

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO CÉVNÍ
MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA JACHKOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO CÉVNÍ
MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

Bakalářská práce

MARTINA JACHKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová

Praha 2017



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

Jachková Martina
3VS1

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě

The Nursing Process by a Patient after Cerebrovascular Accident

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jarmila Verešová

V Praze dne: 25. 10. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala 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 31.5.2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, paní PhDr. Jarmile Verešové, za konzultace, trpělivost a cenné rady, které mi byly poskytnuty, při tvorbě této práce. Dále své rodině a přátelům, kteří mě podporovali a také vedení nemocnice Valašské Meziříčí za poskytnutí možnosti čerpat informace ze zdravotnické dokumentace.

ABSTRAKT

JACHKOVÁ, Martina. *Ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Verešová. Praha. 2017. 71 s.

Obsahem bakalářské práce je především zaměření se na ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě. Práce je rozdělena na část teoretickou, ve které je popsána charakteristika onemocnění a následné rozdělení CMP. Popíšeme si zde příznaky, příčiny, rizikové faktory, prevenci, diagnostiku a léčbu onemocnění. V této části se dále zabýváme problematikou, jak zvládat péči o tohoto pacienta například v nemocničním, či domácím prostředí. Zároveň se seznámíme s možným léčebným režimem. V části praktické je stěžejním tématem specifika ošetrovatelské péče u pacienta po cévní mozkové příhodě. V této části jsme si zvolili, jako metodu práce, ošetrovatelský proces. Podle priorit jsme si stanovili ošetrovatelské diagnózy, které následně byly rozepsány. Zadali jsme si cíle a následně intervence, které povedou k dosažení zadaných cílů.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda. Ošetrovatelský proces. Pacient. Rehabilitace. Rodina.

ABSTRACT

JACHKOVÁ, Martina. Nursing process in a patient after a cerebrovascular accident. High School of Health, degree of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jarmila Verešová. Prague. 2017. 71 s.

The content of the bachelor thesis is mainly focused on the nursing process in the patient after a cerebral stroke. The thesis is divided into a theoretical part, which describes the characteristics of the disease and the subsequent distribution of CMP. Here are the symptoms, causes, risk factors, prevention, diagnosis and treatment of the disease. In this section we also deal with the issue of how to manage care for this patient, for example, in a hospital or home environment. At the same time we will learn about the possible treatment regimen. In practical part, the main topic is the specifics of nursing care in a patient after stroke. In this section, we have chosen the nursing process as a method of work. According to the priorities, we set out the nursing diagnoses, which were subsequently broken down. We have set goals and then interventions that will lead to the goals set.

Keywords

Stroke. Nursing process. Patient. Rehabilitation. Family.

PŘEDMLUVA

Jelikož pracuji na Interním oddělení již šestým rokem a onemocnění, jako je cévní mozková příhoda je v posledních letech stálým důvodem k hospitalizaci, rozhodla jsem se vybrat právě toto onemocnění k vypracování mé bakalářské práce. Zaměřím se spíše na ošetrovatelskou problematiku, kde si popíšeme různá specifika tohoto onemocnění. Onemocnění, jako je cévní mozková příhoda, je náročné nejen pro samotného postiženého, ale také pro jeho rodinu. Podle rozsahu a místa poškození mozku, je nemocný závislý na pomoci druhých. To, jak moc bude úspěšná léčba, závisí nejen na včasné medikaci, ale především na vůli a ochotě postiženého, navrátit co nejlépe všechny postižené funkce do normálního stavu a také vést k úplné nebo alespoň částečné soběstačnosti. V tom hraje velkou roli správná rehabilitace a různé nácviky k soběstačnosti. Je důležité podporovat psychickou stránku nemocného a důležitá je pro něj i přítomnost rodiny. Onemocnění se netýká jen nemocného, ale právě i rodinných příslušníků, na které je také třeba brát ohled. V dnešní době existuje mnoho zařízení, kde se mohou obrátit o pomoc. Jedná se o odlehčovací služby, jako jsou například denní stacionáře, nebo různá léčebná, rehabilitační, či lázeňská zařízení.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	13
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	15
2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	16
2.1 PŘÍČINY	16
2.2 PŘÍZNAKY	17
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY	18
2.4 PROGNOZA	19
2.5 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ	19
2.6 LÉČBA	20
2.7 MOŽNÉ NÁSLEDKY ONEMOCNĚNÍ	21
2.8 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ	22
3 DOPLŇKOVÁ LÉČBA	23
4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	25
4.1 PÉČE O PACIENTA V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ	25
4.1.1 PÉČE O PACIENTA PŘI AKUTNÍCH STAVECH	26
4.1.1.1 PÉČE O DÝCHACÍ CESTY	27
4.1.1.2 MONITOROVÁNÍ FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ	28
4.1.1.3 PÉČE O VÝŽIVU	28
4.1.1.4 KOMPLETNÍ HYGIENICKÁ PÉČE	29
4.1.1.5 PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE A STOLICE	30
4.1.1.6 PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ	30
4.1.1.7 PORUCHA HYBNOSTI	31
4.2 NÁSLEDNÁ PÉČE O PACIENTA PO STABILIZACI NEMOCI	31
4.3 PÉČE O PACIENTA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	32
4.4 PÉČE O PACIENTA V AMBULANTNÍ SFÉŘE	33
5 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO CMP	35
5.1 SOCIÁLNÍ DOPAD NEMOCI NA PACIENTA S CMP	36

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	38
DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY	66
DOPORUČENÍ PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY	66
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ASTRUP	- vyšetření krve na acidobazickou rovnováhu
CMP	- cévní mozková příhoda
CNS	- cévní nervová soustava
CO ₂	- oxid uhličitý
CT	- počítačová tomografie
DM	- diabetes mellitus
FF	- fyziologické funkce
iCMP	- ischemická cévní mozková příhoda
ICHS	- ischemická choroba srdce
MR	- magnetická resonance
RIND	- reverzibilní ischemický neurologický deficit
SAK	- subarachnoidální krvácení
TIA	- transitorní ischemická ataka
UZ	- ultrazvuk
WHO	- světová zdravotnická organizace

(VOKURKA, HUGO, 2010).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afázie - porucha tvorby a porozumění řeči

Aneurysma - výdut'

Angiografie - rentgenologické vyšetření cév pomocí vstříkované kontrastní látky

Antiagregace - proti shlukování

Artérie - tepna

Ataka - prudký záchvat nemoci

Detekce - zjišťování či odhalování

Diagnostika - nauka o rozpoznávání chorob a jeho metodách

Dimise - propuštění

Dysfagie – obtíže při polykání

Embolizace - místo vzniku embolu až po ucpání tepny

Embolus - vmetek

Femur – kost stehenní

Fibrilace - míhání, velmi rychlé a nepravidelné stahy svalu

Gonartróza – artróza kolenního kloubu

Hemiparéza – částečné ochrnutí poloviny těla

Hemodynamika - studium vlivu fyzikálních vlastností krve a cév na tlak krve a její proudění cévami

Hemokoagulace – srážlivost

Hemoragie - krvácení

Hypoperfuze - snížený průtok tekutiny

Iktus - 1. úder; náhlý těžký záchvat

Infarkt - ohraničené odumření tkáně po zamezení přívodu krve z uzavřené tepny

Intermitentní - přerušovaný

Intracerebrální - nitromozkové, uvnitř vlastní mozkové tkáně

Invalidita - bezmocnost, slabost, neschopnost práce

Ischémie - místní nedokrevnost tkání nebo orgánů

Lakunární - charakterizovaný přítomností dutinek

Laryngospasmus - křečovitě uzavření hrtanu

Letalita - úmrtnost

Léze - poškození

Neinvazivní - nepronikající dovnitř organismu

Nekróza - odúmrt'

Obstrukce - neprůchodnost

Parestezie - porucha cití

Penetrace - proniknutí

Perfuze - průtok tekutiny určitým prostředím

Prevence - předcházení něčemu, ochrana před něčím

Progrese – postup, šíření, růst

Progredující - vyznačující se progresí

Prognóza - předpověď

Rezistence – odolnost

Ruptura – prasknutí

Subarachnoidální - podpavoučnicový, pod pavoučnicí (arachnoideou)

Tonsilektomie – odstranění krčních mandlí

Trombus - krevní sraženina

Turgor – napětí (kůže), vnitřní tlak

(VOKURKA, HUGO, 2010).

ÚVOD

Cévní mozkové příhody jsou v současné době velkým medicínským, sociálním, ale i ekonomickým problémem. Jedná se o jednu z nejčastějších příčin úmrtí a invalidity. V posledních letech počet pacientů s CMP spíše stoupá, což může být dáno prodlužováním lidského věku a mírnějším průběhem CMP díky prevenci. Je to onemocnění se závažnými následky fyzickými, psychickými i ekonomickými nejen pro pacienta a jeho rodinu, ale pro celou společnost. Ročně postihne toto onemocnění v České republice až 40 000 lidí. Jedna třetina pacientů umírá, hlavně z důvodů, že přijdou k залечení cévní mozkové příhody pozdě, 45 % pacientů jsou ochrnuty na polovinu těla v různém stupni, 22 % pacientů mají poruchu chůze a 15 % představuje pacienty s poruchou řeči. Cévní mozková příhoda může postihnout zcela zdravého jedince a výskyt tohoto postižení se posunuje do stále nižšího věku, což může být ovlivněno nezdravým životním stylem a u žen s poruchou krevní srážlivosti také užíváním hormonální antikoncepce. Riziko vzniku mozkové příhody se zvyšuje množstvím rizikových faktorů u daného jedince. Kvalitní diagnostika je základem kvalitní léčby, která může pacientovi zachránit život a ovlivnit šanci na jeho uzdravení nebo alespoň zajistit co nejkvalitnější život s minimem trvalých následků. Na péči o pacienta postiženého CMP se podílí mnoho odborníků: neurolog, internista, neurochirurg, nutriční terapeut, fyzioterapeut, ergoterapeut, všeobecná sestra, logoped, psycholog, sociální sestra. Do péče o pacienta má být co nejdříve zapojena i jeho rodina. Velmi důležitá je rehabilitace, která by měla začít co nejdříve, hned jak to umožní stav pacienta a měla by pokračovat i po propuštění pacienta z nemocnice doma nebo v rehabilitačních zařízeních. Je nutné si uvědomit, že zotavování po CMP je dlouhodobá záležitost. Pacienti by se v případě počátečních neúspěchů neměli hned vzdávat. Jejich rodiny by je měly nenásilně podporovat a povzbuzovat, měly by se snažit pokud možno vžít do situace pacienta (VYTEJČKOVÁ et al., 2011).

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku onemocnění jako je cévní mozková příhoda a poskytnout teoretické informace.

Cíl 2: Popsat charakteristiku tohoto onemocnění, příznaky, příčiny, rizikové faktory, diagnostiku, prognózu a léčbu onemocnění.

Cíl 3: Popsat péči v nemocničním prostředí, domácí péči a v ambulantní sféře.

Cíl 4: Popsat kvalitu života pacienta po cévní mozkové příhodě.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces u daného pacienta s onemocněním, jako je cévní mozková příhoda.

Vstupní literatura

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

KALITA, Zbyněk, 2011. Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2093-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

Popis rešeršní strategie

Publikace, které byly vyhledány za účelem tvorby bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě, proběhlo v období listopad 2016 až březen 2017. Vyhledání proběhlo v knihovně Tomáše Bati ve Zlíně.

Tato literatura, v českém a anglickém jazyce, musela být vydána v časovém období od roku. Jako klíčová slova byla zvolena v českém jazyce: Cévní mozková příhoda. Ošetrovatelský proces. Pacient. Rehabilitace. Rodina. V anglickém jazyce byla zvolena slova: Stroke. Nursing Care. Patient. Rehabilitation. Family.

Hlavním kritériem pro vyřazení některých publikací bylo jejich datum vydání starší, než 10 let.

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozkové příhody (dále jen CMP) neboli ikty jsou onemocnění cévního původu s rychle se rozvíjejícími ložiskovými, občas i celkovými příznaky poruchy mozkové funkce se symptomy trvajících více než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, pokud klinické, laboratorní a základní zobrazovací vyšetření nenasvědčí pro jinou příčinu neurologického deficitu. Příčinou je nejčastěji porucha prokrvení části nebo celého mozku (ischemické cévní mozkové příhody iCMP), méně často krvácení do mozkové tkáně (intracerebrální krvácení) nebo krvácení do subarachnoidálního prostoru (SAK) (BAUER, 2010).

Cévní příčiny jsou nejčastějším důvodem onemocnění cévního nervového systému, a to buď z nedostatečného prokrvení - ischemické mozkové příhody, nebo následkem krvácení - hemoragické mozkové příhody.

Ischemické CMP nejčastějším typem CMP, mající za následek nekrózu mozkové tkáně a jejich základní klinická diference se řadí dle určitých hledisek. Uzávěr tepny zastavuje přívod krve bohaté na kyslík a další živiny do příslušné části mozku. Bez kyslíku začnou buňky v této části mozku odumírat. Výsledkem může být ztráta funkcí, které postižená část mozku kontroluje.

Hemoragické CMP jsou méně časté. Při nich dochází ke krvácení z porušené stěny cévy do mozkového parenchymu. Nejčastěji dochází k ruptuře jedné mozkové artérie, buď jednorázově, nebo může pokračovat hodiny i dny. V místě ruptury dochází k fyziologickým hemostatickým, hemokoagulačním procesům a zástavě krvácení (AMBLER, 2011).

2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Cévní mozková příhoda, patří k nejčastějším příčinám mortality a morbidit jak v rozvojových, tak ve většině vyspělých zemí. V celosvětovém měřítku postihují mozkové příhody asi 15 milionů obyvatel ročně a podílí se na více než 5 milionů úmrtí za rok. Tyto statistiky představují asi 10 % všech úmrtí a dalších více jak 50 % pacientů zůstává po CMP nesoběstačných v základních denních aktivitách (ŠKOLOUDÍK, ŠAŇÁK et al., 2013).

Z CMP připadá 80 % na mozkový infarkt, ve 20 % je příčinou trombóza velkých tepen a ve 20 % trombóza v malých tepnách, embolizace je příčinou v 25 - 30 % ischemických CMP. Hemoragické mozkové příhody tvoří 20 % všech iktů, intracerebrální 10 %, subarachnoidální krvácení 5 %, neurčené příčiny tvoří 5 % (BRUTHANS, 2010).

Cévní mozková příhoda (CMP, též ictus, iktus, mozková mrtvice nebo mozkový infarkt) je náhle se rozvíjející postižení určitého okrsku mozku. Jedním z nejdůležitějších diagnostických úkolů je rozlišit ischemickou a hemoragickou cévní mozkovou příhodou, protože terapeutický přístup je v obou případech odlišný a nevhodná volba může stav nemocného zhoršit. Cévní mozková příhoda je akutní stav, který vyžaduje neodkladnou lékařskou pomoc (AMBLER, 2011).

