

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

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

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**CHRISTIANA ŠLACHTOVÁ, DiS.**

**Praha 2016**

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

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

Bakalářská práce

CHRISTIANA ŠLACHTOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Toufarová

Praha 2016



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

**Šlachtová Christiana**  
**3VS2**

**Schválení tématu bakalářské práce**

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


Ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě

*Pflegeprozess für den Patient mit Schlaganfall*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Toufarová

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

V Praze dne: 25. 10. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a 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**

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Janě Toufarové, za její cenné rady, připomínky, trpělivost a ochotu při vedení bakalářské práce.

## ABSTRAKT

ŠLACHTOVÁ, Christiana. *Ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Toufárová. Praha. 2016. 56 s.

Zvoleným tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě. Práce je dělena na dvě části, na teoretickou a praktickou. Teoretická část zahrnuje charakteristiku onemocnění, příznaky, diagnostiku, léčbu, prevenci, komplikace vyskytující se po cévní mozkové příhodě, rehabilitaci a specifikou ošetrovatelskou péči u tohoto onemocnění. Je zde i zmínka o zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie a péči o zavedenou PEG sondu. Praktická část se zaměřuje na ošetrovatelský proces u pacienta, kterého onemocnění postihlo. Cílem teoretické části je přiblížit základní informace o onemocnění a zaměřit se na specifika ošetrovatelské péče u nemocného s touto problematikou. Pro praktickou část je cílem sestavit podrobný ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě, kde je cílem kvalitní ošetrovatelská péče.

### Klíčová slova

Cévní mozková příhoda. Ošetrovatelský proces. Prevence. Rehabilitace. Všeobecná sestra.

## ABSTRACT

ŠLACHTOVÁ, Christiana. *Pflegeprozess für den Kunden mit Schlaganfall*. Krankenpflegehochschule. Grad der Qualifikation: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Toufarová. Prague. 2016. 56 s.

Das ausgewählte Thema der Bachelorarbeit ist Pflegeprozess beim Patienten nach dem Schlaganfall. Die Arbeit ist in zwei Teile eingeteilt, in einen theoretischen und einen praktischen Teil. Der theoretische Teil umfasst die Charakteristik der Erkrankung, Symptome, Diagnostik, Therapie, Prevention, nach dem Schlaganfall aufgetretenen Komplikationen, Rehabilitation und spezifische Pflege bei dieser Erkrankung. Es gibt hier auch eine Erwähnung der Einführung einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie und der Pflege der eingeführten PEG-Sonde. Der praktische Teil konzentriert sich auf Pflege eines betroffenen Patienten. Das Ziel des theoretischen Teils ist die Grundinformationen über die Erkrankung nahezubringen, und sich auf Spezifika der Pflege bei dieser Erkrankung zu orientieren. Für den praktischen Teil ist das Ziel einen ausführlichen Pflegeprozess für einen Patienten nach dem Schlaganfall zusammenzustellen.

Schlüsselwörter:

Schlaganfall. Pflegeprozess. Prevention. Rehabilitation. Gesundheits- und Krankenpfleger.

# PŘEDMLUVA

Cévní mozková příhoda je častou příčinou úmrtí v České republice, představuje tak stále větší ekonomicky sociální a medicínský problém. Je proto nesmírně důležité neustále informovat populaci již v mladém věku a pobízet, aby dbali o své zdraví a nepodceňovali pravidelné preventivní prohlídky. Prevence je to nejdůležitější a zároveň nejjednodušší, co pro sebe můžeme udělat.

Téma ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě jsem si zvolila, protože pracuji na Následné lůžkové péči, kde pacientů po proděláním cévní mozkové příhody stále přibývá. Téměř každý den se s těmito lidmi setkávám a pečuji o ně. Péče o takového pacienta je velmi fyzicky a psychicky náročná, jak pro pacienta a jeho blízké, tak pro nás, ošetroující personál.

Práce obsahuje teoretické poznatky o onemocnění, od samotné charakteristiky přes diagnostiku, léčbu a prevenci, až po domácí léčbu. Jsou zde popsány možné komplikace spojené s cévní mozkovou příhodou. Bakalářská práce také obsahuje část praktickou, kde je rozepsán ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě.

Celá část bakalářské práce je psaná podle odborných literárních publikací, a tak doufám, že práce bude jistě přínosem pro všeobecné sestry či zdravotnické asistenty, kteří se s těmito pacienty ve své praxi určitě setkají.



# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	- 14 -
<b>1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ .....</b>	<b>- 16 -</b>
1.1 DRUHY CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD.....	- 16 -
1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	- 17 -
1.3 PŘÍZNAKY AKUTNÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY ....	- 18 -
1.4 DIAGNOSTIKA .....	- 19 -
1.5 TERAPIE.....	- 20 -
1.5.1 OBECNÁ OPATŘENÍ .....	- 21 -
1.5.2 SPECIFICKÁ LÉČBA .....	- 21 -
1.6 PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	- 22 -
1.7 KOMPLIKACE SPOJENÉ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU.....	- 23 -
<b>2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....</b>	<b>- 25 -</b>
2.1 POLOHA A POHYBOVÝ REŽIM .....	- 25 -
2.2 HYGIENICKÁ PÉČE.....	- 25 -
2.3 VÝŽIVA.....	- 26 -
2.3.1 PÉČE O PERKUTÁNNÍ ENGOSKOPICKOU GASTROSTOMII - 28	-
2.4 VYPRÁZŇOVÁNÍ.....	- 29 -
2.5 REHABILITACE .....	- 29 -
2.6 SPECIFICKÁ REHABILITACE A POLOHOVÁNÍ.....	- 29 -
2.6.1 REHABILITACE OBLIČEJE-FACIOORÁLNÍ TERAPIE .....	- 31 -
2.6.2 REHABILITACE A LOGOPEDICKÁ REEDUKACE AFÁZIE - 31 -	-

2.6.3	POLOHOVÁNÍ NA ZÁDECH .....	- 32 -
2.6.4	POLOHOVÁNÍ NA BŘIŠE .....	- 33 -
2.6.5	POLOHOVÁNÍ NA PARETICKÉ STRANĚ .....	- 33 -
2.6.6	POLOHOVÁNÍ NA NEPOSTIŽENÉ STRANĚ .....	- 34 -
2.6.7	REHABILITACE OBECNĚ.....	- 34 -
2.7	SPÁNEK A ODPOČINEK.....	- 35 -
2.8	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY .....	- 36 -
2.9	DOMÁCÍ PÉČE.....	- 36 -
2.9.1	POMŮCKY K ŘEŠENÍ SOBĚSTAČNOSTI.....	- 37 -
<b>3</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....</b>	<b>- 38 -</b>
<b>4</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE II.....</b>	<b>- 56 -</b>
	<b>CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE.....</b>	<b>- 67 -</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>- 70 -</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>- 71 -</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>I</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>CMP</b>	Cévní mozková příhoda
<b>CT</b>	Computed Tomography
<b>DSA</b>	Digitální Subtrakční Angiografie
<b>EKG</b>	Elektrokardiogram
<b>ICMP</b>	Ischemická cévní mozková příhoda
<b>LDN</b>	Léčebna dlouhodobě nemocných
<b>MR</b>	Magnetická Resonance
<b>NGS</b>	Nasogastrická sonda
<b>PEG</b>	Perkutánní endoskopická gastrostomie
<b>PER OS</b>	Přijímání ústy
<b>RTG</b>	Rentgenové zařízení
<b>TK</b>	Tlak krve
<b>UPV</b>	Umělá plicní ventilace

(VOKURKA, HUGO, 2015)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

<b>Aneurysma</b>	výdutí, rozšíření
<b>Angiochirurgie</b>	speciální obor chirurgie, zabývající se výkony na cévách
<b>Anomálie</b>	odchylka od normálu
<b>Antiagregační</b>	léčba snižující krevní srážlivost narušením funkce krevních destiček
<b>Arteterapie</b>	léčba využívající výtvarného umění, malování, modelování aj.
<b>Arytmie</b>	porucha srdečního rytmu
<b>Aterosklerotický plát</b>	nahromadění tukové hmoty ve stěně tepny
<b>Atrofie</b>	zmenšení normálně vyvinutého orgánu
<b>Dekubitus</b>	proleženina, ohraničené odumření tkáně jako následek dlouhotrvajícího tlaku způsobujícího poruchu prokrvení
<b>Delirium</b>	porucha vědomí, kdy je porušena pozornost, myšlení, vnímání a vědomí
<b>Diabetes mellitus</b>	úplavice cukrová, cukrovka
<b>Edém</b>	otok
<b>Edukace</b>	výchova a vyučování
<b>Embolus</b>	vmetek, útvar přítomný v krevním řečišti, který je schopný ucpat cévu
<b>Endoskopický</b>	metoda umožňující prohlédnutí vnitřních tělesných dutin, dutých orgánů
<b>Endovaskulární</b>	nitrocévní, uvnitř cév
<b>Enterální</b>	střevní
<b>Extenze</b>	natažení, napřímení
<b>Extrakraniální</b>	nacházející se vně lebky
<b>Facioorální</b>	facio-týkající se obličeje, orální-týkající se úst
<b>Flexe</b>	ohnutí, ohýbaní
<b>Hemoglobin</b>	červené krevní barvivo
<b>Hydrocefalus</b>	patologicky zvýšené množství mozkomíšního moku v centrálním nervovém systému
<b>Hyperglykémie</b>	vysoká hladina (koncentrace) cukru (glukózy) v krvi

