cz

Příloha F - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

Příloha F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cévní mozkovou ischemií*.....
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Dušková 7, Praha 5.

V Praze dne 8.3.2016.....



Simona Bílková

Jméno a příjmení studenta

Příloha G - Rešeršní protokol

Téma rešerše

Ošetrovatelská péče o pacienta s cévní mozkovou ischemií

Žadatel:

Simona Bílková, DiS.

Jazykové vymezení:

Čeština, angličtina, slovenština

Klíčová slova:

ischemie mozku - cévní mozková příhoda - pyramidové dráhy – zooterapie – ateroskleróza -
teorie ošetrovatelství - modely ošetrovatelské - ošetrovatelská diagnóza - ošetrovatelská
péče - ošetrovatelský proces - odborné všeobecné sestry - zdravotní sestry - ošetrovatelský
výzkum - role ošetrovatelky - ošetrovatelství - vzorové postupy - ošetrovatelství praktické -
ošetrovatelství - ošetrovatelství založené na důkazech

Časové vymezení:

2006 - současnost

Druhy dokumentů:

Knihy, kapitoly z knih, články, články ve sbornících, abstrakta, kvalifikační práce

Počet záznamů:

České zdroje: záznamů: 59 (knihy: 13; články, články ve sbornících a abstrakta: 46;
kvalifikační práce: 4) / plné texty: 37

Zahraniční zdroje: záznamů: 11 / plné texty: 11

Použitý citační styl:

České zdroje: ČSN ISO 690 a bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Zahraniční zdroje: stručná citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a
MEDLINE

Zdroje:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz) a repozitář
závěrečných prací UK (<https://is.cuni.cz/webapps/zzp>)
- specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Zpracoval: Mgr. Adam Kolín

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb

Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: kolin@nlk.cz