2.1 PŘÍČINY

Ischemické cévní mozkové příhody jsou nejčastějším typem CMP, mající za následek nekrózu mozkové tkáně a jejich základní klinická diference se řadí dle určitých hledisek. Podle mechanismu vzniku mozkovou příhodu dělíme na obstrukční, kdy dojde k uzávěru cévy embolem nebo trombem, dále na neobstrukční, vznikající sníženým průtokem krve orgánů i tkání. Jedná se především o cévní tromboticko - embolický okluzivní proces oblouku aorty, krčních tepen a intrakraniálních mozkových tepen. Druhou kategorií mechanismu vzniku jsou uzávěry drobných penetrujících větví, především v bazálních gangliích. Při třetím hlavním mechanismu vzniku CMP dochází k tvorbě trombu v srdci nejčastěji při fibrilaci síní, chlopenních vadách,

aneurysmatech a následné tromboembolii do krčních, mozkových tepen. Mezi ostatní příčiny se zejména řadí trombózy mozkových žil a infarkty nejasné etiologie. Podle vztahu k tepennému povodí rozlišujeme ischemii v povodí některé mozkové tepny nebo na rozhraní povodí jednotlivých tepen a ischemie lakunární s postižením malých perforujících artérií (AMBLER, 2011).

Menší kategorii cévních mozkových příhod tvoří hemoragické intracerebrální příhody. Při nich dochází ke krvácení z porušené stěny cévy do mozkového parenchymu. Nejčastěji dochází k ruptuře jedné mozkové artérie, buď jednorázově, nebo může pokračovat hodiny i dny. V místě ruptury dochází k fyziologickým hemostatickým, hemokoagulačním procesům a zástavě krvácení.

Žilní onemocnění a poruchy cév jsou méně častým a vzácnějším onemocněním. Tvoří malou část v souboru cévních poruch. Velmi nepříznivá a závažná prognóza se objevuje převážně u trombózy hlubokých mozkových žil a splavů (AMBLER, 2011).

2.2 PŘÍZNAKY

Pouhá jedna třetina iktů má varovné signály. Klinický obraz u mozkových infarktů je většinou náhlý vznik příznaků ložiskového postižení mozku, mezi které patří: Slabost, nešikovnost až ochrnutí končetiny, části těla, porucha citlivosti, znecitlivění končetin nebo obličeje především jednostranně, porucha symbolických funkcí - afázie - porucha řeči nebo porozumění, úplná nebo částečná porucha visu, náhlá závrať, ztráta rovnováhy, porucha chůze, pády, přechodné zhoršení zdravotního stavu - náhlá zmatenost, porucha paměti, polykání, točení hlavy, silná náhlá a neobvyklá bolest hlavy, náhlá porucha vědomí, křeče Příznaky mohou být samostatné nebo v kombinacích, s trváním několika sekund až 24 hodin, mohou se objevit i opakovaně (PFEIFFER, 2007).

Transitorní ischemická ataka - TIA (přechodná mozková insuficience). Mozková příhoda, u které symptomy odezní do 24 hodin bez následků a jejíž příznaky trvají několik minut až hodin. Klinické příznaky jsou prchavé parézy, neobratnost ruky, poruchy visu, parestzie, afázie. Stav se spontánně upravuje.

Pokud má průběh delší trvání, ale odezní asi do 3 týdnů, jde o takzvaný RIND-*reverzibilní ischemický neurologický deficit*, přičemž jsou jeho příčinou nejčastěji malé emboly a hemodynamické vlivy.

Pokračující iktus má nestabilní symptomatologii, jeho průběh je nestálý, jako příčina mohou být opakující se embolizace nebo nárůst trombu. Horší se pohyblivost HK, úchopové schopnosti, snižuje se citlivost, vede to k omezení hybnosti a samostatnosti v běžných činnostech.

Kompletní iktus může mít různý nález, lehký ale i velmi těžký, jsou trvalé následky, začátek často bývá spojen se ztrátou vědomí, vznikají hemiplegie (PFEIFFER, 2007).

2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY

Převážná většina cévních mozkových příhod vzniká jako následek příčin návykových i medicínských. Rizikové faktory jsou tedy výrazně spjaty s možností prevence, proto mohou být některé faktory významně regulovány a potlačeny. Faktory, které jedince predisponují k centrální mozkové příhodě, dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné (KALVACH a kol., 2010).

Některé rizikové faktory mohou být regulovány nebo i zcela eliminovány, a to buď léčebnými prostředky například užíváním určitých léků, nebo prostředky nemedicínskými, jako je například změna životního stylu. Řadíme je zde jako takzvané ovlivnitelné rizikové faktory. Udává se, že až 85 % CMP lze předcházet kontrolou těchto ovlivnitelných rizikových faktorů.

Nicméně existují faktory, které změnit nemůžeme. Mezi tyto neovlivnitelné rizikové faktory patří například stárnutí, dědičné dispozice nebo rasový původ. Mezi medicínské rizikové faktory zařadíme: hypertenzi, vysokou hladinu cholesterolu v krvi, aterosklerózu, různé srdeční poruchy, diabetes, migrény. Mnohé z těchto rizikových faktorů se navzájem ovlivňují, jeden může zesilovat účinek druhé ho a naopak. Riziko vzniku iktu narůstá s počtem kombinovaných rizikových faktorů. Nicméně se můžeme vyvarovat většině rizikových faktorů nebo je alespoň účinně kontrolovat. Mezi návykové rizikové faktory řadíme ty, které vyplývají ze životního stylu a chování jedince. Nejvýznamnější je kouření a to aktivní i pasivní, nezdravá výživa, zvýšená

konzumace alkoholu a sedavý způsob života. Také noční chrápání a spánková apone, užívání antikoncepčních pilulek, užívání drog s povzbuzujícím účinkem (FEIGIN, 2008).

2.4 PROGNÓZA

Podle starších studií až 30 % pacientů umíralo po CMP do jednoho roku, průměrná doba přežití byla 4 –5 let. Až 40 % přeživších bylo v každodenních aktivitách odkázáno na pomoc druhých. Potřeba další ústavní léčby je u pacientů po CMP výrazně vyšší, v rakouské studii byla trojnásobná proti osobám bez prodělané CMP, ve Velké Británii až čtvrtina pacientů v pečovatelských ústavech prodělala CMP. S pokrokem v oblasti prevence a léčby CMP a zřejmě rovněž v důsledku příznivějšího průběhu CMP je v posledních letech letalita nižší a doba přežití a míra postižení uspokojivější, než uvádějí starší studie.

Nejvýraznější vliv na zlepšení prognózy CMP má primární prevence. Známými preventivními postupy lze ve věku do 70 let předejít 50 % příhod. Primární prevence je účinná i ve vyšším věku, i když poněkud omezeněji. Sekundární prevence má omezenější populační, ale spolu s intenzivní rehabilitací nesporný individuální efekt (BRUTHANS, 2008).

2.5 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

Základem diagnostiky ischemických a hemoragických mozkových příhod je podrobný rozbor anamnestických údajů a klinického obrazu onemocnění. V popředí je rozbor laboratorních biochemických testů krve a moče, krevního obrazu, vyšetření acidobazické rovnováhy (ASTRUP) a hemokoagulačních faktorů. Důležité je stanovení hladiny glykémie, k vyloučení hypoglykemií. Standardem je sledování fyziologických funkcí, elektrokardiogram, interní a neurologické vyšetření. Diagnostice především dominují výsledky zobrazovacích metod. Za metodu první volby je považována výpočetní tomografie (CT), která umožňuje rozlišení ischemie i hemoragie od jiných poruch, zobrazení rozsahu a charakteru mozkové příhody. Ještě k přesnějšímu rozlišení rozdílů v chorobných strukturách, zobrazení cévního zásobení mozku s možným průkazem uzávěru příslušné mozkové artérie či novotvorby cév slouží CT AG,

tomografie spojená s arteriografií a aplikací kontrastní látky. Tato vyšetření by měla být zhotovena co nejdříve po příjezdu jedince do nemocničního zařízení. Další přínosnou zobrazovací metodou je magnetická rezonance (MRI), která rozezná detaily poškození, změny krevního oběhu způsobené uzávěrem nebo krvácením. Digitální subtrakční angiografie (DSA) umožňuje detailní morfologické zobrazení cévního řečiště, hodnotící průchodnost mozkových cév a jejich uzávěr, zúžení, aneurysmata a jiné cévní anomálie. Oboustranná sonografická vyšetření karotid zobrazují tok krve krčními arteriemi a informují o struktuře cévní stěny, případné stenóze způsobené aterosklerotickým plátem a krevními sraženinami. K ostatním diagnostickým metodám řadíme rentgenová vyšetření (RTG srdce, plic, lebky), elektroencefalografie (EEG), echokardiografie (ECHO), vyšetření očního pozadí, lumbální punkce u hemoragických krvácení (KOLEKTIV AUTORŮ, 2008; ŠKOLOUDÍK, ŠAŇÁK et al., 2013).

2.6 LÉČBA

Cévní mozkové příhody vyžadují okamžitý lékařský zásah se zahájením léčby do 60 minut od zjištění diagnózy a hospitalizaci na specializované neurologické jednotce nebo v iktovém centru. Po stabilizaci akutního stádia jsou pacienti předáváni k dalšímu doléčení na rehabilitační oddělení a oddělení následné péče (BAUER, 2010; KOLEKTIV AUTORŮ, 2008).

Všeobecný předpoklad pro zahájení léčby, je v prvé řadě stabilizace fyziologických funkcí, prevence somatických a neurologických komplikací. Intenzivní léčba se zaměřuje na normalizaci kardiálních a respiračních funkcí (oxygenoterapii), léčbu hyperpyrexie, na péči o optimální nutrici a hydrataci, na stabilitu vnitřního prostředí, korekci glykemie a hemokoagulačních parametrů. Důležitá jsou i opatření zaměřená na prevenci hluboké žilní trombózy, prevenci dekubitů, na posttraumatické deprese a ovlivnění psychického dyskomfortu. Léčba po cévní mozkové příhodě je rozdělena na konzervativní a chirurgickou, tedy na rekanalizační terapii, sloužící k co nejrychlejšímu obnovení průtoku krve tepnou uzavřenou trombem nebo embolem, a na speciální rehabilitaci (ŠKOLOUDÍK, ŠAŇÁK, 2013; KOLEKTIV AUTORŮ, 2008).

Konzervativní léčba- obvykle zahajuje systémová trombolýza, kdy je vyloučeno krvácení do CNS. V akutní fázi je zahájena antikoagulační a neuroprotektivní léčba k prodloužení životnosti neuronů. Další léčbou, je léčba antiedematozní, k potlačení

rozvoje možného otoku a antibiotická léčba pro vniklou infekci, nebo také jako prevence infekce. Po akutní léčbě se dále podávají vasodilatancia, antihypertonika, antiarytmika a analgetika.

Chirurgická léčba- je zaměřena na ovlivnění edému mozku, odsátí hematomu, dekompresní kraniotomii, na odstranění aterosklerotického plátu vnitřní stěny karotid endarterektomií do 6 hodin po vzniku CMP. Další možností chirurgické léčby je bypass extrakraniálního cévního řečiště (KOLEKTIV AUTORŮ, 2008; BAUER, 2010).

2.7 MOŽNÉ NÁSLEDKY ONEMOCNĚNÍ

Následky CMP se liší podle závažnosti postižené části mozku, druhu mozkové příhody a celkového zdravotního stavu. Nejzávažnější prognóza je u intracerebrálního krvácení do mozkového kmene, při krvácení do mozkových hemisfér je prognóza příznivější. Největší riziko časného úmrtí je u jedinců převážně starších, v hlubokém bezvědomí, s nepravidelným dýcháním, s hemiplegií a celkovou inkontinencí. Během prvního měsíce může dojít k bezprostředním komplikacím zdravotního stavu, a to k otoku mozku s útlakem životně důležitých center, aspirační pneumonii, k infarktu myokardu, plicní embolii. Objevují se také infekce močových cest, oběhové komplikace a trombózy hlubokých žil dolních končetin (KALVACH et al., 2010).

K následným důsledkům CMP se řadí úplná nebo částečná ztráta hybnosti jedné končetiny nebo jedné poloviny těla, poruchy koordinace při sezení, stání a chůzi. Mnozí jedinci mají problémy s celkovou orientací v prostoru a nesoběstačností. Pacienti trpí zmateností, poruchami myšlení a zapomínáním, poruchami spánku, depresemi, později demencí a epileptickými záchvaty. Mají potíže při komunikaci s okolím, nerozumí mluvené řeči ani psaným textům, nejsou schopni mluvit, mají obtíže při polykání stravy a tekutin. Může přetrvávat dvojité vidění, poruchy vidění předmětů v jedné polovině zrakového pole i pokleslý ústní koutek. U pacientů se mohou vyvinout bolesti v rameni postižené končetiny a postupně může dojít k deformitám kloubů, kontrakturám a 29 atrofiím na končetinách a tím k častým pádům. K proleženinám (dekubitům) a zácpám dochází v důsledku dlouhodobé imobility (VYTEJČKOVÁ et al., 2011).

Někteří jedinci po CMP mají šanci na úplné uzdravení, především mladší populace, většinou, ale převládá lehké či závažnější trvalé postižení.

2.8 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ

Cílem primární prevence je změna nevhodného životního stylu s předpokládaným snížením incidence CMP. Zde je nezastupitelná role praktického lékaře – vedení pacientů ke zdravému životnímu stylu – udržování váhy, nekouření, dostatek pohybu, zdravá strava. Dále pak diagnostika a léčba cévních rizikových faktorů. Patří mezi ně arteriální hypertenze, fibrilace síní (FS), diabetes mellitus (DM), zvýšená hladina cholesterolu, onemocnění karotických artérií, kouření a konzumace alkoholu. Důležitá je spolupráce s obory preventivní medicíny a specialisty (internista, kardiolog, lipidolog, diabetolog, neurolog).

Cílem sekundární prevence je co největší snížení rizika recidivy ischemické cévní mozkové příhody. Vedení sekundární prevence by mělo být v rukou neurologa specializovaného na léčbu iCMP, který spolupracuje s praktickým lékařem a specialisty- především s kardiologem, lipologem, diabetologem, rehabilitačním lékařem, logopedem, psychiatrem a psychologem. Dispenzarizace pacientů po iCMP obsahuje: pravidelné kontroly klinického stavu pacientů, sledování, kontrola a terapie obecných rizikových faktorů iCMP (hypertenze, DM, hyperlipoproteinémie, dietní opatření a kouření), neinvazivní monitorování postižení přívodných mozkových tepen (ultrazvuk, CT, MR angiografie), specifická prevence recidivy iCMP (indikace k antiagregační, antikoagulační terapii, chirurgická či intervenční terapie onemocnění přívodných mozkových tepen (KALITA, 2010).

3 DOPLŇKOVÁ LÉČBA

Stupeň postižení po CMP ovlivňuje mnoho faktorů - typ, stupeň neurologického postižení, komorbidity, psychika, atd. Z toho musíme vycházet při stanovení optimálního postupu rehabilitace a další doplňkové léčby. Po CMP je důležité snažit se zpět navrátit schopnosti a dovednosti nemocného. Snažíme se aktivizovat a povzbuzovat. Není důležité, jak dlouho bude rehabilitace trvat, ale jak kvalitní bude. Psychika nemocného hraje velkou roli, proto je důležité chválit i za malé pokroky.