<b>Hyperpyrexie</b>	vysoká horečka s teplotami přes 40 °C
<b>Hypertenze</b>	vysoký tlak krve
<b>Hypoglykémie</b>	nízká hladina (koncentrace) cukru (glukózy) v krvi
<b>Hypotenze</b>	nízký tlak krve
<b>Imobilizace</b>	krátkodobé či dlouhodobé znehybnění
<b>Intervence</b>	zásah, zákrok
<b>Intrakraniální</b>	nitrolební, nitrolebeční
<b>Ischémie</b>	místní nedokrevnost tkáně a orgánů, která vede k jejich poškození až odumření
<b>Libido</b>	pohlavní touha
<b>Likvor</b>	mozkomíšní mok
<b>Morfologický</b>	týkající se tvaru
<b>Mrakotný stav</b>	kvalitativní porucha vědomí se zachovalou prostorovou orientací, avšak bez schopnosti jednat dle vlastní vůle
<b>Multimodální</b>	víceúčelový, více způsobů využití
<b>Nutrice</b>	výživa
<b>Obliterace</b>	uzávěr průsvitu
<b>Oxygenace</b>	navázání kyslíku, okysličení
<b>Pneumonie</b>	zánět plic
<b>Progrese</b>	postup onemocnění, jeho zhoršování
<b>Recidiva</b>	návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které vymizely příznaky
<b>Sakrum</b>	kost křížová, oblast kosti křížové
<b>Screening</b>	postupy a metody umožňující získat rychle a jednoduše základní informace o zdravotním stavu, chorobách
<b>Somnolence</b>	lehčí porucha vědomí se sníženou bdělostí, spavost
<b>Sopor</b>	těžší porucha vědomí s hlubokým spánkem, z něhož pacienta probudit silným podnětem
<b>Spasmus</b>	svalová křeč
<b>Stenóza</b>	abnormální zúžení otvoru, trubicevého orgánu
<b>Tracheostomie</b>	chirurgický výkon, při němž je na krku vytvořen v průdušnici otvor umožňující trvalé dýchání
<b>Trombolýza</b>	proces rozpouštění krevní sraženiny, trombu
<b>Venózní</b>	žilní

**Verbální**

vyjádření pomocí slov

**Vertikalizace**

pomalé uvedení do vertikální (svislé) polohy

(VOKURKA, HUGO, 2015)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje nemocného	38
Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu	39
Tabulka 3 Chronická medikace	41
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou	42
Tabulka 5 Medikace při hospitalizaci na NLP	53
Tabulka 6 Aktuální ošetrovateľská diagnóza č. 1	56
Tabulka 7 Aktuální ošetrovateľská diagnóza č. 2	59
Tabulka 8 Aktuální ošetrovateľská diagnóza č. 3	62
Tabulka 9 Potenciální ošetrovateľská diagnóza č. 4	64

# ÚVOD

Cévní mozková příhoda (dále CMP), je stále ve vyspělých zemích, ale také i u nás spolu s nádorovými onemocněními a onemocněním srdce druhou nejčastější příčinou úmrtí. Bývá hlavní příčinou invalidity a druhou nejčastější příčinou demence. Postihuje stále mladší jedince a představuje zásadní socioekonomický problém. Vše je zapříčiněno nedostatečnou prevencí vzniku tohoto onemocnění. Česká republika patří k zemím s vysokým výskytem cévní mozkové příhody. Každým rokem zasáhne toto onemocnění více než 40 tisíc obyvatel. V České republice má téměř 50% trvalé následky a u 20% nemocných jsou následky nemoci natolik vážné, že jsou po zbytek života odkázáni na pomoc druhé osoby. Jindy je toto onemocnění natolik vážné, že lidé na následky umírají. Onemocnění je obrovskou výzvou pro populaci, protože počet postižených osob bude v budoucnu stoupat. Riziko cévního onemocnění stoupá s věkem a naše populace žije výrazně déle, než generace předešlé. Co je však dnes jisté, jsou výstražné rizikové faktory, kterým je potřeba předcházet. Na druhou stranu existují v dnešní době opatření, která mohou zabránit vzniku nemoci. Cévní mozková příhoda je náhle vzniklá porucha, při které dochází k nedostatečnému zásobení mozku krví. Při nedostatečném zásobení mozku dochází následně k poškození mozku a jeho funkcí. Je nutná tedy okamžitá léčba na speciálních odděleních zdravotnického zařízení. Proto je vhodné znát informace spojené s prevencí a následnou léčbou, v případě, že k nemoci dojde. Nyní je možná velmi úspěšná diagnostika a léčba iktu. Učebnice donedávna uváděly, že zobrazení ischemie do 24 hodin není téměř možné. Dnes však existují známé, časté a varovné příznaky, především moderní nové technické zobrazovací metody, které umožní zobrazit perfuzi a difuzi mozku. Moderní technologie tak dokáže již v prvních třech hodinách zobrazit počátek ischemie mozku, což má zásadní vliv pro moderní způsob léčby-trombolýzu (FEIGIN, 2007, MLÝNKOVÁ, 2011, SEIDL, 2008, SEIDL, 2015, ŠPINAR a kol., 2007).

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:**

**Cíl 1:** Cílem teoretické části práce je zmapovat nové poznatky o onemocnění a zaměřit se na specifika ošetrovatelské péče u nemocného s touto problematikou.



## **Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:**

**Cíl 1:** Cílem praktické části je sestavit podrobný ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě, kde je cílem kvalitní ošetrovatelská péče.

### **Vstupní literatura**

FEIGIN, Dr Valery., 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.

HERZIG, R., 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody*. První vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-148-6.

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

### **Popis rešeršní strategie**

Pro tvorbu bakalářské práce byly vyhledány odborné publikace v Moravskoslezské vědecké knihovně v Ostravě. Publikace byly vyhledávány intenzivně od listopadu 2016 do února 2017. Název rešerše obsahoval název ošetrovatelský proces u klienta po cévní mozkové příhodě.

Klíčová slova byla použita v českém jazyce: cévní mozková příhoda, ošetrovatelský proces, léčba, logopedie, rehabilitace, perkutánní endoskopická gastrostomie. Časové kritérium pro odbornou literaturu bylo zvoleno od roku 2006 po současnost. Jazykové omezení zahrnovalo jazyk český, německý a slovenský.

Vypracovaná rešerše obsahovala 9 knih, 47 článků, 11 internetových zdrojů. Ze zahraniční databáze bylo vyhledáno 5 článků. Původní list k vypracování rešerše je součástí bakalářské práce v příloze.

# 1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Cévní mozkové příhody lze definovat jako náhle se rozvíjející ložiskové i celkové příznaky poruchy mozkové funkce, které trvají déle než 24 hodin, nebo končí smrtí pacienta, bez přítomnosti jiné závažné příčiny než cévního původu. Dojde-li k odeznění příznaků do 24 hodin, jedná se o tranzitorní ischemickou ataku (TIA). Jde o přechodný stav, kdy nedošlo k prokrvení mozku neboli o krátké průtokové selhání. Je hlavním výstražným faktorem pro vznik ischemického iktu (HUTYRA a kol., 2011).

Synonymem pro cévní mozkovou příhodu může být také iktus, anglicky nazýváno stroke, německy Schlaganfall nebo se také můžeme setkávat s nevhodným označením mozková mrtvice (NEVŠÍMALOVÁ a kol., 2005).

## 1.1 DRUHY CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

Cévní mozkové příhody lze rozdělit podle etiologie na ischemické 80-85 % a hemoragické 15-20 %. V obou těchto případech se liší, jak etiologie, tak lokalizace. Od lokalizace se odvíjí neurologické příznaky tohoto onemocnění (ŠEBLOVÁ a kol., 2013).