Se zásadami rehabilitace by měli být seznámeni všichni blízcí, aby věděli, kdy svému příbuznému nemají pomáhat, aby dosáhl optimálního pokroku. Člověka s postižením učíme, jak si poradit s běžnými každodenními činnostmi, a povzbuzujeme ho k maximální možné samostatnosti.

Rehabilitace v zařízeních LDN je určena pro pacienty, kteří nemohou být zatím propuštěni do domácího ošetřování. Při ambulantní RHB péči pacient dochází do ambulantního nebo nemocničního rehabilitačního zařízení. Naopak při rehabilitaci v domácí péči pacient zůstává ve známém domácím prostředí a rehabilitační pracovníci jej navštěvují. Do programu rehabilitace spadají také individuální RHB služby (logopedie, ergoterapie, sociální a psychologické programy, cílené fyzické cvičení, nácvik nových dovedností).

Logopedie-se zabývá problematikou narušené komunikační schopnosti (NKS) ve všech rovinách u všech věkových kategorií. Zahrnuje tedy vše od nejdrobnějších řečových vad, jako např. chybná výslovnost jedné hlásky, až po masivní řečové poruchy či naprostou nemluvnost.

Ergoterapie- snaží se o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností (LAVIČKOVÁ, 2005).

Lázeňská léčba

Léčebný program je volen individuálně, a to na základě vstupního vyšetření lázeňským lékařem. Léčba nezahrnuje pouze ošetrovatelskou péči, balneoterapii, léčebnou rehabilitaci a fyziatrii, ergoterapii a logopedii, ale i některé sociální služby.

Balneoterapie je soubor léčebných postupů, které se používají v lázeňském místě pod lékařským dohledem, obvykle po dobu několika týdnů. Využívá se solanka v podobě vanových koupelí o teplotě 36-37 °C po dobu 20 minut, následuje celkový suchý zábal nebo balneace v jodovém bazénu či celkové uhličité koupele (s přísadou plynného CO₂). Mají relaxační účinek a patří k nejoblíbenějším procedurám (JUŘENÍKOVÁ, VALENTOVÁ, 2008).

Komplexní lázeňská péče je poskytována na základě „Návrhu na lázeňskou péči“ vystaveného ošetřujícím lékařem při hospitalizaci v nemocnici nebo praktickým lékařem dle doporučení odborného lékaře. Návrh poté schvaluje revizní lékař zdravotní pojišťovny, která schválený lázeňský návrh odesílá do příslušných lázní. Samotný nástup na komplexní lázeňskou léčbu se řídí stupněm naléhavosti a může být uskutečněn do třech měsíců od data vystavení návrhu nebo formou přímého překladu z nemocnice do lázní (překlad z lůžka na lůžko).

Příspěvková lázeňská péče je poskytována na základě „Návrhu na lázeňskou péči“ vystaveného ošetřujícím lékařem. Návrh schvaluje revizní lékař zdravotní pojišťovny klienta. Nástup na příspěvkovou lázeňskou léčbu musí být nejpozději do šesti měsíců od data vystavení návrhu. Klient si pobyt domlouvá individuálně.

Ambulantní rehabilitační péče je určena všem, kteří mají nejrůznější problémy s pohybovým aparátem (akutní nebo chronické bolesti pohybového systému, pooperační a poúrazové stavy, artrózy, skoliosy a jiné typy vadného držení těla, celé spektrum revmatických chorob s příznaky postižení pohybového systému, stavy po cévních mozkových příhodách, stavy po výhřezu plotének, roztroušená skleróza a jiná demyelinizační onemocnění mimo ataku apod.). Standardní doba trvání ambulantní rehabilitační péče je 4 týdny. Ambulantní rehabilitační péče je doporučována praktickými nebo odbornými lékaři, na rozdíl od lázeňské péče ji však nemusí schvalovat revizní lékař. O tuto péči můžete požádat vašeho lékaře i v případě, že Vám zdravotní pojišťovna zamítla lázeňskou léčbu (VAŇÁSKOVÁ, 2013).

4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Ošetrovatelská péče závisí na stádiu a průběhu nemoci. Důležitý je individuální přístup. V počátku nemoci CMP potřebuje jedinec komplexní ošetrovatelskou péči na specializovaném pracovišti. Péče se liší případ od případu. Ošetrovatelská péče vyžaduje úplné zaměření na všechny bio-psycho-sociálně-spirituální oblasti od rodiny i zdravotníků. Postupná progresse nemoci vyžaduje, pokud je to možné, aktivní a pozitivní přístup od jedince s CMP k znovu navrácení soběstačnosti a sebez péče. Pacient by měl vědět, že onemocnění CMP je vyléčitelná choroba, avšak někdy přetrvávají následky, které se vlivem léčby a trpělivé rehabilitace můžou vyléčit. Pokud pacientův stav dovolí propustit jedince do domácího prostředí, má možnost rodina přemýšlet např. o pomoci od pečovatelské služby. Rodina musí být informovaná o této možnosti od ošetřujícího lékaře. Pečovatelská služba je dostupná a komplexní. Dokáže se přizpůsobit individuálním potřebám nemocného a pomoci mu při každodenních činnostech (TRACHTOVÁ, 2013).

4.1 PÉČE O PACIENTA V NEMOCNIČNÍM PROSTŘEDÍ

Iktus vede ke smrti postižených mozkových buněk a neexistuje nic, co by bylo možné udělat pro jejich obnovení, pokud jsou již odumřelé. Nicméně v některých případech ve velmi časných stádiích před tím, než mozkové buňky odumřou, má až 70 % postižených buněk šanci na záchranu (FEIGIN, 2007).

Při podezření na cévní mozkovou příhodu, je pacient přijímán podle intenzity a rozsáhlosti poškození CNS na Jednotku intenzivní péče. Léčba na iktové jednotce poskytuje cílenou trombolytickou léčbu, neurointenzivní péči a snižuje rizika komplikací. V případě, že pacientův stav není natolik vážný, je možná hospitalizace na standardním interním oddělení, či oddělení následné péče (HERZIG, 2008).

Ošetrovatelská anamnéza u pacienta s poruchou vědomí je získávána od pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, nebo od rodinných příslušníků, kteří byli s pacientem první v kontaktu, nebo od náhodných svědků nehody. K posouzení vědomí je třeba určitým podnětem vyvolat reakci nemocného. Zpočátku je využito zcela normálních podnětů, které později zvyšují svoji intenzitu, Pacientovi je třeba běžným

tónem klást otázky, které by mohly odhalit jeho případnou dezorientaci. Pokud pacient nereaguje, je možné zvýšit intenzitu hlasu nebo se snažit upoutat pozornost pacienta tlesknutím rukou. Jestliže zvukový podnět zůstává bez odpovědi, je možné zkusit taktilní podnět, například dotknout se pacienta a oslovit ho jménem. Když neodpovídá, je možné nejprve zkusit zatřást jeho ramenem a poté zkusit zatlačit tvrdým předmětem do nehtového lůžka nemocného. Pokud ani tento podnět nevyvolá reakci, je nutné použít silný stimul aplikovaný centrálně – pacienta je možné štípnout do trapézového nebo velkého pektorálního svalu. Nikdy by nemělo dojít k poranění pacienta (KAPOUNOVÁ, 2007).

4.1.1 PÉČE O PACIENTA PŘI AKUTNÍCH STAVECH

Po příjezdu pacienta do nemocnice se provádějí následující diagnostické testy a vyšetření. Pacientovi jsou monitorovány fyziologické funkce, zajistí se neurologické a interní vyšetření, odběry biologického materiálu a dále jsou lékařem indikovány vyšetřovací metody jako je CT mozku, UZ vyšetření tepen a dle stavu pacienta jiná dostupná diagnostická vyšetření. Po stanovení diagnózy se zahajuje konzervativní a chirurgická terapie, významnou roli, zde hraje kvalitní ošetrovatelská péče a rehabilitace (HERZIG, 2008).

Chirurgická léčba může být u ischemické CMP provedena dvěma způsoby. Jde o odstranění překážky (zasvorkování a odstranění) nebo její obejití (naplněn platinovými spirálkami, které postupně tvrdnou a zabrání prasknutí). Při prasknutí výdutě se odstraní celá poškozená část mozku. Hemoragická CMP se chirurgicky řeší jen při povrchovém krvácení. Spíše se používají endovaskulární techniky (angioplastika, embolizace) (KALVACH et al., 2010).

Hospitalizace na akutním neurologickém oddělení je medicínsky opodstatněná po dobu 2 - 3 týdnů. Jestliže dojde ke klinické i neurologické stabilizaci stavu pacienta a jsou ukončeny diagnostické procesy, včetně stanovení příčin mozkového iktu, překládá se pacient na doléčení na následnou péči anebo do rehabilitačních ústavů s intenzivní rehabilitací (HERZIG, 2008).

Ošetrovatelská péče při akutních stavech spočívá v zajištění péče o dýchací cesty, kontinuální sledování základních životních funkcí, péči o výživu, kompletní

hygienickou péči prováděnou minimálně 2x denně, péči o vyprazdňování stolice a moči, zajištění prevenci dekubitů, pravidelné polohování a zajištění adekvátní péči o psychiku nemocného (KAPOUNOVÁ, 2007).

4.1.1.1 PÉČE O DÝCHACÍ CESTY

K zajištění průchodnosti dýchacích cest v intenzivní péči se využívají tyto pomůcky a postupy.

Vzduchovod - ústní vzduchovod je pomůcka potřebná pro krátkodobé zajištění dýchacích cest. Nosní vzduchovod se používá poměrně málo. Mezi časté komplikace patří krvácení.

Laryngální maska - se zavádí u hluboce utlumeného pacienta, aby nedošlo k laryngospasmu. Maska musí dobře sednout. Velikost masky se volí podle pohlaví, věku a konstituce pacienta.

Kombirourka - je určena k akutnímu zajištění dýchacích cest v případě, kdy inkubace není snadná nebo lékař není dostatečně zkušený.

Tracheální rourka - je nejbezpečnější způsob zajištění průchodnosti dýchacích cest. Poskytuje ochranu dýchacích cest před masivní aspirací žaludečního obsahu, slin nebo krve.

Kyslík přiváděný do dýchacích cest musí být vždy zvlhčován, aby nedošlo k vysušení sliznice. K aplikaci kyslíku je nejčastěji využívána kyslíková maska nebo kyslíkové brýle. V souvislosti s aplikací kyslíkové terapie je potřeba, aby sestra kontinuálně monitorovala a zaznamenávala základní životní funkce, zajišťovala odběry krevních plynů, sledovala frekvenci dýchání pacienta (tachypnoe, bradypnoe, dyspnoe), rytmus dýchání (normální dýchání, Kussmaulovo dýchání, Cheyneovo-Stokesovo dýchání, Biotovo dýchání), sledovala kašel a vykašlávání, rozeznala deýchací šelesty, uměla zhodnotit sputum (KAPOUNOVÁ, 2007).

4.1.1.2 MONITOROVÁNÍ FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ

Monitoringem rozumíme opakované nebo trvalé sledování fyziologických funkcí pacienta a činnost přístrojů. Slouží k podpoře FF s cílem včasné detekace abnormalit těchto funkcí, usnadnění rozvahy o případné terapeutické intervenci, možnosti překontrolování a porovnání FF s odstupem času a zhodnocení účinnosti použité intervence. *Monitorování dechové frekvence* se provádí za pomoci pulzní oxymetrie, což je neinvazivní metoda měření saturace hemoglobinu kyslíkem. Dechovou frekvenci zaznamenává i obyčejné EKG. *Monitorování srdečního systému* slouží ke sledování srdeční frekvence a srdečního rytmu, k odhalování poruch srdeční frekvence a rytmu, detekci ischemických změn, ke sledování účinku léků. Standardním postupem je využití tří nebo pětisvodového EKG. Neinvazivní měření krevního tlaku pomocí manžety tonometru a poslechu pomocí fonendoskopu je velice známé a běžně využívané. *Monitorování tělesné teploty* může probíhat invazivně a to za pomoci čidel, které jsou zavedeny do tělesných dutin nebo otvorů. Například jícnové čidlo snímá teplotu z jícnu, čidlo napojené na PMK měří tělesnou teplotu z močového měchýře. Neinvazivní měření tělesné teploty je mnohem rozšířenějším způsobem. Měření probíhá za pomoci digitálních a rtuťových teploměrů, které jsou využívány k intermitentnímu měření teploty. Tympanální teploměr měří pomocí infračerveného senzoru. V současné době je to nejrychlejší a nejpřesnější metoda. Pro objektivní a standardizované *posouzení stavu vědomí* se využívá tzv. Glasgow coma scale. Po sečtení skóre všech tří kategorií jsou získané body zapsány do dokumentace (KAPOUNOVÁ, 2007).

4.1.1.3 PÉČE O VÝŽIVU

Strava, která je nemocnému podávána během hospitalizace, musí být energeticky hodnotná, chutná, teplá, esteticky upravená, pestrá a z hlediska mikrobiologického i hygienického nezávadná. V současné době je veškerá strava připravována pouze v centrální kuchyni. Na jednotlivá oddělení je využíván tzv. tabletovým systémem. Výhodou tohoto systému je hygienicky balené jídlo, které zůstává dlouho teplé.

V každé nemocnici by měla být zavedena standardizovaná nutriční péče, jejíž součástí je i vstupní vyšetření stavu výživy pacienta. Mezi vyšetření, kterými lze

posoudit stav výživy pacienta patří: *Výživová anamnéza* - nemocný nebo rodinní příslušníci podávají informace o druhu onemocnění a délce jejího trvání, o změnách tělesné hmotnosti za poslední půl rok, běžných stravovacích zvyklostech a další.

Antropometrická měření – měření hodnoty BMI (body Mass Index), kdy se z údajů hmotnosti a výšky pacienta vypočítá jeho tělesná hmotnost. Používá se jako ukazatel podváhy, normální tělesné hmotnosti, nadváhy a obezity. Index se vypočítá vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky. Do antropometrických měření zařadíme i také měření kožních řas, kdy touto metodou je možné zhodnotit podíl tělesného tuku a netukové hmoty.

Laboratorní vyšetření – odpad kreatininu za 24 hodin je přesným ukazatelem o elkovém množství svalové hmoty.

Na základě výsledků těchto vyšetření lze obvykle s jistotou určit poruchu výživy a její závažnost. První poruchou výživy je malnutrice, tedy podvýživa. Její příčinou může být nedostatek kalorií (marasmus), nebo z nedostatku bílkovin (kwashiorkor) anebo ze stresového hladovění. Druhou častou a stejně závažnou poruchou výživy je obezita. Z hlediska kardiovaskulárního rizika je velice důležitá distribuce tuku (KAPOUNOVÁ, 2007).

Jestliže pacient dostatečně nezvládá příjem potravy ústy, může se dočasně zavést nazogastrická sonda, která se zavádí nosem do žaludku. Ve vážnějších případech, nebo když pacient nesnáší nosní katétr, lze výživu zavést skrz břišní stěnu do žaludku – perkutánní endoskopickou gastroskopií (FEIGIN,2007).