Ischemický iktus bývá ve většině případů zapříčiněn blokádou krevní sraženiny, zúžením přívodné mozkové tepny nebo tepen anebo embolem ze srdce či extrakraniální tepny. Nejčastěji dochází k poškození mozkové tepny nebo hlavní přívodné tepny do mozku zvané krkavice aterosklerotickým procesem, který tak tepnu zužuje v jejím průsvitu. Na aterosklerotickém plátu na cévní stěně postupně nasedá krevní sraženina (trombus), která tepnu uzavře. Ze zmiňovaného trombu se odlučují malé kousky krevních sraženin emboly, které se vlivem krevního oběhu dostanou do periferního řečiště a tak uzavírají menší mozkové tepny a tepénky. Následně dochází k porušení krevního zásobení určité části mozku, tak nedochází k prokrvení a dodání cukru glukózy. V oblasti ischemie v buňkách dochází k degeneračním pochodům (ALWAY et al., 2009, FEIGIN, 2007, KALITA, 2010).

Hemoragický iktus nebývá příliš častý, ale jeho průběh a prognóza jsou velmi závažné. Nejčastěji vzniká prasknutím patologicky změněné stěny mozkové tepny

s následným krvácením do mozkové tkáně. Tento iktus bývá také označován jako intracerebrální krvácení nebo mozkový hematom. Ke krvácení může dojít v prostoru pod pavučnicí (jedná se o úzký prostor mezi povrchem mozku a mozkovou blánou, která pokrývá mozek), následně nastává takzvané subarachnoidální krvácení. Objem krvácení se v delším čase zvětšuje, může dojít ke zhoršení funkcí mozku, k utlačení okolní mozkové tkáně s možností poškození důležitých center, jako je krevní oběh nebo dýchání. Právě proto je u tohoto typu úmrtnost vysoká. Podstatnou příčinou vzniku hemoragie je neléčená hypertenze a na druhém místě o nadměrnou konzumaci alkoholu (FEIGIN, 2007, KALITA, 2010).

## 1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY

O rizikové faktory vzniká zájem již od 50. let našeho století. Znalost těchto možných faktorů učí populaci, jak se nejlépe vyvarovat následkům určitých nemocí. Zde se jedná v podstatě o rizikové faktory vzniku aterosklerózy. Lze je rozdělit do dvou skupin na faktory neovlivnitelné a faktory ovlivnitelné.

Mezi faktory neovlivnitelné řadíme: rasu-černá rasa má vyšší riziko iktu, pohlaví, kdy muži mají větší pravděpodobnost vzniku CMP, než ženy a věk, který je nejvýznamnějším faktorem, jedná se o lidi starší šedesát let.

Hypertenzní choroba, srdeční choroby, ateroskleróza, vysoká hladina cholesterolu v krvi, diabetes mellitus spadá do skupiny ovlivnitelných faktorů (JEDLIČKA a kol., 2005).

Existuje však kategorie spojená s nezdravým životním stylem. Kde spadá především kouření tabákových výrobků, pravidelný přísun alkoholických nápojů větší než 20 až 25g alkoholu, což je v přirovnání více, než dva drinky nebo dvě piva či dvě dcl vína, pro ženy jsou tyto hodnoty však poloviční. Rizikem je také nadváha a obezita, důležitý je typ obezity. Větší riziko představuje abdominální typ obezity. Taktéž nedostatek pohybu, nevhodná dieta a psychický stres se považují za rizikové faktory. U mladých jedinců se poslední roky rozrostla konzumace návykových látek, jako je užívání kokainu, heroinu, marihuany, amfetaminu, které rovněž poškozují mozkovou činnost. Pro vznik CMP je velmi diskutován vliv kombinace užívání hormonální antikoncepce s kouřením. Po prodělaném CMP je rizikové v hormonální terapii nadále pokračovat (KALITA, 2010).

### 1.3 PŘÍZNAKY AKUTNÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní mozková příhoda může postihnout levou nebo pravou hemisféru. Jestliže je postižena levá hemisféra, příznaky nemoci se objeví na opačné straně těla, tedy na pravé straně. Pokud došlo k poškození pravé hemisféry, příznaky se objeví na levé části těla (MLÝNKOVÁ, 2011).

Varovným signálem pro laiky může být těchto pět příznaků, které mohou být způsobeny poruchou prokrvení nebo krvácením do mozku:

1. Náhlá slabost, necitlivost a porucha hybnosti tváře, horní a dolní končetiny na jedné polovině těla. Zde může dojít k brnění poloviny tváře nebo úplná ztuhlost, kdy se nemocný nemůže usmát, mohou nastat problémy s polknutím potravy. Horní končetina je bez citu nelze ji ovládat a držet v ní předměty. Dolní končetina poklesává při chůzi.
2. Náhle vzniklé problémy s mluvou či porozuměním řeči. Obtížné vyjadřování, nevybavení si běžných slov, hledání, komolení slov špatné čtení, psaní, počítání. Okolí nerozumí, co chce jedinec říct.
3. Náhlá porucha zraku převážně na jednom oku, ale mohou se objevit i na obou očích současně, rozmazané vidění nebo dvojité vidění či výpadek poloviny zorného pole.
4. Náhlý problém s chůzí spojený se závratí, kdy není možné chůzi zkorigovat.
5. Náhlá silná bolest hlavy, která může, ale nemusí přecházet ve ztuhlost krku (KALITA, 2010).

Příznaky cévní mozkové příhody jsou velmi pestré, poruchy hybnosti mohou být různého postižení. Může nastat oslabení svalové síly označováno jako paréza, dojít k úplnému ochrnutí končetiny zvané plegie, taktéž může dojít k poškození hybnosti končetin na jedné polovině těla nazýváno hemiparéza, hemiplegie, postižení jedné končetiny se označuje jako monoparéza či monoplegie. Není výjimkou poškození tří nebo dokonce čtyř končetin. Složitou problematikou je také oblast poruchy vyšší nervové činnosti. Setkáváme se s poruchou řeči (fatické poruchy), psaní (dysgrafie, agrafie), čtení (dyslexie, alexie), počítání (dyskalkulie, akalkulie), vnímání části svého těla. Přítomny mohou být také nesystematické závratě s vegetativním doprovodem, jako je nauzea a zvracení. Dalším možným příznakem je porucha vědomí, tyto poruchy lze

rozdělit na kvantitativní a kvalitativní. Mezi kvantitativní patří somnolence, sopor a kóma. K hodnocení těchto poruch vědomí je používáno Glasgow coma scale – GCS. Zmatenost, halucinace, delirium nebo mráкотný stav jsou řazeny mezi kvalitativní poruchy vědomí (HERZIG, 2008).

## 1.4 DIAGNOSTIKA

Při výskytu z výše jmenovaných příznaků by se pacient nebo jeho okolí měli obrátit ihned na lékařskou pomoc. Nesmírně důležitá je role záchranářů již před převozem do nemocnice, kde se jedná o čas z důvodu trombolytické léčby. Je nutné zhodnotit časové faktory, kdy příznaky vznikly a vyhodnotit tak alespoň orientačně neurologické vyšetření se zvážením diferenciální diagnostiky. Zprůchodnit dýchací cesty, zajistit dostatečný přívod kyslíku, monitorovat srdeční akci se zaměřením na arytmie, kontrolovat hodnoty tlaku a tepové frekvence, zajistit dosažitelné parametry vnitřního prostředí jako je glykémie a tělesná teplota (ŠEBLOVÁ a kol., 2013).

Tak jako u všech onemocnění, tak i u cévních mozkových příhod je důležitou součástí anamnéza. Lékař se snaží od nemocného zjistit, co ho k němu přivádí a jaké jsou jeho hlavní obtíže a jak sám nahlíží na své zdravotní problémy. Snaží se zjistit návyky, subjektivní hodnocení smyslů (zrak, sluch, čich, chuť) a jejich funkcí, důležité je také zjistit s čím se nemocný léčí, popřípadě jaké léky užívá. Sběr anamnestických údajů lékař i sestra provádí systematicky a důkladně, neboť některé informace jsou pro sestavení diagnózy klíčové (SEIDL, 2004).

Laboratorní ordinace je potřeba provést před CT vyšetřením. Mezi základní odběry jsou považovány kompletní krevní obraz, glykémie, elektrolyty v séru, urea, kreatinin, kardioenzymy a koagulaci. U některých pacientů se provádí odběry krve na jaterní testy, hladinu alkoholu v krvi, toxikologický screening, arteriální krevní plyny, lumbální punkce a u žen je možné doplnit těhotenské testy. Pouze rutinně se provádí natočení EKG, provedení RTG plic a srdce je na zvážení lékaře. Oční vyšetření může být také přínosem, informuje lékaře o aterosklerotických změnách, o projevech arteriální hypertenze, nitrolebeční hypertenzi nebo o známkách krvácení na očním pozadí (ŠEBLOVÁ a kol., 2013).

Nejvýznamnější a nejpřesnější je však CT vyšetření, je zcela prioritní v diagnostice intrakraniálního krvácení. Velmi přesně dokáže zobrazit parenchymovou hemoragii a subarachnoidální krvácení, někdy prokáže i jeho příčinu. Avšak

při diagnostice ischemických iktů je to poněkud složitější. Dnes velmi věrně dokážou moderní spirální CT přístroje zobrazit pomocí kontrastní látky cévní řečiště a v mnohých případech dokážou nahradit angiografické vyšetření. Výpočetní tomografie je v diagnostice cévních mozkových příhod metodou volby, musí být provedeno ihned při přijetí nemocného do nemocnice. Při ischemii dokáže zobrazit stenózu nebo uzávěr tepny (NEVŠÍMALOVÁ a kol., 2005, SCHNEIDEROVÁ, 2014).

Doplňujícím vyšetřením je magnetická resonance, která také přináší cenné poznatky, multimodální MR dokáže diagnostikovat ischemické léze mozku a zároveň dobře detekuje rozpadové produkty hemoglobinu a tak může snadno rozpoznat stáří hemoragického ložiska. Avšak stádium akutní mozkové hemoragie stále určí nejpřesněji CT vyšetření. Dostupnost MR je mnohem menší a doba samotného vyšetření delší (NEVŠÍMALOVÁ a kol., 2005).

Další dostupnou metodou je DSA, která ve většině případů nahradila konvenční angiografii. Toto vyšetření dokáže detailně zobrazit morfologii cévního řečiště s průkazem stenóz, spazmů, obliterací, aneurysmat a jiných anomálií. Zásadní význam tohoto vyšetření je především při angiochirurgických a endovaskulárních intervencích.

Sonografické vyšetření patří stejně jako CT mezi základní zobrazovací metody a poskytuje užitečné informace o průtoku krve cévami (doppler), o morfologických změnách na stěnách cévy (duplexní sonografie) v neposlední řadě o organických a hemodynamických změnách v oblasti srdce a aorty (echokardiografie). Vyšetření není časově náročné, ale jeho hodnota je často jen orientační. Sonografie karotid se provádí u všech nemocných s transientní ischemickou atakou do 24 hodin hospitalizace.

Pomocné vyšetření může být odběr likvoru, který je indikován lékařem při podezření na subarachnoidální krvácení při negativním CT nálezu (KÖLBEL a kol., 2011, NEVŠÍMALOVÁ a kol., 2005).

## **1.5 TERAPIE**

Jestliže dojde k rozvoji příznaků akutní cévní mozkové příhody je důležité okamžité zakročení, neboť se jedná o život ohrožující onemocnění. Jde o minuty, časový interval od poskytnutí léčby by neměl být delší než tři hodiny. Pacienta s akutní cévní mozkovou příhodou je vhodné okamžitě převést do iktového centra nebo cerebrovaskulárního centra, kde mu bude poskytnuta pečlivá diagnostika a léčba (HERZIG, 2008, KAŇOVSKÝ a kol., 2007).

### 1.5.1 OBECNÁ OPATŘENÍ

U pacientů s poruchou vědomí je důležitá poloha hlavy, průchodnost dýchacích cest a následné zajištění oxygenace. Saturace kyslíku v krvi by se měla pohybovat okolo 95 % případně je indikovaná umělá plicní ventilace. Je nutné věnovat pozornost krevnímu tlaku, u akutní fáze CMP se většinou vyskytuje arteriální hypertenze, která ale působí kompenzačně, proto je potřebné v akutní fázi ischemického iktu razantně snižovat hodnoty tlaku. Lze akceptovat hodnoty 220/120 Torrů, většinou dojde k úpravě hodnot do několika hodin od vzniku iktu bez medikamentózní pomoci. Snažíme se udržet normoglykémii, studie prokázaly progresi infarktového ložiska při hodnotách glykémie nad 7,5 mmol/l. Proto není vhodné podávat intravenózně roztok glukózy, u diabetiků lze hladinu glykémie řešit krátkodobě působícím inzulínem. K progresi cerebrálního poškození vede dehydratace, je nutné sledovat bilanci tekutin a korekci mineralogramu. Rizikovým faktorem je přítomna hyperpyrexie, která zvětšuje rozsah infarktu. Léčebné zakročení vyžaduje tělesná teplota od 37,5 °C. Je nutné zajistit nutrici neboť akutní CMP je energeticky náročný proces. Nemělo by se zapomínat na prevenci hluboké žilní trombózy a plicní embolie bandážováním dolních končetin a podáváním antikoagulační léčby. Bezpečnou volbou i pro nemocné s hemoragickou mozkovou příhodou je podávání nízkomolekulárních heparinů (KAŇOVSKÝ a kol., 2007).

### 1.5.2 SPECIFICKÁ LÉČBA

Ke snížení intrakraniální tlaku dosáhneme intravenózní aplikace Manitolu 20% ve 4 až 6 hodinových intervalech či 10% Glycerolem každých 6 hodin následující 3 dny. Při mozkovém edému je zásadním opatřením poloha, kdy hlava nemocného je 30 stupňů nad podložkou. Snažíme se odstranit bolest nemocného, normalizovat tělesnou teplotu, zabránit systémové hypotenzi a sledujeme renální funkce (KAŇOVSKÝ a kol., 2007).

V dnešní době je základní léčbou cévních mozkových příhod směřující k obnovení průchodnosti uzavřené mozkové tepny takzvaná systémová cerebrální trombolýza. Tato léčba spočívá v nitrožilní aplikaci trombolytika, který musí být aplikován nejpozději do 3 hodin od prvních příznaků. Tento časový rozptyl je možno označit za terapeutické okno. Při nedodržení tohoto času hrozí sekundární krvácení do mozkového infarktu. Další volbou medikamentózní léčby je antiagregační terapie, která brání shlukování krevních destiček a jejich vazbě s fibrinem. Nejpoužívanější

je kyselina acetylsalicylová, která se podává v dávce 260-300mg v prvních 48 hodinách po vniku CMP, která snižuje úmrtnost a počet recidiv ischemických cévních mozkových příhod. Mimo jiné lze použít preparáty jako je Tiklopidin nebo Klopido grel. Antiagregační terapie pomocí Heparinu či nízkomolekulárních heparinů je využívána především k profylaxi hluboké žilní trombózy, plná antikoagulační léčba je zvažována jen výjimečně. Další možnou terapií je CEA – karotická endartektomie, která je využívána při akutních embolických či rychle postupujících trombotických uzávěrech mozkových tepen v krční oblasti. K chirurgické léčbě je přistupováno, když hrozí útlak mozkového kmene, blokáda likvorových cest s následným obstrukčním hydrocefalem. Indikace k operačnímu výkonu závisí na lokalizaci, rozsahu poškození prokazatelném na CT vyšetření a zhoršující se stav vědomí. Součástí komplexní péče o nemocného je zahájení včasné rehabilitace i pasivní rehabilitace, která je důležitá k minimalizaci vzniku pneumonie a dekubitů. Při poruchách řeči je vhodná spolupráce logopeda a nedílnou součástí je práce s psychologem. Deprese u pacientů po CMP se objevuje ve značném počtu (JEDLIČKA a kol., 2005, KAŇOVSKÝ, 2007, ŠEBLOVÁ a kol., 2013).

Veškerá zmiňovaná opatření jsou poskytována ve specializovaných iktových centrech, vhodná je běžná ambulantní péče, kde jsou pacienti kontrolováni svým neurologem, který úzce spolupracuje s praktickým lékařem popřípadě s dalšími odborníky. Pokud pacient není schopen po opuštění iktového centra být propuštěn do domácího ošetření je potřeba jim zajistit následnou péči ve specializovaných rehabilitačních a lázeňských zařízeních. V nutných případech zvolit LDN nebo hospice. Nejlepším řešením pro samotného nemocného je domácí prostředí, pokud to jeho stav dovolí. Je možné využívat domácích pečovatelských služeb či agentur typu „home care“ a následné rehabilitační a logopedické terapie (HERZIG, 2008).