4.1.1.4 KOMPLETNÍ HYGIENICKÁ PÉČE

Uspokojit potřebu hygieny je důležité pro pocit spokojenosti, navození pozitivních emocí a vytváření příjemného prostředí. Před onemocněním CMP mohl být jedinec zcela soběstačný a schopný se o sebe postarat. Při příjmu na oddělení sestra zhodnotí stav soběstačnosti jedince. K posouzení jí pomůže škála na hodnocení sebepéče a soběstačnosti, např. klasifikace funkční úrovně sebepéče v modelu M. Gordonové, Barthelův test základních všedních činností nebo test ošetřovatelské zátěže podle Svanborga modifikovaný Staňkovou. Hygienickou péči zajišťuje ze začátku zcela ošetřovatelský personál a to buď na lůžku, nebo v lepším případě za použití pojízdné

vany. Zaměřují se na umytí celého těla a poté šetrné vysušení pokožky jedince, aby se tak předcházelo vzniku dekubitů a opruzenin. Péče se liší, případ od případu, ale v co nejkratší době se snaží personál zapojovat jedince do všech všedních denních činností (TRACHTOVÁ, 2013).

4.1.1.5 PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE A STOLICE

Ošetrovatelská péče o močový systém si zakládá na prevenci přeplňování močového měchýře a předcházení vzniku infekce. Lékař většinou zvolí zavedení permanentního močového katétru. Usnadní to péči o nemocného a předcházení komplikací. Tato metoda ale také zvyšuje riziko vzniku uroinfekce při zavedení katétru. Proto se tato metoda doporučuje pouze v prvních dnech po vzniku CMP. Možné je i použít při malém mimovolném úniku moče plenkové kalhotky, ale znamená to větší riziko opruzenin. Důležitá je tedy i každodenní hygiena genitálu.

Vyprazdňování stolice je u každého jedince jiné. Musí se ke všem přistupovat individuálně, zabezpečit soukromí a respektovat intimitu. U pacienta s CMP je důležité zajistit pravidelné vyprazdňování, při kterém se v akutní fázi používá podložní mísa. Pozdějším řešením, při úspěšné rehabilitaci, může být i pokojový klozet a poté i přesun na toaletu s doprovodem. Personál monitoruje vyprazdňování a zaznamenává vše do dokumentace. Hygiena po defekaci je také významná a obstarává ji ošetrovatelský personál. Později, je-li schopen, ji zajišťuje sám nemocný (TRACHTOVÁ, 2013).

4.1.1.6 PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ

Nejdůležitější je pravidelné polohování jedince každé dvě hodiny ve dne i v noci, při kterém sestra používá různé pomůcky např. antidekubitní matrace, molitanové kolečka, klíny, bedničky, polštářky, botičky a další. Sestra pravidelně kontroluje kůži a sliznice hlavně na rizikových místech. Lůžkoviny a osobní prádlo je třeba, aby bylo suché a čisté. Vznik a vývoj dekubitů záleží na mnoha faktorech. Mezi nejvýznamnější faktory se uvádí dlouhodobý tlak, tření kůže, nepohyblivost, porucha výživy, tělesné hmotnost a inkontinence. U některých pacientů se dekubity vytváří již po několika hodinách, proto je důležité při příjmu používat škálu na prevenci vzniku dekubitů. Mezi

nejčastěji používanou patří modifikovaná rozšířená škála podle Nortonové. Dekubitus nevzniká jen na kůži, ale může zasáhnout i sliznice např. při zavedení močového katétru nebo tracheostomického katétru. Vyskytují se hlavně na místech, kde je kůže vystavena vysokému tlaku tělesné váhy na kosterní výstupky (TRACHTOVÁ, 2013).

4.1.1.7 PORUCHA HYBNOSTI

Vnímáme-li organismus jako jednotku bio-psycho-sociální, nebude porucha hybnosti záležitostí pouze fyziologie pohybu, ale zasáhne psychiku člověka i jeho sociální vztahy. Poruchy hybnosti se týkají polohy, postoje, chůze nebo pohybové koordinace. Poloha, kterou nemocný v lůžku zachová, vychází z jeho celkového stavu. Zdravý člověk nebo nemocný s méně vážným onemocněním si polohu dokáže změnit sám, podle vlastní potřeby. U zesláblých nemocných dochází ke snížení svalového tonusu, nemocný leží většinou na zádech a polohu nemění. Aktivní polohu zaujímá zdravý člověk. Polohu mění sám, bez pomoci. Změna polohy není ničím omezena. Pasivní poloha je typická pro nemocného v bezvědomí a ochrnutého nemocného. Nemocný si nemůže sám určit, v jaké poloze bude ležet, nemůže polohu sám měnit. U nemocných při plném vědomí znamená tato situace velké psychické zatížení. Neschopnost zaujímat aktivní polohu s sebou nese rizika vzniku bronchopneumonie, svalových kontraktur, vznik dekubitů (TRACHTOVÁ, 2013).

4.2 NÁSLEDNÁ PÉČE O PACIENTA PO STABILIZACI NEMOCI

Cílem následné ošetrovatelské a rehabilitační péče je podpora návratu mozkových funkcí, nácvik soběstačnosti při úkonech denních činností, motivace pacienta a jeho rodiny k aktivnímu přístupu. Zajistit péči logopeda při fatických poruchách a péči ergoterapeuta, který pomáhá při nácviku soběstačnosti. Důležitým kritériem rehabilitace je dosažení určitého stupně nezávislosti a navrácení pacienta do běžného života, i přesto, že budou přetrvávat některá omezení (HERZIG, 2008).

V akutní ale i následné péči se klade velký důraz hlavně na polohování, provádění pasivních cvičení a posléze i cvičení aktivních. Než se začíná se cvičením, je dobré, zahřát postiženou i zdravou část těla masáží, protože zároveň brání k rozvoji

svalových atrofií. Správné polohování má dobrý vliv na svalový tonus a dopomáhá navrácení funkcí rovnováhy, zabraňuje syndromu bolestivého ramene. Polohování se uskutečňuje každé 2-3 hodiny ve dne i v noci z jednoho boku na druhý a polohují se i horní i dolní končetiny. Pasivní cvičení nejdříve provádí rehabilitační zaměstnanec. Pokud je jedinec schopen cvičit sám, rehabilitační pracovník provede názornou ukázkou a následně jen kontroluje správné cvičení. Aktivní cvičení se provádí, jakmile je schopen jedinec provést jen minimální samostatný pohyb v ochrnuté končetině. Zprvu jedinec procvičuje zdravé končetiny, pomocí kterých se pak realizují i pasivní cviky s postiženou stranou těla. Napřed se procvičují velké klouby. Je vhodné, aby jedinec prováděl stejné cviky i s nemocnou končetinou a to 3-5x za sebou. Jedinec se ještě učí nadzvedávat se na lůžku, přetáčet se a sedat si. Pokud se u jedince odhalí porucha řeči, je potřeba hned od začátku spolupráce s logopedem (HERZIG, 2008).

4.3 PÉČE O PACIENTA V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Péče v domácím prostředí znamená, že ošetřování nemocného probíhá v jeho vlastním sociálním prostředí, kdy ošetřovatelem je některý člen rodiny, celá rodina nebo blízký člověk nepříbuzenského vztahu. Na začátku si rodina musí položit otázku, zda zvládne péči o nemocného člověka. Domácí péče je náročná a nehodí se pro každou rodinu. Neméně důležitá je edukace rodiny a klienta zdravotnickým personálem při dimisi do domácí péče (HÁLOVÁ, 2007).

Je důležité, aby se pacient nenechal příliš odradit svými neúspěchy. Potřebuje vědět, že mnoho lidí se po iktu zotavilo, že mnozí jiní byli schopni se navrátit do normálního života a pokračovat ve smysluplné práci. Často pomáhá, dáme-li zotavujícímu se člověku nějaké rozumné úkoly, například aby se zhostil některých domácích prací. Může velmi prospět, když mu pomůžeme najít si mimo domov nové zájmy a koníčky odpovídající jeho současným možnostem, zvláště pokud je neschopen návratu do placeného zaměstnání (FEIGIN, 2007).

Osoba pečující o nemocného člověka je ohrožena syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření je prožíván jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání. V tomto případě je možné obrátit se na tzv. respitní službu. Tato služba může zajišťovat

péči o nemocného nebo vyplácení příspěvků na péči. Jednou z možností je také dovolená, lázně a při financování respitní služby požádat o pomoc obecní úřad, sociální služby nebo sponzoring. Další pomoc představuje osobní asistent, který je schopen zajistit obtížnější denní potřeby, které už sama pečující osoba nezvládá. Tato služba není hrazena pojišťovnou. Domácí ošetrovatelská péče zajistí základní potřeby nemocného od hygieny až po odbornou péči jako jsou převazy, odběry biologického materiálu, inhalace, infuze, injekce a další odborné úkony. Stacionář představuje pro mnoho osob pečující o nemocné, alespoň částečnou možnost docházet do zaměstnání. Stacionář funguje od ráno do odpoledne, kdy ošetřující ráno odveze nemocného do stacionáře a odpoledne si ho vyzvedne (HÁLOVÁ, 2007).

Příspěvek na péči

O příspěvek na péči žádá osoba, které péče bude poskytována. V první řadě se musí podat žádost o příspěvek na péči. Následuje proces posouzení stupně závislosti na pomoci druhé osoby, který zahajuje sociální pracovník příslušného obecního úřadu a sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí žadatele. Po provedení sociálního šetření se žádostí zabývá posudkový lékař úřadu práce. O přiznání příspěvku rozhoduje obecní úřad s rozšířenou působností, který má k dispozici výsledek sociálního šetření a posudek posudkového lékaře. Rozhodnutí je doručeno žadateli a v případě, že je pozitivní, je příjemce příspěvku povinen obecnímu úřadu ohlásit způsob péče, která mu bude zajištěna (HUTAŘ, 2009).

4.4 PÉČE O PACIENTA V AMBULANTNÍ SFÉŘE

Po prodělaném akutním onemocnění a následné rehabilitační péči pacient nadále setrvává v dlouhodobé péči svého praktického lékaře či neurologa. V případě přetrvávání dalších obtíží či komplikací je dále sledován v dalších odborných ambulancích (psychiatr, logoped, fyzioterapeut, psycholog).

V současné době existuje celá řada občanských sdružení, které pomáhají pacientům i jejich rodinám v řešení jejich změněné životní situace. Poskytují nejenom možnost další rehabilitace popř. rekondičních pobytů, ale mnohdy i psychologické, sociální, pracovní a právní poradenství. Důležité je i setkávání se a sdílení zkušeností a

vzájemné předávání si informací o současné situaci např. v oblasti pracovní, lékařské či možností volnočasových aktivit (FEIGIN, 2007).

Přestože následná léčba pacientů po CMP je dlouhodobá a velmi nákladná, má smysl. Protože i malý pokrok v pohybových schopnostech pacienta může mít za následek výrazné zvýšení jeho soběstačnosti. Tento pacient se může vrátit domů a nemusí být umístěn do některého typu zařízení sociální péče, a tím dojde ke snížení nákladů na jeho další ošetrovatelskou péči. Proto je vhodné, aby rehabilitace pokračovala dlouhodobě v různých formách a zařízeních (nemocnice, rehabilitační ústav, lázně, léčebna dlouhodobě nemocných, ambulantní rehabilitace) dokud se zdravotní stav pacienta i nadále zlepšuje (KALITA, 2006, FEIGIN 2007).

5 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO CMP

Nemocný jedinec se v důsledku své nemoci ocitá v situaci, kdy ztrácí většinu rolí, které měl. Potřebuje také pomoc při hledání své změněné identity. Důležité je respektování jeho intimity a vyslechnutí jeho názoru. Potřeba identity zahrnuje i potřebu neztratit lidskou důstojnost. Je také důležité podporovat snahu nemocného o získání co největší nezávislosti a soběstačnosti a napomáhat rozvoji činností, které pacientovi dávají nový smysl života.

Již od prvních dnů od vzniku mozkové příhody je třeba společně s nemocným a jeho rodinou stanovit plán další péče. Před ukončením hospitalizace by měli lékař a sestra poučit nemocného i jeho rodinu o prognóze a nejvhodnějším způsobu života po propuštění, podat dostatek informací týkajících se zajištění ošetrovatelské péče (např. úpravy v domácnosti, stravování, problémy s vyprazdňováním, rozvoj soběstačnosti a pohyblivosti). Někdy je třeba naučit nemocného i někoho z jeho blízkých zcela konkrétnímu výkonu (aplikace inzulínu, péče o permanentní katétr). Dále je třeba seznámit blízké nemocného s možností, jak získat kompenzační a ošetrovatelské pomůcky, umožňující vhodně vybavit domácnost.

V neposlední řadě je také nutné informovat nemocného i rodinu jak o sociálních doplňkových službách a sociální podpoře, tak o možnosti zajištění pečovatelských služeb (domácí ošetrovatelská a pečovatelská služba, služby domácí péče), a mimo jiné také o možnosti umístění v ústavech a domovech sociální péče (domy s pečovatelskou službou, domovy důchodců, penzióny pro důchodce). Pokud v místě bydliště pracuje organizace sdružující pacienty po CMP, je dobré poskytnout rodině i tyto informace. Lékař by měl informovat nemocného a jeho rodinu o dalších možnostech rehabilitační péče (LAVIČKOVÁ, 2005).

5.1 SOCIÁLNÍ DOPAD NEMOCI NA PACIENTA S CMP

Emoční problémy se mohou objevit ihned po iktu v důsledku přímého poškození pacientových schopností. Například neschopnost vyjádřit se vede k podrážděnosti. Další emoční problémy vzniknou v pozdějších fázích, když si pacient plně uvědomí dopad prodělaného iktu na svou soběstačnost a další následky. Je důležité vědět, že lidé po mozkové příhodě jsou obzvláště citliví na změny svého okolí a své situace, zvláště když se chystají k návratu z nemocnice domů, nebo když jdou na první vycházku. Je to normální fyziologická reakce a pacienta bychom měli vybízet, aby o svých obavách mluvil s pečovateli, či rodinnými příslušníky a problémy se tak mohly co nejdříve urovnat (FEIGIN,2007).

Ve většině případů se citové problémy časem zmírní, nicméně dokud trvají, mohou vést až k odmítnutí léčby nebo k nedostatku motivace podílet se na rehabilitačním procesu. Tím je ovlivněna prognóza možného zotavení. U těchto reaktivních emočních problémů často podstatně pomůže, když pacienta povzbudíme, aby svůj strach a hněv vyjádřil. Pacient musí cítit, že je cenným členem rodiny. Význam chápajícího rodinného prostředí, podpory zájmu o druhé lidi a povzbuzení k odpočinkovým aktivitám, jako jsou čtení, vaření, procházky, nakupování, hraní her, povídání si a další je tak velký, že jej ani nelze docenit.

U některých lidí po iktu, zvláště u starších, kteří prodělali mnohočetné ikty, se mohou bezdůvodně objevit nekontrolovatelné výbuchy emocí: od smíchu přes epizody podrážděnosti až k pláči. Je důležité, když si zotavující se člověk a jeho rodina uvědomí, že většina poruch chování, které se vyvinuly, jako následek mozkové příhody obvykle netrvá dlouho a často nevyjadřuje skutečné pocity dané osoby (FEIGIN, 2007).

Pokud po překonané mozkové příhodě zůstanou následky, změní to vztahy nemocného k rodině i přátelům a on se stává závislým na cizí pomoci, přičemž míra závislosti je úměrná stupni postižení. Členové rodiny se stávají pečovateli, jsou zodpovědní za uspokojování všech jeho potřeb, včetně těch nejzákladnějších. Ošetřování postiženého člověka klade značné nároky na toho, kdo péči zajišťuje, a může vyvolávat zátěž, která ovlivňuje kvalitu poskytované péče.

Tělesná zátěž - Ošetřování bezmocného člověka působí zvýšenou tělesnou zátěž jako každá fyzická práce. Zahrnuje péči o domov a domácnost, provádění hygieny, úkony spojené s vyprazdňováním, zvedáním a přemisťováním nemocného.

Finanční zátěž - Jsou-li finanční možnosti omezeny, může celá rodina přispívat k úhradě výloh a finanční břemeno se rozloží na všechny členy rodiny.

Zátěž plynoucí z okolního prostředí - Pokud nemocný zůstane ve svém domově, je zde třeba nainstalovat některé pomůcky, např. zábradlí a rampy - pokud to není možné, lze zvolit i alternativní řešení (přestěhování k příbuznému, dům s pečovatelskou službou, penzion, domov důchodců atd.).

Sociální zátěž - Poskytování péče 24 hodin denně může vyvolat sociální zátěž, protože pečovatel je izolován od rodiny, přátel i společenského života. Všechny typy zátěže často vyústí ve velkou citovou zátěž. Péče o nemocného pečovateli brání svobodně hospodařit s vlastním časem a musí se vyrovnávat s velkou zodpovědností, která je na něj kladena. Pokud si neudělá občas volno, aby si odpočinul, hrozí, že u něj vznikne vztek a odpor k postiženému člověku. Také u ostatních členů rodiny, kteří se starají o svého blízkého, může zátěž vyvolávat řadu nepříjemných pocitů.

Nemocný člověk - Nemocný jedinec se v důsledku své nemoci ocitá v situaci, kdy ztrácí většinu rolí, které měl. Potřebuje také pomoc při hledání své změněné identity. Důležité je respektování jeho intimity a vyslechnutí jeho názoru. Potřeba identity zahrnuje i potřebu neztratit lidskou důstojnost. Je také důležité podporovat snahu nemocného o získání co největší nezávislosti a soběstačnosti a napomáhat rozvoji činností, které pacientovi dávají nový smysl života.

Péče ostatních členů rodiny - Je třeba, aby se členové rodiny domluvili, jakým způsobem se budou na péči podílet. Péče může mít různou formu: pomoc při zajištění některých činností, vybavení, peníze, zajištění péče v době, kdy si pečovatel potřebuje odpočinout, apod. Důležité je, aby si člověk, který se o postiženého člověka stará, uvědomil, že musí dbát i sám o sebe a věnovat pozornost a čas také svým osobním potřebám a zálibám. Je vhodné si čas od času naplánovat rodinnou schůzku, která vtáhne ostatní členy rodiny do spoluzodpovědnosti za poskytování péče (LAVIČKOVÁ, 2005).

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: Střížiková Marie	Pohlaví: žena
Datum narození: 22.1.1931	Věk: 86 let
Adresa bydliště a telefon: Loučka	
Adresa příbuzných: Val. Mez.	
Rodné číslo: XXX	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: Středoškolské	Zaměstnání: dělnice
Stav: Vdova	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 28.2.2017	Typ přijetí: plánovaný
Oddělení: Interna 2	Ošetřující lékař: MuDr. Cjmorek
Dorozumívací jazyk: čeština	

Důvod přijetí udávaný pacientem: Necítí pravou stranu těla.

Medicínská diagnóza hlavní: I693 AS cerebri, Stp. CMP s pravostrannou centrální hemiparézou

Medicínské diagnózy vedlejší: E107 DM závislý na inzulinu
I10 Hypertenze III st WHO
I258 ICHS chronická
M175 Jiná sekundární gonartróza
R13 Dysfagie

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 160/100	Výška: 170 cm
P: 70 / min	Hmotnost: 98 kg
D: 12 / min	BMI: 33,91
TT: 36,7°C	Pohyblivost: Imobilní
Stav vědomí: lucidní, orientovaná	Krevní skupina: A+

Nynější onemocnění: Pacientka odeslána praktickým lékařem, pro podezření na cévní mozkovou příhodu. Udává špatnou citlivost pravé strany těla, nemůže se pohnout. Stěžuje si také na bolest zad a kloubů.

Informační zdroje: Pacientka, Dokumentace

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: + 74 letech

Otec: + 68 letech, kuřák

Sourozenci: 2 sestry

Děti: Syn + 56 pro náhlou smrt

Osobní anamnéza:

Dyslipidémie 2001.

DM 2. typu na inzulínu 2001.

Bolesti dolní části zad – chron. VAS LS páteře, progresse potíží od 10/2004.

Hypertenze III st dle WHO 2004.

CMP s pravostrannou centrální hemiparézou , AS cerebri 2017.

Hospitalizace a operace: Hospitalizovaná opakovaně. Fraktura pravého femuru v roce 2000. Tonsilektomie v roce 2000 pro časté bolesti v krku. Ablace mammy v roce 2001. TEP levého kolene v roce 2010 (od té doby ležící).

Úrazy: drobné úrazy

Transfuze: -

Očkování: nepamatuje si

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Agen	Tbl.	5 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Anopyrin	Tbl.	100 mg	0-1-0	Analgetikum, antipyretikum

Artrilom	Tbl.	15 mg	0-0-1	Nesteroidní antiflogistikum
Durogesic	Náplast	75 ug	Co 75 hod	Anodynum
Espumisan	Tbl.	40 mg	1-1-1	Digestivum
Itoprid	Tbl.	50 mg	1-1-1	Protinetikum
Fenolax	Tbl.	5 mg	0-0-1	Laxantium
Loseprazol	Tbl.	20 mg	0-0-1	Antiulcerózní látka
Molsihexal R	Tbl.	8 mg	0-0-1	Vazodilatantium
Prestarium combi	Tbl.	5/1,25 mg	1-0-0	Antihypertenzivum
Prestarium neo	Tbl.	5 mg	0-0-1	Antihypertenzivum
Rivotril	Tbl.	0,5 mg	0-0-1	Antiepileptikum
Sortis	Tbl.	20 mg	0-0-1	Hypolipidemikum
Vasocardin	Tbl.	50 mg	½-0- ½	Sympatolytika
Humulin R	Inj.		24j-24j-24j	Antidiabetikum
Humulin N	Inj.		0-0-0-17j	Antidiabetikum

Alergologická anamnéza:

Léky: nejuje

Potraviny: nejuje

Chemické látky: nejuje

Jiné:

Abúzy:

Alkohol: zřídka

Kouření: nekuřačka

Káva: příležitostně

Léky: nejuje

Jiné návykové látky: nejuje

Gynekologická anamnéza: (u žen)	Urologická anamnéza: (u mužů)
Menarche: od 12 let Cyklus: pravidelný Trvání: do 45 let Intenzita bolesti: normální PM: 45 let A: 0 UPT: žádná Antikoncepce: ne Menopauza: od 45 let Potíže klimakteria: nezpůsobovala Samovyšetření prsou: nevyšetřuje Poslední gynekologická prohlídka: nepamatuje si	Překonané urologické onemocnění: Poslední návštěva u urologa: Samovyšetřování varlat:

Sociální anamnéza:

Stav: Vdova.

Bytové podmínky: Bydlí v domově pro seniory.

Vztahy, role a interakce v rodině: Vdova, žije sama.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: Důchodkyně, kamarádka.

Záliby: Čtení knih, vyšívání, poslouchání hudby, relaxování.

Volnočasové aktivity: četba, TV, setkávání s přáteli, dříve údržba zahrádky.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: Středoškolské

Pracovní zařazení: Dělnice (prodavačka)

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: Starobní důchod od roku 1976

Vztahy na pracovišti: dobré

Ekonomické podmínky: dobré

Spirituální anamnéza: nevěřící

Religiózní praktiky: žádné

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 7.3. 2017.....

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„Hlava zatím dobrá, funguje.“	Hlava mezocegalická, pokleповě nebolestivá. Oční štěrbinы asymetrické. Skléry anikterické. Izokorie se zachovalou reakcí. Jazyk hydratovaný. Krk souměrný, pulzace karotid oboustranně asymetrická. Štítná žláza nezvětšena, krční uzliny nehmatné.
Hrudník a dýchací systém:	„Při větší námaze se mi hůře dýchá, ale to je těmi kily navíc.“ „Mám pryč levé prso, kvůli rakovině. Už je to nějaký rok, tak jsem s tím smířená.“	Hrudník symetrický. Akce srdeční pravidelná, rychlá, bez šelestů. Dýchání sklípkové, bazálně inspirační chrupky. Hrudník: stav po ablaci levého prsu.
Srdečně cévní systém:	„Ruce mi fungovaly dobře, nohy už mi tak dobře nepracují. Od doby kdy jsem po operaci levého kolene, nemůžu chodit a jsem upoutaná na vozík. Ted už se pohybuji jen v lůžku.“	Levá horní končetina pohyblivá, bez otoků. Pravá horní končetina paretická, lehce studená, bez otoku. Levá dolní končetina bez otoků. Pravá dolní končetina

		paretická.
Břicho a GIT:	„ Břicho mě někdy bolí, často trpím nadýmáním a občas i zácpou.“	Břicho měkké, prohmatné, bez hmatné rezistence, peristaltika slyšná, meteorismus.
Močový a pohlavní systém:	„ S močením problém nemám. Dříve jsem chodila na wc židli, teď už močím do plen.“	Moč čirá, nezapáchající. Bez známek krve či hnisu. Genitál lehce opružený.

SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Kosterní a svalový systém:	„ V posledních letech se pohyblivost jen horší. Může za to operace nohy ale i moje nadváha. Jsem si toho všeho vědoma. Teď mi bolest brání v jakémkoliv pohybu.“	Bez známek zlomenin. Omezená hybnost. Ochablá svalová tkáň. Imobilní.
Nervový systém a smysly:	„ Zrak se už taky pomalu horší, ale zatím vidím dobře. Horší je to s tím pohybem. Jinak je snad vše v pořádku.“	Orientovaná. Zhoršená motorika. Zrak zhoršený. Ostatní smysly v pořádku.
Endokrinní systém:	„ Bez problému, nebo o nich nevím.“	V pořádku.
Imunologický systém:	„ Několikrát do roka mám slabou rýmu a kašel, ale to je normální s měnícím se počasím.“	Snížena imunita z důvodů stáří.
Kůže a její adnexa:	„ Kůži mám suchou, ale mažu se. Nehty mi stříhají na požádání v domově. Vlasy už taky nemám jako dříve, ale je to vše tím stářím“	Kůže suchá. Nehty v pořádku, netřepí se. Vlasy husté. Turgor v normě.

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacientka ochotně spolupracuje. Po rozhovoru se cítí trochu unavená.

Aktivita denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	„ Vždycky jsem byla dobrým strážníkem, jde to i vidět. S jídlem jsem problémy neměla.“	
	v nemocnici	„ V nemocnici tolik nejím, moc mi tu nechutná, ale snažím se jíst vše.“	Jí ¾ porce jídla. Více nechce. Preferuje namazaný chleba a k obědu nakrájené maso.
Příjem tekutin:	doma	„ Doma piju převážně čaj, občas obyčejnou vodu. Snažím se pít dostatečně, aspoň ten jeden litr.“	
	v nemocnici	„ Snažím se pít dost, čaj mi tady chutná.“	Příjem tekutin je zhruba do 1 litru.
Vylučování moče:	doma	„ Chodila jsem dříve na WC židli. Po operaci nohy už to nezvládám. Proto už teď močím do plenu.“	
	v nemocnici	„ Močím do plenu, tady mě i namažou, když mi mění plenu.“	Výměna plenu dle potřeby.
Vylučování stolice:	doma	„ Často trpím zácpou, asi je to z toho málo pohybu. Někdy mám větry, ale užívám na to léky.“	

	v nemocnici	„ Zatím se mi nechce, uvidíme, kdy to přijde, jsem zvyklá, že to není pravidelně.“	Zatím se nevyprázdnila.
Spánek a bdění:	doma	„ Doma spím dobře, nemám problémy a ani léky neužívám.“	
	v nemocnici	„ Možná to spaní bude horší, nemám ráda změnu prostředí, pak špatně spím.“	Nelze posoudit. V hlášení je třeba upozornit sestru na noční směně.
Aktivita a odpočinek:	doma	„ Jsem společenská, hodně za mnou chodí mé kamarádky z domova. Dříve jsem měla malý záhonek, o který jsem se starala, momentálně už to nelze.“	
	v nemocnici	„ Všechno mě bolí, Moc toho pohybu nemám, hlavně teď, kdy nemůžu hýbat půlkou strany těla.“	Polehává v lůžku. K jídlu posazována v lůžku, dopomoc při všedních denních činnostech. Imobilní.
Hygiena:	doma	„ Umýt jsem se zvládala sama, když tak jsem si říkala o pomoc.“	
	v nemocnici	„ Momentálně nezvládám nic, sotva se najíst. Neumyji se, jsem odkázaná na pomoc sester.“	Kompletní celková hygiena na lůžku prováděna sestrou.

Soběstačnost:	doma	„ Kolem sebe jsem zvládala vše. Když jsem potřebovala, řekla jsem kamarádkám, ať mi zajdou na nákup. Úklid jsem zvládala v rámci svých možností.“	
	v nemocnici	„ Snažím se, ale zatím mi nic moc nejde. Doufám, že se to zlepší, sotva se najím.“	Nají se s dopomocí. Hygiena prováděna sestrou. Vyprazdňování do plen.
Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:		„Sestřičko, ptejte se!“	Vnímá otázky, ochotně spolupracuje.
Orientace:		„ Jsem v nemocnici na interně. A vím, kdo jsem.“	Orientovaná osobou, časem, místem.
Nálada:		„Pod psa.“	Smutná, bojí se, co bude.
Paměť:	Staro paměť	„ Pamatuju si dobře své dětství. Vzpomínám na svou babičku s dědou i své rodiče.“	Informace z minulosti si vybavuje velice dobře.
	Novo paměť	„ Snažím se udržet paměť křížovkami, ale občas si nemůžu vzpomenout, co jsem chtěla udělat.“	Má poměrně dobrou výbavnost.
Myšlení:		„ Hlavou se mi honí všelijaké myšlenky.“	Myšlení pružné.
Temperament:		„ Jsem klidná povaha.“	Vypadá vyrovnaně.
Sebehodnocení:		„ Jsem, jaká, jsem.“	
Vnímání zdraví:		„ Celý život jsem se snažila jíst zdravě. Dostatečně odpočívat	Uvědomuje si závažnost svého

		ale i být aktivní.“	onemocnění.
Vnímání zdravotního stavu:		„ Bývalo to lepší, ale člověk stárne.“	Má reálný náhled na svůj zdravotní stav.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:		„ Jsem unavená, bolavá a je mi smutno, protože musím být v nemocnici, ale snad mi tu pomůžou.“	Smutná, mírně depresivní.
Reakce na hospitalizaci:		„ Musí to vydržet, nic jiného jí nezbývá.“	Spolupracuje, ale chtěla by jít domů.
Adaptace na onemocnění:		„ Doufám, že je to jen dočasné a budu doufat a snažit se, aby se to zlepšilo.“	Chápe svou situaci.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):		„ Mám obavy z budoucnosti. Nevím, co mě čeká.“	Je lehce úzkostná.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací:		„ V nemocnici jsem už byla několikrát a s nikým jsem neměla žádný problém.“	Je nekonfliktní.
Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	verbální	„ Ráda si povídám s lidmi ale teď se necítím dobře.“	Je ochotna rozhovoru, plynule a adekvátně odpovídá.
	neverbální	„ Když dlouho mluvím, začnu se zadýchávat, potřebuji si odpočinout.“	Delší rozhovor ji vyčerpává. Musí mít chvílku na odpočinek.