## **1.6 PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ PREVENCE**

Primární prevence spočívá v ovlivnění rizikových faktorů, co jak možná nejlépe je minimalizovat. Zejména se jedná o faktory životního stylu, kde spadá prevence kouření, omezení nebo vyloučení alkoholu, redukce nadváhy, zapojení více pohybu, začít se věnovat nějakému sportu, obezřetné užívání hormonální antikoncepce a nezapomínat na léčbu chorobných stavů, které zvyšují riziko vzniku a recidivy cévních mozkových příhod. Je prokázáno, že udržení normálních hodnot krevního tlaku snižuje riziko CMP přibližně o 1/3. V prevenci kardiovaskulárních onemocnění srdce



je významná kontrola krevního tlaku, farmakoterapie TK, sledování hladiny lipidů a glykémie v krvi a dodržování komplexních režimových opatření. Do jídelníčku by měl pacient zahrnout více ovoce, zeleniny, vlákniny a naopak se vyhnout přesoleným a tučným potravinám. U diabetiků, kde se nedaří redukovat hladina glykémie v krvi je možno využít perorálních antidiabetik, aplikace inzulínu či jejich kombinace (ESSELSTYN, 2014, HERZIG, 2008, KÁŇOVSKÝ, 2007).

Sekundární prevence má za cíl snížit rizika recidivy iktu. Klíčovou strategií je stále dodržovat primární prevenci a zde se zaměřujeme na aterotrombotické postižení cév a zlepšení vlastností krve. Základem je léčba pomocí zmiňované kyseliny acetylsalicylové v dávce 50 až 325 mg za den. Při neúčinnosti či intoleranci je volen Clopidogrel. Antikoagulační léčba je velmi přesně vymezená, lékař musí sledovat hodnoty, které nás informují o srážlivosti krve. Operační řešení stenóz je na zvážení lékaře, kdy je nutné přehodnotit rizika a výhody zvažovaného výkonu. Možno zmínit PTA – perkutánní transluminální angioplastiku, která má význam při arteriálních stenózách, kde se vyztuží cévní stěna stentem a dojde ke zprůchodnění cévy (KÁŇOVSKÝ, 2007, NEVŠÍMALOVÁ a kol., 2005).

## **1.7 KOMPLIKACE SPOJENÉ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU**

Mozkové příhody mohou být pro pacienta smrtelné nebo mohou způsobit doživotní následky. Přibližně dva lidi z deseti po akutním iktu umírá během prvního měsíce, avšak čím delší doba uplyne po prodělání CMP, tím menší bývá riziko úmrtí. Nejkritičtější jsou první tři dny, kdy riziko úmrtí bývá až 12 %. Nejčastější komplikace, které mohou vést ke smrti pacienta v prvním měsíci po příhodě je mozkový edém. Což představuje zvýšený obsah vody v mozkové tkáni, následně dochází k utlačování mozku, jeho následný posun, dochází k deformaci komor, ostatních likvorových prostorů a útisku životně důležitých mozkových center dýchání a srdečního rytmu. Další možnou komplikací je výskyt epileptických záchvatů, po ischemické cévní příhodě se mohou rozvinout u 3-4 % nemocných.

Mezi ostatní komplikace spadají kardiální onemocnění, jako je srdeční arytmie, srdeční selhání, akutní infarkt myokardu či náhlé úmrtí z kardiální příčiny. Může se objevit také hyperglykémie nebo hypoglykémie. Neléčená zvýšená hladina cukru v krvi zhoršuje vývoj ischemického iktu. Nejvýznamnější komplikací je ve většině případů bakteriální pneumonie, která bývá způsobena aspirací potravy či tekutin.

Toto riziko je až u 50 % pacientů v průběhu prvních dnů od rozvoje ICMP. Velmi úzce zde spadá také respirační insuficience, která se objevuje, jak u primárního, tak u sekundárního poškození plic. Neschopnost kontroly močového měchýře anebo tlustého střeva se vyskytuje u lidí s opakovanými CMP nebo demencí. Jednou z hlavních příčin úmrtí v prvních měsících je také infekce močového ústrojí, kdy se jedná až o 40 % pacientů. Výjimkou nebývá ani přítomnost hluboké žilní trombózy a plicní embolie.

Zvýšenou pozornost je nutno věnovat hydrataci a výživě. Dehydratace je přítomna u mnohých přijímaných pacientů pro ICMP, ovlivňuje tak negativně výsledný klinický stav. Mnoho osob má následně problémy s polykáním potravy. U dlouhodobě ležících pacientů v těžkém stavu hrozí malnutriční stav, se kterým je spojeno mnoho komplikací, jako například špatné hojení ran, či zvýšené riziko vzniku dekubitů. Vznik dekubitů je také známkou poskytování nekvalitní ošetrovatelské péče. Nejdůležitější je pravidelné polohování nemocného, když není schopen aktivního vyhledávání polohy.

Často se objevují deprese, jejich existence je vysvětlována přerušením aminergních spojů a neuronálních okruhů, které ovlivňují náladu. Pro vznik deprese hrají roli ostatní okolnosti, prostředí, kde je pacient hospitalizován, pobyty v dalších následných ústavech, strach z budoucnosti a pocit neužitečnosti. Důležité je zahájit léčbu deprese včas.

Významnou komplikací, která ztěžuje následnou rehabilitaci je přítomnost spasticit, které zhoršují soběstačnost nemocných. Až 80 % má částečnou nebo úplnou ztrátu hybnosti paže či nohy na jedné straně těla. Později mohou být přítomny deformity kloubů, kontraktury a následné bolesti při manipulaci s postiženou končetinou. Můžou se přidat problémy v komunikaci, například neschopnost mluvit nebo porozumět mluvenému slovu a zvolit vhodná slova, nerozumějí psaným textům, mohou používat nesmyslná slova, nechápat humor, bývají často zmatení a zapomínají. Komunikace s takovým pacientem je velmi náročná, jak pro personál, tak pro samotného pacienta (FEIGIN, 2007, HERZIG, 2008).

Rehabilitace, prevence a veškerá opatření musí začít ihned, kdy to stav pacienta dovolí. Na této péči by se měli podílet nejen kvalifikovaní lékaři, ošetrovatelský personál, ale hlavně rodinní příslušníci (KALITA, 2010).

## **2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

Pacient po prodělání cévní mozkové příhodě je přijat na speciální iktovou jednotku, jednotku intenzivní péče popřípadě po zlepšení celkového stavu na lůžkovou část neurologie. Poskytovaná ošetrovatelská péče se odvíjí od zdravotního stavu pacienta. Sestra v péči o nemocného využívá metody ošetrovatelského procesu, který obsahuje posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení poskytované péče. A následně plní uvedené intervence (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007, STUHLÍKOVÁ, 2013).

### **2.1 POLOHA A POHYBOVÝ REŽIM**

Úkolem zdravotní sestry je sledovat bio-psycho-sociální-spirituální potřeby člověka. Po přijetí nemocného musí být uložen tak, aby byly zajištěny volně průchodné dýchací cesty, pokud je v bezvědomí. Nejprve musí sestra zhodnotit stupeň soběstačnosti, co zvládne sám, kde je potřebná pomoc nebo, kde je zcela odkázán na ošetrovatelský personál. Zajistí bezpečí pacienta a zamezí riziku pádu, postel opatří postranicemi. Lůžko musí být udržováno v suchu a čistotě, ložní prádlo musí být vypnuté, především prostěradlo, u CMP je velmi snadný vznik dekubitů u imobilního pacienta. Správně napnutým prostěradlem a podložkou může zamezit vzniku dekubitů. K polohování využije všechny dostupné polohovací pomůcky a zavede polohovací záznam, do kterého bude v pravidelných intervalech zapisovat polohu nemocného. Zajistí signalizační zařízení, tak aby si pacient mohl kdykoliv přivolat personál. Monitoruje celkový stav nemocného, příznaky nemoci, fyziologické funkce, výsledky veškerých vyšetření, laboratorní listy, účinky léčby, bilanci tekutin, hydrataci (MIKŠOVÁ a kol., 2006, SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

### **2.2 HYGIENICKÁ PÉČE**

Také u hygienické péče je potřeba zhodnotit, jak je pacient schopen vykonávat hygienu. Pokud není schopen vykonávat hygienu sám, je potřeba mu pomoci. Každý den sestra nebo ošetřující personál provádí hygienu alespoň na lůžku, pokud je to možné, snaží se dopřát minimálně 1x týdně celkovou koupel. Pokud není schopen

přesunu, zdravotnický personál může využít vodní postel a pacienta okoupat v koupelně. Při hygieně dbá na jeho soukromí a chrání jeho intimitu. Kůži promašťuje vhodnými přípravky na pokožku, masíruje záda pomocí chladivých nebo hřejivých mastí. Pozornost věnuje místům, která jsou náchylná pro možný vznik dekubitů. Při výskytu defektu na kůži je nutné okamžité ošetření, informovat lékaře a řádný zápis do dokumentace. Během hygienické péče sestra věnuje pozornost výskytu hematomů a krvácivých projevů, které se projeví například krvácením z dásní, konečnicku nebo může být přítomná krev v moči.