Informovanost:	o onemocnění	„ Myslím, že vím dost. Už jsem o tomhle onemocnění i slyšela.“	Pacientka je dostatečně informována.
	o diagnostických metodách	„ Víím, co je rentgen i CT.“	Pacientka je dostatečně informována.
	o specifikách ošetrovatelské péče	„ Víím, že se mi poškozená strana musí rozhýbat, budu muset cvičit.“	Signalizace je na dosah zdravé ruky. Pacientka dostatečně informována.
	o léčbě a dietě	„ Léčba bude asi na delší dobu, počítám s tím.“ „ Cukrovku mám už několik let, víím, co můžu a nesmím. Někdy to ale poruším a dám si něco dobrého.“	Aplikace inzulínu 4x denně. Dostatečný příjem tekutin a potravy.
	o délce hospitalizace	„ Bojím se delšího pobytu. Špatně snáším cizí prostředí.“	Mluví o svých obavách z dlouhodobého pobytu. Je lehce depresivní.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	primární role (související s věkem a pohlavím):	„ Už jsem důchodkyně.“	Pobírá starobní důchod.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„ Těším se na návštěvu kamarádek. Aspoň ty kolem sebe mám.“	Má s sebou společné fotky se svými kamarádkami.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	„ Ráda si čtu nebo luštím křížovky.“	Má u sebe knihy a křížovky.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

Základní biochemie:

Urea: 7,9 mmol/l

Kreatinin: 91 umol/l

Kyselina močová: 474 umol/l

Sodík: 134,5 mmol/l

Draslík: 4,24 mmol/l

Chloridy: 98,3 mmol/l

Bilirubin celkový: 4,0 umol/l

Bilirubin konjugovaný: 3,1 umol/l

ALT: 0,20 ukat/l

AST: 0,25 ukat/l

GGT: 0,42 ukat/l

ALP: 1,49 ukat/l

Glukosa: 6,9 mmol/l

CRP: 9,89 mmol/l

Endokrinologie:

TSH: 1,740 mU/l

Hemokoagulace:

Quickův test: 73,6 %

Quick INR: 1,16

APPT: 28,9 s

Krevní obraz a diferenciál:

Leukocyty: 13,5 $10^9/l$

Erytrocyty: 4,05 $10^{12}/l$

Hemoglobin: 115 g/l

Hematokrit: 0,369

Trombocyty: 315 x $10^9/l$

Další: Rentgen srdce a plic

CT mozku nativně

UZ sono karotid

Konzervativní léčba:

Dieta: 9 Pohybový režim: 4 Fyzioterapie: na lůžku
Výživa: per os

Medikamentózní léčba:**per os:**

Agen	Tbl	5mg	1-0-0
Anopyrin	Tbl	100mg	0-1-0
Artrilom	Tbl	15mg	0-0-1
Durogesic	Náplast	75ug	Co 75 hod
Espumisan	Tbl	40 mg	1-1-1
Itoprid	Tbl	50mg	1-1-1
Fenolax	Tbl	5 mg	0-0-1
Loseprazol	Tbl	20mg	0-0-1
Molsihexal R	Tbl	8mg	0-0-1
Prestarium combi	Tbl	5/1,25mg	1-0-0
Prestarium neo	Tbl	5mg	0-0-1
Rivotril	Tbl	0,5mg	0-0-1
Sortis	Tbl	20mg	0-0-1
Vasocardin	Tbl	50mg	½-0- ½

intravenózní: FR 500 ml i. v. / 4 hod + 1 amp Mg SO₄ + 1 amp Novalgin + 1 amp

Geratam

per rectum: x

jiná: Fraxiparine 0,6 ml s.c.

Chirurgická léčba: x

SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 7.3.2017:

Pacientka přijata dne 28.2.2017, pro podezření na cévní mozkovou příhodu. Uložena na lůžko, provedena dopomoc s vybalením jejích osobních věcí. Vyplněna anamnéza. Seznámení s oddělením a samotným chodem oddělení. Provedeno vstupní vyšetření lékařem. Přístup k lůžku je umožněn ze tří stran a noční stolek je umístěn na pravou stranu lůžka. Dieta 9- diabetická. Podány léky dle ordinace lékaře. Změřeny fyziologické funkce.

Dne 7.3.2017 je pacientka kardiopulmonálně stabilizována, dechová frekvence 12 dechů za minutu, saturace O₂ 98%. TK 160/100, P 70 tepů za minutu, TT 36,6 °C. Má zaveden žilní vstup 2. den, pro infuzní terapii., bez známek infekce v okolí zavedení. Dle vstupních hodnotících škál (Bartellův test všedních činností) je pacientka závislá na veškerou péči ošetřujícího personálu, proto je hygiena prováděna ošetřovatelským personálem. Při převlékání, stravování a vyprazdňování je nutná dopomoc. Pacientka močí do plen, které jsou dle potřeby vyměňovány. Pacientka také sděluje, že již čtvrtý den nebyla na velké straně. V oblasti třísel a hýždí je mírné zarudnutí. Břicho nebolestivé. Vzhledem k riziku pádu – dle hodnotící stupnice a také pádu v minulosti, je třeba zvýšeného dohledu, na noc na lůžku zvednuty postranice se souhlasem pacientky, signalizační zařízení na dosah pacientky, která je poučena o jeho použití. Pacientka je také ohrožena rizikem infekce v souvislosti se zavedeným PŽK, proto je nutné ji poučit o možných projevech infekce. Zajištěna antidekubitními pomůckami v lůžku, polohována co 2 hodiny. Z důvodu imobility je potřeba zvýšená kontrola predilekčních míst a zvýšená hygiena. Udává také brnění a bolest v dolních končetinách. V nemocnici špatně spí, kvůli hluku a změně prostředí. Pacientka doufá ve zlepšení a proto je odhodlaná dělat vše proto, aby byla opět soběstačná.

Stanovení ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle Nanda International, Inc. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017.

1. Akutní bolest 00132

Akutní bolest z důvodu ochabnutím svalstva, projevující se verbalizací a omezenou hybností.

2. Zhoršená pohyblivost 00085

Zhoršená pohyblivost z důvodu hlavního onemocnění a bolestí, projevující se verbalizací pacientky a zhoršenou schopností otáčet se ze strany na stranu či provést jakýkoliv úmyslný pohyb.

3. Zácpa 00011

Zácpa z důvodu snížení motility gastrointestinálního traktu, projevující se neschopností vyprázdnit se.

4. Deficit sebe péče při koupání 00108, při oblékání 00109, při stravování 00102 a vyprazdňování 00110.

Deficit sebe péče při koupání, oblékání, stravování a vyprazdňování z důvodu hlavního onemocnění, projevující se neschopností pohybu těla či jedné nebo více končetin.

5. Narušený vzorec spánku 00198

Narušený vzorec spánku z důvodu změny prostředí, projevující se potížemi při usínání.

6. Neefektivní periferní tkáňová perfuze 00024

Neefektivní periferní tkáňová perfuze z důvodu imobility, projevující se parestezií.

7. Zhoršená sociální interakce 00052

Zhoršená sociální interakce související se zhoršenou pohyblivostí projevující se narušením společenského fungování.

8. Snaha zvýšit naději 00185

Snaha zvýšit naději projevující se touhou zlepšit soulad mezi očekáváním a cílem.

9. Snaha zlepšit sebe péči 00079

Snaha zlepšit sebe péči projevující se touhou zlepšit svou nezávislost z hlediska života.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

1. Riziko pádu 00155

Riziko pádu související s porušenou rovnováhou a zhoršenou mobilitou.

2. Riziko infekce 00004

Riziko infekce související se zavedeným invazivním vstupem.

3. Riziko dekubitu 00249

Riziko dekubitu související se sníženou mobilitou.

4. Riziko intolerance aktivity 00094

Riziko intolerance aktivity související se ztrátou kondice.

5. Riziko akutní zmatenosti 000128

Riziko akutní zmatenosti související s cévní mozkovou příhodou v anamnéze.

6. Riziko krvácení 00206

Riziko krvácení související s léčbou.

9. Riziko oslabení lidské důstojnosti 00174

Riziko oslabení lidské důstojnosti související se ztrátou kontroly nad tělesnými funkcemi.

10. Riziko situačně nízké sebeúcty 00153

Riziko situačně nízké sebeúcty z důvodu funkčního poškození.

Zpracování ošetrovatelských diagnóz, dle priorit:

Ošetrovatelská diagnóza 1 : Akutní bolest 00132

Akutní bolest z důvodu ochabnutí svalstva, projevující se verbalizací a omezenou hybností.

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Snížit stupeň bolesti pod VAS 3 do 30 minut.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nebude udávat bolesti při propuštění z oddělení.

Výsledná kritéria:

Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti do 1 hodiny

Pacientka je schopna popsat sílu bolesti na hodnotící škále VAS do 30 minut.

Pacientka neudává vyšší míru bolesti nad VAS 3 po dobu hospitalizace.

Pacientka cítí úlevu do 30 minut po aplikaci analgetik.

Pacientka je poučena o možných úlevových polohách do 2 hodin.

Pacientka se naučí metodám zmírňující bolest do 2 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

1. Ulož pacientku do úlevové polohy – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.
2. Podej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj a zaznamenávej do dokumentace intenzitu bolesti a účinek analgetik – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
3. Pouč pacientku o využití hodnotící škály bolesti VAS – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
4. Vysvětlí pacientce příčinu její bolesti – lékař, všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
5. Pouč pacientku, jak postupovat při zvýšení bolesti – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
6. Sleduj vedlejší účinky léků – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.
7. Sleduj neverbální projevy pacientky během dne - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.

Realizace:

5:45 předávání hlášení – všeobecná sestra J.B.

6:00 změření fyziologických funkcí – všeobecná sestra R.K.

6:30 provedení celkové hygieny sestrou, promazání, napolohování a podložení končetin – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

7:10 pacientka udává stupeň bolesti na VAS 4, nahlášení lékaři – všeobecná sestra R.K.

7:15 podány analgetika dle ordinace lékaře – zdravotnický asistent M.J.

7:30 dopomoc při stravování, uložení do polohy v sedě v lůžku s podloženými dolními končetinami, dopomoc při jídle – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

7:45 kontrola účinku analgetik a zaznamenání do dokumentace, stupeň bolesti udávaný pacientkou je na stupnici VAS 1 - zdravotnický asistent M.J.

8:30 polohování pacientky ošetřujícím personálem na pravý bok – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

9:00 podána infuze dle ordinace lékaře – všeobecná sestra R.K.

10:00 konzultace o možných úlevových polohách, příčinách bolestí a využití hodnotící škály VAS – všeobecná sestra R.K.

11:30 pacientka je seznámena s hodnotící škálou bolesti – všeobecná sestra R.K., zdravotnický asistent M.J.

11:45 umístění do vhodné polohy, dopomoc při jídle – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

12:30 polohování pacientky na levý bok, podložení a promazání zad a končetin – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

12:45 pacientka neudává zvýšení bolesti – všeobecná sestra R.K.

13:00 podání ordinace dle lékaře, pacientka je uvolněná, bolest mírná, pospává – všeobecná sestra R.K.

13:00 – 18:00 Pokračování v naplánovaných intervencích – všeobecná sestra R.K., zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

Hodnocení ze dne 7.3.2017:

Pacientka cítí úlevu do 30 minut po podání analgetik. Krátkodobý cíl byl splněn.

Cíl dlouhodobý byl splněn částečně z důvodu časného hodnocení, v naplánovaných intervencích je třeba nadále pokračovat.

Ošetrovateľská diagnóza 2: Zhoršená pohyblivosť 00085

Zhoršená pohyblivosť z dôvodu hlavného ochorenia a bolestí, prejavujúca sa verbalizáciou pacientky a zhoršenou schopnosťou otáčať sa zo strany na stranu či proviesť akýkoľvek úmyslný pohyb.

Priorita: stredná

Cíl Krátkodobý: Pacientka prejavuje ochotu ke spolupráci pri rehabilitácii, nácviku a zmene polohy v lôžku do 24 hodín

Cíl dlhodobý: Pacientka sa naučí do 2 týždňov samostatne otočiť sa zo strany na stranu.

Výsledná kritéria:

Pacientka ochotne nacvičuje s pomocou rehabilitačnej sestry nácvik zmeny v lôžku do 3 dní.

Pacientka je poučená o dôležitosti zmeny polohy v lôžku do 3 hodín.

Pacientka pozná všetky riziká imobilizačného syndrómu do 3 hodín.

Pacientka správne využíva polohovacie pomôcky do 12 hodín.

Pacientka zvyšuje svalovú silu a funkciu postihenej časti tela do 5 dní.

Pacientka nebude vykazovať známky imobilizačného syndrómu.

Ošetrovateľské intervencie:

1. Spolpracuj s rehabilitačnou sestrou – všeobecná sestra, zdravotnícky asistent, ošetrovatelka.
2. Pouč pacientku o dôležitosti zmienach polohy v lôžku – všeobecná sestra, zdravotnícky asistent, ošetrovatelka.
3. Seznam pacientku o riziku imobilizačného syndrómu a jeho komplikáciách – všeobecná sestra, zdravotnícky asistent, ošetrovatelka.
4. Vysvetli pacientke význam a využitie polohovacích pomôcok – všeobecná sestra, zdravotnícky asistent, ošetrovatelka.
5. Pomož pacientke pri zmienach polohy v lôžku – všeobecná sestra, zdravotnícky asistent, ošetrovatelka.
6. Pobízaj pacientku k pravidelnému cvičeniu pre zachovanie sily a ovládanie svalů – všeobecná sestra, zdravotnícky asistent, ošetrovatelka.
7. Sleduj stav kůže, pravidelne a řádně o ni pečuj, ošetřuj otlaky a zarudnutí, možné změny na kůži zaznamenej do dokumentace – všeobecná sestra, zdravotnícky asistent, ošetrovatelka.
8. Pečuj o psychiku pacientky, povzbuzuj ji, zapoj i rodinné příslušníky v aktivizaci

pacientky.

Realizace:

5:45 předávání hlášení – všeobecná sestra J.B.

6:30 provedení celkové hygienické péče ošetřovatelským personálem – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

7:00 upravení prostředí dle požadavků pacientky – zdravotnický asistent M.J.

7:30 příprava na stravování, uložení do polohy v sedě v lůžku s podloženými dolními končetinami, dopomoc při jídle – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

8:00 seznámení s rizikem imobilizačního syndromu a jeho komplikací, vysvětlení důležitosti o pravidelné změně polohy – všeobecná sestra R.K., zdravotnický asistent M.J.

8:30 polohování pacientky ošetřujícím personálem na pravý bok – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

9:30 cvičení s rehabilitační sestrou – rehabilitační sestra L.S.

10:30 edukace rodinných příslušníků a ukázka možných cviků bez dohledu zdravotnického personálu – všeobecná sestra R.K., zdravotnický asistent M.J.

11:45 umístění do vhodné polohy ke stravování, dopomoc při jídle – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

12:30 polohování pacientky na levý bok, kontrola predilekčních míst, ošetření kůže – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

14:00 návštěva rodinných příslušníků, podpora psychiky pacientky i návštěvy, nácviky rehabilitačních cviků s pacientkou – zdravotnický asistent M.J., rehabilitační sestra L.S.

14:00 – 18:00 Pokračovat v naplánovaných intervencích – všeobecná sestra R.K., zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

Hodnocení ze dne 7.3.2017:

Pacientka aktivně cvičí s rehabilitační sestrou a rodinnými příslušníky. Krátkodobý cíl byl splněn. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, z důvodu časného hodnocení, v naplánovaných intervencích je třeba nadále pokračovat.

<p>Ošetrovateľská diagnóza 3: Zácpa 00011</p> <p>Zácpa z dôvodu snížení motility gastrointestinálního traktu, projevující se neschopností vyprázdnit se.</p>
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl Krátkodobý: Pacientka se samovolně vyprázdní do 12 hodin.</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka se bude pravidelně vyprazdňovat co 2 dny.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <p>pacient se pravidelně vyprazdňuje po dobu hospitalizace.</p> <p>Pacientka zná příčiny vzniku zácpy do 2 hodin.</p> <p>pacient zná potraviny bohaté na vlákninu a zařazuje je pravidelně do jídelníčku do 1 dne</p> <p>Pacientka je poučena o nutnosti zvýšeného pohybu v lůžku do 2 hodin.</p> <p>Pacientka nepocítuje bolesti břicha do 4 dnů.</p> <p>Pacientka nepocítuje nadměrnou námahu při defekaci během nácvičku.</p> <p>Pacientka vypije alespoň 1500 ml tekutin za den.</p> <p>pacient je informován o použití laxancií do 12 hodin.</p>
<p>Ošetrovateľské intervence:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pouč pacientku o příčinách vzniku zácpy – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 2. Zjistí způsoby, kterými se pacientka dříve vyprazdňovala, a všechny faktory, které u ni vyprazdňování podporovaly – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 3. Zjistí příjem tekutin, obvyklý stravovací režim, všimni si stavu dutiny ústní a zubů - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 4. Zajisti dostatek pohybu během dne - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 5. Pouč pacientku o nutnosti zvýšeného příjmu tekutin a o vhodné stravě, bohaté na vlákninu - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 6. Nacvičuj defekační relex na podložní mísu během dne - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 7. Pouč pacientku o možném užití laxacií - všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
<p>Realizace:</p> <p>5:45 předávání hlášení – všeobecná sestra J.B.</p>

6:30 provedena celková ranní hygiena, včetně péči o kůži – zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

7:00 úprava prostředí – zdravotnický asistent M.J.

8:00 edukace o příčinách vzniku zácpy, nutnosti zvýšeného příjmu tekutin, vhodné stravě a dostatku pohybu, nácvik defekace na podložní mísu – všeobecná sestra R.K., zdravotnický asistent M.J.

6:00 – 18:00 edukace rodinných příslušníků o vhodné stravě a zvýšeného příjmu tekutin u pacientky, nácvik vyprazdňování na podložní mísu, pokračování v intervencích – všeobecná sestra R.K., zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

Hodnocení ze dne 7.3.2017: Pacientka vyloučila malé množství střevního obsahu. Cíl krátkodobý byl splněn. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, z důvodu časného hodnocení, v naplánovaných intervencích je třeba nadále pokračovat.

Ošetrovatelská diagnóza 4: Deficit sebe péče při koupání 00108, při oblékání 00109, při stravování 00102 a vyprazdňování 00110.

Deficit sebe péče při koupání, oblékání, stravování a vyprazdňování z důvodu hlavního onemocnění, projevující se neschopností pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka je schopna přivolat si pomoc pro vykonávání denních aktivit do 2 hodin

Cíl dlouhodobý: Pacientka se naučí úplně nebo alespoň částečně vykonávat denní aktivity do 4 týdnů.

Výsledná kritéria:

Pacientka zná význam a umí využít signalizační zařízení k zavolání si pomoci zdravotnického personálu do 2 hodin.

Pacientka je ochotna učit se způsobům, vedoucí k celkové nebo alespoň částečné soběstačnosti do 2 dnů.

Pacientka umí používat pomocné prostředky do 2 dnů.

U pacientky je zachována síla a funkce zdravé části těla po dobu hospitalizace.

Pacientka má bezpečné prostředí, pro vykonávání aktivit během hospitalizace.

Pacientka nebude jevit známky imobilizačního syndromu po dobu hospitalizace.

Pacientka je upravená, jí celé porce jídla a zná možné postupy při defekaci do 12 hodin.

Pacientka provádí péči o vyprazdňování na úrovni svých schopností do 12 hodin.

Pacientka nemá narušenou kožní integritu po dobu hospitalizace.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zajisti bezpečné prostředí a dbej na prevenci úrazu – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.

2. Pouč pacientku o využití signalizačního zařízení – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.

3. Podporuj pacientku a dopomáhej, při vykonávání denních aktivit- všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.

4. Pouč pacientku o výkonech, vedoucí k soběstačnosti – všeobecná sestra, rehabilitační sestra zdravotnický asistent, ošetrovatelka.

5. Zajisti příslušné pomůcky – všeobecná sestra, rehabilitační sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.

6. Pouč pacientku o využití rehabilitačních pomůcek na podporu postižené části těla-

všeobecná sestra, rehabilitační sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka.

7. Pobízej pacientku k pití a příjmu potravy za účelem získání energie a dostatečnému zavodnění – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka.

8. Vysvětli pacientce důsledky nepohyblivosti – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka.

9. Oceňuj verbálně i nonverbálně pacientovu snahu zapojit se do péče o své zdraví – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka.

10. Dbej na zvýšenou hygienu v oblasti genitálu – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka.

11. Dbej na soukromí pacientky při koupání, oblékání a vyprazdňování – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka.

12. Zaměř se na prevenci vzniku poruchy vyprazdňování střev – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka.

13. Poskytni dostatek informací pacientce i rodině – všeobecná sestra.

14. Nacvičuj s pacientkou defekační reflex na podložní mísu během dne – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatelka.

15. Vše zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.

Realizace:

5:45 předávání hlášení – všeobecná sestra J. B.

6:30 provedení celkové ranní hygieny zdravotnickým personálem, péče o kůži a dutinu ústní – zdravotnický asistent M. J., ošetřovatelka L. M.

7:00 upravení bezpečného prostředí, zajištění postranic u lůžka, zajištění signalizačního zařízení na dosah pohyblivé ruky – zdravotnický asistent M. J., ošetřovatelka L. M.

7:30 umístění do polohy v sedě v lůžku s podložením dolních končetin – zdravotnický asistent M. J., ošetřovatelka L. M.

7:35 dopomoc při jídle, nácvik samostatného stravování – zdravotnický asistent M. J.

7:45 seznámení pacientky s pomůckami a činnostech vedoucí k soběstačnosti – zdravotnický asistent M. J.

8:00 nácvik vyprazdňování na podložní mísu – zdravotnický asistent M. J., ošetřovatelka L. M.

8:30 Polohování pacientky na pravý bok s využitím antidekubitních pomůcek – zdravotnický asistent M. J., ošetřovatelka L. M.

9:30 cvičení s rehabilitační sestrou – rehabilitační sestra L. S.

10:30 edukace rodinných příslušníků a ukázka možných cviků vedoucí k soběstačnosti pacientky – zdravotnický asistent M. J.

6:00 – 18:00 výměna inkontinenčních pomůcek dle potřeby, aktivizace pacientky, psychická podpora pro pacientku i rodinné příslušníky, nácviky vedoucí k soběstačnosti pacientky, pokračování v intervencích – všeobecná sestra R.K., rehabilitační sestra L.S., zdravotnický asistent M.J., ošetřovatelka L.M.

Hodnocení ze dne 7. 3. 2017:

Pacientka využívá signalizačního zařízení a je schopna přivolat zdravotnický personál během 30 minut. Cíl krátkodobý byl splněn. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, z důvodu časného hodnocení, v naplánovaných intervencích je třeba nadále pokračovat.

<p>Ošetrovatelská diagnóza 5: Narušený vzorec spánku 00198</p> <p>Narušený vzorec spánku z důvodu změny prostředí projevující se potížemi při usínání.</p>
<p>Priorita: střední</p> <p>Cíl krátkodobý: Pacientka nebude cítit únavu během dne.</p> <p>Cíl dlouhodobý: Pacientka se naučí správné spánkové hygieně do 4 dnů.</p>
<p>Výsledná kritéria:</p> <p>Pacientka se ráno cítí odpočatě během hospitalizace.</p> <p>Pacientka si nestěžuje na celkovou slabost a vyčerpání během dne.</p> <p>Pacientka zná spánkovou hygienu do 12 hodin</p> <p>Pacientka umí určit problém, způsobující nespavost do 12 hodin</p> <p>Pacientka má vhodné podmínky pro kvalitní spánek po dobu hospitalizace.</p>
<p>Ošetrovatelské intervence:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zjistí příčiny poruchy spánku – všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 2. Zjistí spánkové rituály pacientky- všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 3. Monitoruj spánkové návyky, které se mění okolnostmi - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 4. Pomoz pacientce dosáhnout optimálního spánku zohledněním režimu dne - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 5. Zajisti zvýšenou aktivitu během dne - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka. 6. Zajisti vhodné podmínky pro kvalitní spánek - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka.
<p>Realizace:</p> <p>5:45 předávání hlášení – všeobecná sestra J. B.</p> <p>7:00 poskytnutí informací o správném spánkovém režimu, potřeby zvýšené aktivity během dne – všeobecná sestra R. K.</p> <p>6:00 – 18:00 informovanost rodiny i pacientky, aktivizace pacientky – všeobecná sestra R.K., rehabilitační sestra L.S., zdravotnický asistent M.J., ošetrovatelka L.M.</p> <p>17:45 předání noční službě o nutnosti pokračovat v intervencích a následné zaznamenávání do dokumentace – všeobecná sestra R.K.</p>
<p>Hodnocení ze dne 7. 3. 2017: Pacientka si nestěžuje na zvýšenou únavu během dne.</p>

Cíl krátkodobý byl splněn. Dlouhodobý cíl byl splněn částečně, z důvodu časného hodnocení, v naplánovaných intervencích je třeba nadále pokračovat.

CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacientka dne 28.2.2017 byla odeslána svým praktickým lékařem pro podezření na cévní mozkovou příhodu do nemocnice Valašské Meziříčí, kde byla uložena na interní oddělení 2. Její fyzický stav byl špatný, byla imobilní a doprovázely ji bolesti končetin. Vědomí bylo jasné, byla orientována místem, časem i osobou. Komunikace byla bez potíží. Byla seznámena s vnitřním řádem nemocnice a chodem na oddělení.

Díky důkladnému sběru dat a pomocí ošetřovatelského procesu, byly určeny ošetřovatelské diagnózy podle jejich závažnosti, jež byly následně rozepsány.

Určením si cílů a následných kroků pro dosažení cílů, se také zaměřovala ošetřovatelská péče. Jako hlavní ošetřovatelskou diagnózou byla určena akutní bolest. V této problematice bylo krátkodobým cílem zmírnit bolesti do 30 minut na snesitelnou úroveň. Tento cíl byl splněn díky včasné komunikaci mezi sestrou a pacientkou a následně mezi sestrou a lékařem, který naordinoval analgetika. Cílem dlouhodobým bylo, aby pacientka neudávala bolesti, při propuštění z oddělení. Tento cíl však nemůžeme zhodnotit, kvůli stále trvajícímu pobytu na oddělení. Dalším závažným problémem byla mobilita pacientky z důvodu hlavního onemocnění, která na sebe vázala další ošetřovatelské diagnózy. Pacientka spolu s rodinnými příslušníky byla informována o svém zdravotním stavu a následným léčebným režimem. Bylo poskytnuto dostatek času na informace a možných konzultací v oblasti rehabilitační péče a nácviku k soběstačnosti pacientky. Jako další problém udávaný pacientkou byla zácpa. Po zjištění informací o způsobech a časnosti vyprazdňování bylo zjištěno, že pacientka často trpí zácpou. U tohoto problému jsme si dali cílem, aby se pacientka vyprázdnila do 12 hodin. Tento cíl byl díky intervencím a vhodného stravování splněn. Dlouhodobým cílem bylo, aby se pacientka naučila pravidelně vyprazdňovat co dva dny. Tento cíl byl splněn částečně, protože je třeba, aby se v naplánovaných intervencích pokračovalo.

Díky ošetřovatelskému procesu a vhodným přístupem k pacientce i rodinným příslušníkům věřím, že zdravotní i psychický stav pacientky se zlepší a pacientce se navrátí alespoň z části postižené funkce. Toto onemocnění je dlouhodobá záležitost a proto věřím, že pozitivní přístup jak zdravotnického personálu, tak samotné pacientky a její rodiny, dovede všechny zúčastněné k uspokojivému výsledku.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V posledních letech počet pacientů s CMP spíše stoupá, což může být dáno prodlužováním lidského věku a mírnějším průběhem CMP díky prevenci. Je to onemocnění se závažnými následky fyzickými, psychickými i ekonomickými nejen pro pacienta a jeho rodinu, ale pro celou společnost. Ročně postihne toto onemocnění v České republice až 40 000 lidí (VYTEJČKOVÁ et al., 2011).