Zajistí péči o dutinu ústní, nejméně 2x denně. Taktéž zajistí péči o oči a dutinu nosní. Dbá na hygienu genitálu, především v okolí močového katétru. Zkontroluje lůžko a snaží se o čistotu ložního prádla. Nezapomíná na česání a stříhání nehtů na horních končetinách. Pokud má pacient zavedený PEG, první dny po zavedení je doporučováno sprchování později je možná i koupel. Po koupeli je nutné okolí i kůži dostatečně osušit. Při manipulaci pracuje s nemocným jemně, šetrně a s citem, především věnuje pozornost postižené straně, která při manipulaci může být bolestivá. Zvýšenou hygienickou péči věnuje postižené končetině, která při možných přítomných kontrakturách je náchylná ke vzniku kožních mykóz, které se mohou tvořit v dlaních. Dlaň tak musí být řádně umyta pomocí mýdla, následně dostatečně vysušena a preventivně ošetřena antimykotickou mastí po domluvě s lékařem (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007, MLÝNKOVÁ, 2011, NUTRICIA CLINICAL, 2007).

## **2.3 VÝŽIVA**

V prvních dnech je možné zajistit výživu parenterálním způsobem, venózní cestou pomocí infuzní pumpy. Infuzní roztoky, dobu podání a délku aplikace určuje ošetřující lékař. Sestra zajistí venózní katétr a sterilně o něj pečuje, sleduje místo vpichu a zaznamenává vše do dokumentace. Pokud pacient nemůže stále polykat je na lékaři, aby zhodnotil další postup. Je možno zavést nasogastrickou sondu popřípadě PEG (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

Výživová sonda neboli nasogastrická sonda je dlouhá, tenká hadička z nezávadného a zdraví neškodného materiálu (PVC, polyuretanu, silikonu), která se zavádí dutinou nosní přes nosohltan, jícen až do žaludku. Je určena ke krátkodobému podávání umělé výživy, většinou na 4 až 6 týdnů. Zkratka PEG je pro perkutánní endoskopickou gastrostomii, zde je sonda zavedena přes stěnu břišní stěny, kdy jeden

otvor ústí na kůži břicha a druhý v žaludku. Sondy lze odstranit hned, jak pacient bude schopen zase přijímat potravu ústy a místo vpichu se do 12 hodin zcela zahojí a není potřeba stehu. Pro odstranění PEG sondy se doporučuje doba po 10 až 14 ti dnech po zavedení, kdy se fixoval gastrostomický kanál a nehrozí tak únik žaludečního obsahu do peritoneální dutiny. PEG je vhodný pro pacienty, kteří nejsou schopni dlouhodobě přijímat potravu, většinou déle jak 4 až 6 týdnů. Sestra s nemocným se však mohou pokoušet o příjem stravy ústy zároveň se zavedeným PEGem. Vhodnou výživu je nutno prokonzultovat s lékařem a nutričním terapeutem. Enterální výživa je obohacena všemi důležitými látkami, jako jsou cukry, tuky bílkoviny, vitamíny, minerální látky a stopové prvky. Výživu lze podávat dvěma způsoby bolusově (v jednotlivých dávkách) nebo kontinuálně (nepřetržitě). Bolusové dávkování se podává cca 300ml v intervalu co 2 až 3 hodiny během dne, v noci je potřeba ponechat žaludek v klidu. Výživa se podává pomocí Janetovy stříkačky a proplachuje převařenou vodou nebo neslazeným čajem dávkou, kterou určí lékař. Nesmí se používat kyselé, ovocné šťávy, minerálky, džusy, limonády, protože mohou zapříčinit sražení výživy a následné ucpání sondy. Kontinuální způsob se využívá, pokud pacient netoleruje bolusovou dávku, většinou se podává rychlostí 100 až 150ml výživy za hodinu za pomoci enterální pumpy. Při každém krmení, ať už NGS nebo PEG sondou je důležité, aby byl pacient vsedě nebo ve zvýšené poloze a setrval tak 30 až 60 minut po aplikaci stravy. Zamezí se riziku, že se výživa dostane ze žaludku do horních cest dýchacích (NUTRICIA CLINICAL, 2007, SYSEL a kol., 2011).

Důležité je také věnovat pozornost, zda se jedná o dysfagii, která je přítomna u polykání tekutin nebo při polykání tuhé stravy. Dysfagie je termín, který označuje poruchu polykání, která vzniká při vytváření sousta v ústech nebo při posunu sousta z dutiny ústní do žaludku. Dysfagie bývá spojena s řadou onemocnění, při kterých dochází ke zhoršení funkce svalů jazyka, hrdla či jícnu. Jedná se především o cévní mozkové příhody, nádorová onemocnění nebo novotvary přítomny v hrdle, Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, při zavedení tracheostomie a jiné. Poruchy polykání mohou být velmi nebezpečné, mohou vést k problémům s dýcháním a výživou. Nejdůležitější je však změnit konzistenci přijímané potravy a nacvičovat polykání. Sestra musí věnovat pozornost konzistenci stravy, je potřebné, aby potrava byla dostatečně rozmixovaná bez přítomnosti velkých kusů potravy. Vyhýbá se lepivým potravinám, jako jsou různé kaše, jejichž zbytky mohou snadno zůstat v dutině.

Nevhodná je konzumace zeleniny a ovoce se zrníčky (kiwi, ananas) nebo potravin, které se v ústech drobí (sušenky, bábovka), protože se z nich těžko vytvoří jednotné sousto. Při výběru tekutin sestra edukuje nemocného a rodinu, aby v tekutinách nebyly obsaženy ovocné dužiny, které mohou zůstat v hrdle. Je možné využít inovační sypké zahušťovadlo, které napomáhá zahustit tekutiny a tak zamezit zakašlávání se při polknutí tekutin. Rozmixovaná a správně zahuštěný nápoj snižuje riziko aspirace, vše je však potřeba podávat v malých dávkách například pomocí čajové lžičky (NESTLE HEALTH SCIENCE, 2013).

Podmínkou pro příjem potravy ústy je aktivní udržení hlavy, pravidelné polykání slin, možnost aktivně odkašlávat a jasné vědomí. Vhodné je použít videoendoskopické vyšetření, které napomáhá posoudit proces polykání. Následné opatření u pacienta, který dlouhodobě nemůže přijímat potravu ústy, je nutné včas zavést PEG sondu (LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2015).

### **2.3.1 PÉČE O PERKUTÁNNÍ ENGOSKOPICKOU GASTROSTOMII**

Prvních 14 dní po zavedení je potřeba PEG ošetřovat každý den, je důležité sledovat okolí, pozornost věnovat zarudnutí, hnisavému zanícení, vytékání stravy. Je vhodné PEG podkládat sterilním čtvercovým krytím popřípadě s dezinfekcí. Pozorované změny ihned hlásit lékaři. Po zahojení a bez přítomnosti je PEG možno ošetřovat alespoň 2x do týdne. Sestra si umyje ruce a nasadí rukavice. Šetrným tahem za hadičku zjistí, zda se nepovytahuje z místa vpichu. Silikonovou destičku, která je součástí, mírně posunuje cca o 5 cm. Pečlivě zkontroluje okolí, sleduje bolestivost zarudnutí, zbytky stravy nebo žaludeční šťávy. Následně opatrně omyje místo vpichu, v prvních dnech je potřeba dezinfekce pokožky a silikonové destičky. Nastříhne si sterilní krytí a podloží jej pod silikonovou destičku, následně opatrným tahem destičku vrací zpět k břichu. Ujistí se, že mezi kůží a destičkou není vůle, i při tahu musí být destička připevněna ke kůži. PEG přikryje prodyšným obvazem nebo sterilním krytím, volný konec sondy lze fixovat ke kůži náplastí (NUTRICIA CLINICAL, 2007).

Pro odstranění sondy se začíná postupně mixovanou stravou, jako je bramborová kaše, vývary a omáčky a následně se přechází na stravu tužší konzistence. Je nutné zavést nutriční deník a bilanci tekutin, kde se sleduje celkový příjem pacienta za 24 hodin. Do dokumentace sestra zapisuje formu stravy a pití, pokud je příjem per os

zapisuje množství, kolik pacient snědl. Při jídle nenechává pacienta nikdy bez dozoru, protože hrozí aspirace, při jídle asistuje vyškolený personál (SCHULER, 2010).

## **2.4 VYPRÁZŇOVÁNÍ**

Ve většině případů je pacient první dny nesoběstačný v oblasti vyprazdňování, proto sestra nebo lékař zavede za sterilních podmínek permanentní močový katétr. Sestra hodnotí diurézu, hustotu moče, barvu, příměsí a zápach moče. Sleduje pravidelné vyprazdňování stolice, množství, příměsí, barvu, zápach, střevní peristaltiku a odchod plynů. Využívá vhodné prostředky pro inkontinentní pacienty. Dbá na zvýšenou pozornost v oblasti hýždí při přikládání plenkových kalhotek, které musí být rovnoměrné a správně přiložené, aby nedošlo k úniku moči do lůžka nemocného a pacient, tak neležel v mokrých lůžkovinách. U podávání enterální stravy se mohou objevit průjmovité stolice. Provádí zvýšenou hygienu genitálů a pokožku promazává. Pokud je pacient v následujících dnech částečně soběstačnější je možno zkoušet vyprazdňování do podložní mísy, u mužů trénovat močení do močové láhve. Vše zaznamenává do dokumentace a změny hlásí taktéž lékaři (MLÝNKOVÁ, 2011, SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

## **2.5 REHABILITACE**

Naplánovaná rehabilitace by měla probíhat pod vedením školeného fyzioterapeuta. Sestra provádí pravidelné polohování v intervalech co 2 hodiny přes den a co 3 hodiny v noci, častější polohování je přínosem. Vhodná je poklepová masáž hrudníku, která napomáhá k odkašlávání sekretů z dýchacích cest. Rehabilitaci také procvičuje při ranní hygieně. K rehabilitaci patří dostatečná verbální komunikace, nácvik řeči v pravidelných intervalech každý den alespoň 30 minut a 5 minut správné artikulace. Ošetřující personál se snaží o zapojení rodinných příslušníků (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

## **2.6 SPECIFICKÁ REHABILITACE A POLOHOVÁNÍ**

Rehabilitaci je nutno zahájit, jak to jen stav nemocného dovolí. Je potřeba posouzení multidisciplinárního týmu specialistů a následného sestavení reálných rehabilitačních cílů. Zpravidla se s rehabilitací začíná již v nemocnici, nejprve v iktových centrech, následně na lůžkovém oddělení a ve specializovaných rehabilitačních centrech. Nekončí však ani po propuštění pacienta, vhodnou volbou

je navštěvování ambulantních rehabilitačních center a pravidelné cvičení v domácím prostředí. Cílem je navrátit soběstačnost nebo snaha zmenšit závislost postižené osoby na okolí. Je potřeba si uvědomit, že se jedná o pomalý a dlouhodobý proces (FEIGIN, 2007).

Velmi důležité je správné polohování pacienta, neboť dlouhodobá imobilizace vede k řadě komplikací. Každá změna polohy vede ke stimulům, které mohou pomoci při znovunabytí senzomotorické funkce. Naopak špatně zvolená poloha vede ke ztuhlosti, omezenému pohybu a postupnému zkrácení svalových skupin. Pečlivé polohování je důležité po dobu celé léčby. Doporučený interval je každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny přes noc. Nejprve personál provádí pasivní polohování, což znamená, že pacient není schopen sám zaujmout vhodnou polohu a vyžaduje pomoc druhé osoby. K tomuto polohování je možno využít speciální polohovací pomůcky, polštáře, srolované prostěradla či ručníky. Postupem času, při pravidelném a správném polohování je možno pacienta naučit, aby se dostal do těchto poloh sám a udržel je bez asistence polohovacích pomůcek. K pacientovi po cévní mozkové příhodě se přistupuje vždy z postižené strany, tím se podpoří otáčení hlavy na tuto stranu. Je nutné, aby přistupovali z této strany také rodinní příslušníci a veškerý ošetrovatelský personál, nejen fyzioterapeuti. Na pacienta by měli hovořit také z postižené strany, neboť jejich hlas bude stimulovat jeho sluch a zrak, čímž dostane smyslovou stimulaci.

Rehabilitace však musí být postupná, rehabilitační pracovník musí zhodnotit, jak je pacient schopen pohybu, co dokáže sám a co je potřeba procvičit a jaké bolesti při pohybu pacient má. Za potřebí je nejprve natrénovat základní pohyby, polohování, návlek sedu chůze a podobně. Jestliže má pacient povoleno vstávat z lůžka, nejprve jej posadí na posteli, kdy důkladně podloží polštářem pacientovu horní polovinu těla, polštáře jsou pouze v oblasti zad, nikoli za hlavou. Horní polovinu postele vyvýší do sedu. Postupně zkouší sezení s nohama spuštěnými z postele. Jedná se o důležitý krok při znovuoobnovení motorické funkce. Tato poloha také usnadňuje dýchání. Při této poloze je snadnější přetáčet nemocného směrem na postiženou stranu. Může docházet k tomu, že pacient nebude schopen kontrolovat své tělo a udržet se v sedu. Sestra si může pomoci vypočlením polštářů za záda a po stranách k lepší stabilitě. Chodidla musí být pevně na podlaze i zde může využít k pomoci například stoličku k podložení chodidel (KLUSOŇOVÁ a kol., 2014, MIKULA, a kol., 2008, ŠECLOVÁ, 2004).



### **2.6.1 REHABILITACE OBLIČEJE-FACIOORÁLNÍ TERAPIE**

Facioorální terapie (FOT), je dnes nedílnou součástí rehabilitačního procesu. Obličejová část a ústa jsou pro člověka velmi významné, ústy přijímá potravu, komunikuje a jsou určitou intimní zónou. Poškození ve facioorální oblasti se projevuje především omezením mimiky a následně při komunikaci. U pacientů v bezvědomí jsou ústa často otevřena, což vede k omezení pohybu jazyka. Pacient není schopen aktivně otvírat ústa, což vede ke komplikacím u příjmu potravy. Není vhodné ústa otvírat násilím, protože může dojít k poškození zubů a k aspiraci odkousnutých pomůcek k hygieně dutiny ústní. Nastává nemožnost kontrolovat a korigovat dutinu ústní, následně dochází k vytékání slin při jídle. Tvorba hlasu je omezená, pokud zvládá mluvit, hlasitost je proměnlivá.

K prvním krokům rehabilitace patří opatrná mobilizace krční páteře, dalším bodem je zapojení mimických svalů obličeje, které rehabilitační sestra zapojí pomocí pasivního pohybování ve fyziologických funkcích mimických svalů. Stimulace začíná v oblasti čela, postupuje v okolí očí přes spánkovou kost a přes oblast tváří. Hlavními body terapie dutiny ústní jsou především masáž dásní, pasivní pohybování svaloviny tváří vibrační a termická stimulace svalů, mobilizace jazyka pasivním pohybováním v ústní dutině i mimo ni, v terapeutickém procesu nesmí chybět zapojení zvláštní péče o dásně a zuby (LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2015).

### **2.6.2 REHABILITACE A LOGOPEDICKÁ REEDUKACE AFÁZIE**

Kromě komplexní rehabilitace je nutno zahrnout také logopedickou rehabilitaci. Logopedie je obor, který se zaměřuje na reedukaci řeči. Cílem této léčby je snaha naučit pacienta se dorozumět a běžně se domluvit, aby v komunikaci nedocházelo k nedorozumění. Pojem afázie označuje ztrátu již nabyté schopnosti komunikace mluvou. Vzniká poškozením center řeči, které se nachází v dominantní mozkové hemisféře. Zvolený postup rehabilitace závisí na mnoha faktorech a to, na rozsahu postižení, typu afázie, na fyzickém a psychickém stavu nemocného. Afázii možno rozdělit na motorickou, senzickou a smíšenou. Motorická afázie, označována také jako expresivní, znamená, že pacient rozumí řeči, dokáže pochopit význam slov, ale není schopen produkovat mluvu a není tak ani schopen slova opakovat. Senzická zvaná také receptivní znamená, že pacient nerozumí řeči, produkce mluvy je zachovaná,

ale komunikace je nemožná, řeč je nelogická. Smíšená afázie je kombinace obou zmiňovaných typů afázií.