DOPORUČENÍ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

- možnost aktivně i pasivně se účastnit na seminářích a školeních s tematikou jako je cévní mozková příhoda
- uplatnit ošetrovatelský proces jako metodu práce a jeho pomocí zajistit a poskytovat kvalitní a efektivní ošetrovatelskou péči
- přistupovat k pacientovi vždy individuálně, s patřičným respektem a úctou
- vytvořit si pro nemocného dostatek času
- uspokojovat jeho biologické, psychologické, duchovní a sociální potřeby v duchu holistického přístupu
- edukovat příbuzné o možnosti využití odlehčovací respitní péče, denního stacionáře, či podání žádosti do domova důchodců, domu s pečovatelskou službou nebo do jiného zařízení sociální péče.
- mít k dispozici na oddělení dostatečné množství edukačních brožur s danou tematikou a kontakty pomoci
- po dobu hospitalizace zajistit pro pacienta co nejvyšší komfort a pohodlí s ohledem na jeho základní onemocnění, předejít možným úrazům

DOPORUČENÍ PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY

- doporučit pacientovi i pečující rodině odbornou literaturu, internetové zdroje na dané téma, případně lékaře
- dostatečně informovat pacienta i jeho rodinu o vhodných kompenzačních pomůckách, kde a jak je lze získat,
- informovat rodinu o možnosti využití terénní domácí pečovatelské služby

- edukovat příbuzné o možnosti využití odlehčovací respitní péče, denního stacionáře, či podání žádosti do domova důchodců, domu s pečovatelskou službou nebo do jiného zařízení sociální péče.
- na doporučení lékaře využít další intenzivní rehabilitační lůžkovou péči, popřípadě ambulantní rehabilitaci.
- zvýšit povědomí laické veřejnosti o možných sociálních dávkách – příspěvek na péči, příspěvek na úpravy v bytě, vyřízení invalidního důchodu pro mladší pacienty atd.,

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě. Je to onemocnění v dnešní době velmi frekventované, řadí se mezi tak zvané civilizační choroby. Včasná diagnostika a zahájení správné léčby hraje velkou roli v tom, jak velmi bude nemocný závislý na pomoci druhých osob. Naštěstí toto onemocnění nemusí mít trvalé následky. Následná péče a postupná rehabilitace může navrátit postiženého do téměř úplného zdraví a také soběstačnosti, což je cílem léčby. Je však třeba také zdůraznit, že díky dnešní moderní medicíně, včasné diagnostice a správně zvolené léčbě přežívají pacienti jednu, dvě, ale třeba i tři mozkové příhody. A tato skutečnost je již velmi závažným ekonomickým a sociálním aspektem každého nemocného, jeho rodiny, v podstatě i celé společnosti, neboť opakované ataky tohoto onemocnění zanechávají u nemocného trvalé následky a činí jej tak závislým na péči druhých osob. Toto onemocnění si vyžaduje velké finanční nároky a to hlavně pro rodinné příslušníky, pokud je nemocný ošetřován v rodině – různé pomůcky pro mobilitu: polohovací lůžko, invalidní vozík, chodítka, WC židle, polohovací pomůcky, inkontinenční a kosmetické pomůcky, dále spolupráce fyzioterapeuta, logopeda. Je vhodné provést určité stavební úpravy v domácnosti – bezbariérový přístup do koupelny, na WC, i zde je možno žádat příslušný Městský úřad o příspěvek na tyto úpravy. Jestliže péče v rodině není možná, nemocný je umístěn do Domova pro seniory, kde veškerou péči přebírá ošetrovatelský personál.

Velmi důležité je informovat nemocného a jeho rodinu o příspěvku na péči (I. – IV. stupeň podle míry závislosti), o terénních ošetrovatelských a zdravotních službách (Domácí péče, Home care péče, Charita, Diakonie atd.), o denních stacionářích, či komunitách, které sdružují podobně nemocné lidi a jejich blízké. Zde si mohou předávat své zkušenosti a vzájemně se podpořit při své nelehké práci.

Na závěr je třeba ale také zdůraznit, že onemocnění CMP postihuje čím dál tím mladší jedince, a proto je důležité zaměřit se na edukaci a prevenci tohoto onemocnění. Každý dospělý člověk je zodpovědný za své zdraví, a proto životní styl – správná životospráva, absence alkoholu a cigaret, aktivní pohybový režim, spokojený a vyrovnaný život – napomáhá také v boji proti tomuto onemocnění a je jen na každém z nás, jak se k této problematice postavíme.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. Praha : Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.

BÁRTLOVÁ B., TARASOVÁ M., POSPÍŠILOVÁ E. *Úspěšnost následné léčebné rehabilitace v závislosti na míře funkčního postižení pacientů s cévní mozkovou příhodou*, In *Optimální působení tělesné zátěže*, Hradec Králové: Katedra tělesné výchovy a sportu Pedagogické fakulty Univerzity hradec Králové, 2010, s.100-108 ISBN 978-80-7435-076-4

BAUER, J. Cévní mozkové příhody [online]. Kapitoly z kardiologie praktického lékaře, 2010, roč. 2, č. 4 [cit. 4.5.2016]. Dostupné na WWW:

<http://www.teva.cz/tiskovezpravy/clanek-202-389.htm>

BAUER, Jiří, 2011. Cévní mozkové příhody. *Zdravotnické noviny*. 60(1), 29. ISSN 1805-2355.

HERDMAN, T. Heather, ed., 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017= Nursing diagnoses: definitions and classification: 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3

JUŘENÍKOVÁ, Lenka a Markéta VALENTOVÁ, 2008. *Ošetrovatelské postupy: studijní opora*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-681-4.

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

KALITA, Zbyněk , 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha : Mladá fronta. 39 s. ISBN 978-80-204-2093-0

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

KOCÁBKOVÁ, Eva a Eva Vaňásková, 2012. Logopedická péče po cévní mozkové příhodě v podmínkách lůžkového rehabilitačního oddělení. Rehabilitácia. 49(3), 184-189. ISSN 0375-0922.

LAVIČKOVÁ, J. Sociální důsledky CMP pro nemocného a jeho rodinu [online]. Zdravotnické noviny, 2005 [cit. 27.4.2016]. Dostupné na WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/socialni-dusledky-cmp-pro-nemocneho-a-jeho-rodinu-288313>

MÝLNKOVÁ, Jana, 2010. Pečovatelství 1. díl. Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

NEUMANN.J. Současné možnosti péče o pacienta s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou. Medicína pro praxi 1 /2007 [cit. 1.11.2011] Dostupné na World Wide Web: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/01/08.pdf>

PAPOUŠEK, Jiří, 2010. Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře. 2(4), 145-149. ISSN 1803-7542.

PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci Pro studium a praxi*. Praha: Grada, 350s. ISBN 978-80-247-1135-5

SYSEL, Dušan, BELEJOVÁ Hana, MASÁR Oto, 2011. Teorie a praxe ošetrovatelského procesu. 1. vyd. Tribun EU, 280 s. ISBN 978-80-263-0001-4.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VOTAVA, J. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě [online]. Neurologie pro praxi, 2001, č. 4, s. 184-190 [cit. 27.4.2016]. Dostupné na WWW: www.solen.cz

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2013. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ et al., 2015. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocného III. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

TARASOVÁ M., BÁRTLOVÁ B., NOSAVCOVÁ E., 2008. Effectiveness of physiotherapy in acute phase of stroke, Scripta Medica, Brno: Masaryk University, Fakulty of Medicině, 82,3, s.185-194, ISSN 1211-3395

Canisterapie [online]. canisterapie.cz, [cit. 4. 5. 2016]. Dostupné na WWW: www.canisterapie.cz

Ergoterapie [online]. neurorehabilitace.cz, [cit. 20. 3. 2016]. Dostupné na WWW: http://www.neurorehabilitace.cz/html/ergoterapie_.html

Sdružení CMP [online]. sdruzenicmp.cz, [cit. 14. 3. 2016]. Dostupné na WWW: www.sdruzenicmp.cz

PŘÍLOHY

Příloha A – Měření schopnosti používat předměty denní potřeby

Příloha B – Barthelův test všedních činností

Příloha C – Vyšetření úrovně vědomí

Příloha D – Test kognitivních funkcí

Příloha E – Literární rešerše

Příloha F – Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci

Příloha G – Čestné prohlášení

PŘÍLOHA A – MĚŘENÍ SCHOPNOSTI POUŽÍVAT PŘEDMĚTY DENNÍ POTŘEBY

MĚŘENÍ SCHOPNOSTI POUŽÍVAT PŘEDMĚTY DENNÍ POTŘEBY (IADL) (provádí fyzioterapeut/ergoterapeut nebo sestra)			
	při přijetí datum:	během léčby	při propuštění
JÍDLO: je schopen/schopna			
• napít se z hrnku			
• napít se ze sklenice			
• najíst se příborem			
• najíst se lžící			
• otevřít láhev otvírákem			
• nalít tekutinu z láhve do sklenice			
• ukrojit si chléb			
• namazat chléb			
OSOBNÍ HYGIENA: je schopen/schopna:			
• umýt a utřít se ruce			
• umýt a utřít se obličej			
• vyčistit si zuby			
• použít kapesník			
• oholit se			
• osprchovat se			
• umýt se u umyvadla			
• upravit si nehty na rukou			
• upravit si nehty na nohou			
• použít WC			
• použít mísu			
OBLÉKANÍ: je schopen/schopna:			
• obléknout si horní polovinu těla			
• obléknout si dolní polovinu těla			
• obout a zout si vycházkovou obuv			
• použít zip			
• rozepnout a zapnout knoflíky			
• vázat si tkaničku na botě			
PŘEDMĚTY: je schopen/schopna:			
• stisknout tlačítko zvonku			
• držet knihu a obracet stránky			
• vysunout a zasunout zásuvku u nočního stolku			
• zapnout rádio/televizi			
• zasunout dopis do obálky a zalepit ji			
• vyjmout dopis z obálky			
• napsat dopis			
• telefonovat			
• odemknout a zamknout			
• vyjmout zápalku z krabičky a zapálit			
• připnout si náramkové hodinky a naříditi je			
• otevřít okno			
• otočit vypínačem			
• projít dveřmi a zavřít za sebou dveře			
• odemknou a zamknout			
• sebrat drobný předmět ze země			
hodnotitel:			

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA B - BARTHELŮV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

BARTHELŮV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL)
(provádí sestra)

datum

činnost	úroveň schopnosti	skóre				
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí (krájení, mazání másla apod.)	5				
	neprovede	0				
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5				
	neprovede	0				
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5				
	neprovede	0				
5. kontinence moči	plně kontinentní (celý týden)	10				
	občas inkontinentní (max. 1 x denně)	5				
	inkontinentní, katetrizován	0				
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10				
	občas inkontinentní (1 x týdně)	5				
	inkontinentní	0				
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15				
	s malou pomocí (verbálně nebo fyzicky)					
	- vydrží sedět	10				
	s větší pomocí (1 - 2 lidé fyzicky)	5				
	neprovede	0				
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15				
	a pomocí nad 50 m	10				
	na křesle 50 m	5				
	neprovede	0				
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10				
	s pomocí	5				
	neprovede	0				
		skóre:				
		hodnotila sestra:				

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

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA C - VYŠETŘENÍ ÚROVNĚ VĚDOMÍ - GCS

PŘÍLOHA 1 57

VYŠETŘENÍ ÚROVNĚ VĚDOMÍ - GLASGOW COMA SCALE
(provádí lékař)

system	reakce		body
oči	otevře	spontánně	4
		na slovní výzvu	3
		na bolestivý podnět	2
		žádná odpověď	1
nejlepší motorická odpověď	na slovní výzvu na bolestivý podnět	předvede žádaný pohyb	6
		lokalizuje bolest	5
		reaguje flexí a odtažením na bolest	4
		reaguje flexí na bolest	3
		reaguje extenzí na bolest	2
		žádná odpověď	1
nejlepší slovní odpověď		orientován a konverzuje	5
		dezorientován a konverzuje	4
		neadekvátní výrazy a slova	3
		nesrozumitelné zvuky	2
		žádná odpověď	1

HODNOCENÍ:
 3 body hluboké bezvědomí
 3 - 15 bodů porucha vědomí
 15 bodů plné vědomí


Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA D – TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ - MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)
(provádí psycholog nebo vyškolená sestra)

datum

položka	skóre			
1. ORIENTACE				
• Jaký je rok/období/měsíc/den v týdnu/datum?	0 - 5			
• Kde nyní jste? země/oblast/město/ulice/číslo domu ev. podlaží v budově	0 - 5			
2. OPAKOVÁNÍ A PAMĚŤ - upozorněte pacienta, že budete vyšetřovat paměť.				
• Jmenujte pomalu a zřetelně 3 předměty strom//okno/kniha a vyzvěte ho, aby je opakoval. Počet správně jmenovaných určuje bodové skóre. Pokud si pacient předměty nezapamatoval, opakujte je tak dlouho (max. 5 x), dokud si je nezapamatuje.	0 - 3			
3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ				
• Vyzvěte pacienta, aby odečítal 7 od čísla 100. Ukončete po 5 odpovědích. Každá správná odpověď 1 bod.	0 - 5			
4. KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ				
• Vyzvěte pacienta, aby sdělil 3 dříve jmenované předměty. Za každou správnou odpověď 1 bod.	0 - 3			
5. POZNÁNÍ PŘEDMĚTŮ				
• Ukažte pacientovi 2 předměty - hodinky/tužku a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.	0 - 2			
6. OPAKOVÁNÍ				
Vyzvěte pacienta, aby po Vás opakoval následující větu: „Žádná ale, jestliže a kdyby“	0 - 1			
7. TRÍSTUPŇOVÝ POKYN				
• Sdělte pacientovi, aby postupně po sobě provedl tato úkony: <ul style="list-style-type: none"> • vezměte papír do ruky • přeložte ho napůl • položte ho napůl Za každý správně provedený úkon 1 bod.	0 - 3			
8. REAKCE NA PSANÝ POKYN				
• Pacient dostane do ruky lístek s napsaným pokynem - „zavřete oči“. Požádejte ho, aby pokyn přečetl a provedl. Bod je počítán pouze za zavření očí.	0 - 1			
9. PSANÍ				
• Požádejte pacienta, aby napsal na čistý papír větu obsahující podmět a přísudek. Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně, gramatické chyby jsou povoleny.	0 - 1			
10. MALOVÁNÍ PODLE PŘEDLOHY				
• Požádejte pacienta, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec. Pro započítávání bodů musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Tremor (třes svalů) a rotace obrazce nerozhodují.				



HODNOCENÍ:

0 - 10 bodů těžká kognitivní porucha	21 - 23 bodů lehká porucha
11 - 20 bodů porucha středního stupně	24 a více norma

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA E – OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CMP



Ošetřovatelský proces u pacienta po CMP

Klíčová slova:

Cévní mozková příhoda. Ošetřovatelský proces. Pacient. Rehabilitace. Rodina

Rešerše č. 9/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 41 záznamů (kvalifikační práce – 4, knihy – 14, ostatní – 23)
Časové omezení:	2007-současnost
Jazykové vymezení:	čeština
Druh literatury:	kvalifikační práce, monografie, články a příspěvky ze sborníků
Datum:	30. 11. 2016

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO
- volný internet

PŘÍLOHA F – PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO BAKALÁŘSKOU PRÁCI

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Jachková Martina	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSI
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Valašské Meziříčí	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jarmila Verešová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Jana Pelikánová hlavní sestra	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis <i>Verešová</i> podpis <i>Pelikánová</i>

V VALAŠSKÉM MEZIRÍČÍ dne 25.2.2017

Jachková
podpis studenta

PŘÍLOHA G – ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientka po cévní mozkové příhodě v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 31. 5. 2017

.....
Jméno a příjmení studenta