K nácviku čtení je možno využívat obrázkové slabikáře, je vhodné začínat tam, kde pacient chápe nejvíce nebo, kde rozumí nejlépe. Pozitivní reakce jsou na různé říkanky, vyjmenovávání dnů či měsíců, číselné řady, na písničky nebo známé melodie. Je možno také využívat jiných jazyků, pokud pacient ovládá i jiné jazyky, je možné, že cvičení půjdou lépe, než v jazyce českém. Zvukové záznamy lze kombinovat s obrázky, využívat cvičení s přiřazováním slov k obrázku. V dnešní moderní době je častěji využíváno elektronických tabulek ke komunikaci. Při poruchách psaní je vhodné používat silnou tužku, která bude snadněji uchopitelná do ruky, tužky se snažíme střídat, to napomáhá k zapamatování barev a procvičování slovní zásoby. Pokud je dominantní ruka plně ochrnutá snažíme se využívat a učit ruku druhou (KEJKLÍČKOVÁ, 2011).

Pro cviky k posílení svalů jazyka, rtů a tváře se doporučuje využívat cviků, jako cvičení přehnaného úsměvu, špulení rtů jako při polibku, pevně stisknout rty rukojeť lžice a snažit se ji udržet, rychlé vyplazování a zatahování jazyka z dutiny ústní, cvičení svalů jazyka kroužením okolo rtů, pohyby zleva doprava a zprava doleva, přejíždět jazykem dásně, zuby a spodní patro nebo napodobovat přehnané žvýkání. Tyto cviky jsou také vhodné pro pacienty s dysfagií (NESTLE HEALTH SCIENCE, 2013).

Logopedické cvičení je vhodné provádět v různých místnostech, to napomáhá k přijmu nových vjemů. Rehabilitace může probíhat individuálně nebo skupinově. Prokázalo se, že skupinové terapie mají pozitivní vliv, ve skupině se budují pocity sounáležitosti a víra ve zlepšení stavu. Skupinová terapie je však vhodná u chronických stavů ne v akutních fázích. I zde je důležitá spolupráce rodiny, která pacienta podporuje a motivuje ke cvičení i v domácím léčení. Doma může rodina napomáhat při cvičení prohlížením fotografií, oblíbených knih, pohledů, vzpomínkami na profesní život, společné dovolené a podobně. Prognóza afázie závisí především na příčině, trvání a rozsahu poškození mozku. Také včasné zahájení logopedie je velmi důležité (KEJKLÍČKOVÁ, 2011).

### **2.6.3 POLOHOVÁNÍ NA ZÁDECH**

Polohování na zádech by nemělo v rámci celého polohování převažovat, neboť s sebou přináší možná nebezpečí. Pokud bude pacient dlouhodobě a často polohován

na záda, může dojít k extenzi krční páteře, která následně vede k bolestem hlavy a obličeje, je zde také vyšší riziko pneumonie a výskytu dekubitů. Správným polohováním hlavy za pomoci dostatečně vysokého polštáře, ošetrovatelský personál může předejít komplikacím. Hlava pacienta by měla být v lehké flexi. Možno paretické rameno podložit dalším polštářem, paže je tak polohovaná na polštáři. Nutno dávat pozor také na nebezpečí vzniku dekubitů v oblasti sakra a pat. Nepostížená dolní končetina je v extenzi bez jakékoliv podpory, možno využít speciálních polohovacích „botiček“ určených pro zmírnění tlaku v oblasti pat. Paretická dolní končetina je v oblasti kyčle a horní části stehna podložena polštářem, do podkolení je vložen váleček, který zajišťuje mírnou flexi kolenního kloubu a vyloučí tak napětí flexoru kolena. Noha je tak v 90°. Pozornost je potřeba věnovat paretické horní končetině, kterou v poloze na zádech vleže nebo sedě je potřeba uvést do zvýšené polohy a tak zabránit otokům horní končetiny (KLUSŇOVÁ a kol., 2014, LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2015).

#### **2.6.4 POLOHOVÁNÍ NA BŘIŠE**

Poloha na břicho alespoň jednou denně je pro pacienta přínosná. Toto polohování je možné zahájit tehdy, když pacient není odkázán na UPV. Tracheostomie není kontraindikací, neboť je možné pacienta uložit tak, aby bylo zajištěno volné dýchání. Pokud má pacient zaveden permanentní močový katétr, je možné břicho vypodložit polštářem tak, aby moč mohla volně odtékat. Hlava je otočena směrem k nepostížené straně, postižená paže je zdvižena nahoru a mírně vpřed, kdy loket, zápěstí a prsty jsou natažené. Postižená kyčel je natažená a postižené koleno zcela ohnuté (ŠECLOVÁ, 2004).

#### **2.6.5 POLOHOVÁNÍ NA PARETICKÉ STRANĚ**

Poloha na boku na paretické straně je vhodnou volbou, protože je zde extenze postižené končetiny, která působí pozitivně proti spasticitě, využita je zde i stimulace tlakem vlastního těla na paretické straně. I zde je hlava podložena polštářem, trup je v lehké rotaci a podepřen taktéž polštářem, paretická končetina tvoří 90° k tělu. Rameno je taženo směrem vpřed, paže je otočena směrem ven. Loket může být natažený nebo vložen pod polštář v neúplné extenzi, ruka je dlaní nahoru, zápěstí v mírné extenzi a prsty volně rozevřeny. Postižená dolní končetina je napnutá a koleno

mírně ohnuté, zdravá noha je ohnutá (KLUSŇOVÁ a kol., 2014, LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2015).

### **2.6.6 POLOHOVÁNÍ NA NEPOSTIŽENÉ STRANĚ**

Zde se sestra snaží zamezit přetáčení se pacienta na břicho. Hlava je opět podložena polštářem. Postižená horní končetina je polohovaná na polštáři v poloze, jakoby pacient sahal nahoru do výšky hlavy, zdravá horní končetina může být polohovaná, jak si pacient přeje. Loket je v extenzi, ruka položena dlaní dolů v mírné flexi a prsty volně v extenzi a abdukci. Postižená dolní končetina je podepřena polštářem ve flexi kyčelním i kolenním kloubu. Tato poloha na zdravé straně je pro nemocného méně výhodná z hlediska soběstačnosti (KLUSŇOVÁ a kol., 2014, LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, 2015).

### **2.6.7 REHABILITACE OBECNĚ**

Pacienta je nutné vertikalizovat co nejdříve, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, personál se o to snaží již v prvních dnech. Zkoušení udržování rovnováhy v sedě i ve stoje a cvičení trupu je klíčem pro vykonávání běžných denních činností. Je nutné posilovat rovnovážné reakce, aby pacient dokázal opět získat rovnováhu při sezení, postoji i chůzi. V začátcích rehabilitace je potřeba dvou terapeutů do doby, než si pacient bude sám jistý v udržení rovnováhy.

Za svépomocný trénink soběstačnosti lze počítat také osobní hygienu: mytí zubů, česání, sprchování, oblékání a svlékání se, holení, samostatné najezení a napití nebo také příprava jídla, jako je mazání chleba, vaření, domácí práce, žehlení, psaní a další napomáhají k procvičování pohybů. K podpoře mobility lze využívat rehabilitační pomůcky jako je invalidní vozík, vycházková hůl, rotátor, chodítko nebo hůl se čtyřmi konci k udržení stability, popřípadě dlahy ke stabilizaci chodidla. Je potřebná konzultace s fyzioterapeutem a ošetřujícím lékařem ke zvolení vhodné pomůcky.

Před propuštěním pacienta domů, pokud to jeho stav dovoluje a má blízké, které se o něj mohou starat je potřeba edukovat rodinu a pacienta, jak mají s pacientem zacházet, jaké je vhodné polohování a možné domácí cviky. Informace o správnosti provedení cviků podává lékař se spoluprací fyzioterapeuta a ergoterapeuta (SCHULER a kol., 2010).

## 2.7 SPÁNEK A ODPOČINEK

Je potřeba zhodnotit kvalitu spánku a odpočinku. Sestra pozoruje, jak dlouho pacient spí přes noc, jestli se v noci opakovaně budí, má problémy s usínáním. Kolik hodin spí přes den. Snaží se dodržovat spánkovou hygienu, zajistit příjemné a klidné prostředí k odpočinku. Pod pojmem spánková hygiena se rozumí preventivní opatření u jedinců, kteří mají problémy se spánkem, často se budí, hůře usínají, časně se budí nebo jejich spánek není příliš kvalitní. Existují zásady pro kvalitnější spánek a odpočinek, mezi které patří: prostředí by mělo být klidné, bezpečné a postel pohodlná, před spánkem si vyvětrat pokoj, maximální teplota se doporučuje 21°C. Místnost musí být klidná a dostatečně zatměná, dbát na dostatečný příjem tekutin, ale vyhnout se kofeinu nebo silným černým čajům. Sestra se snaží o zapojení pacienta do aktivit přes den, aby zamezila spánku přes den. Ve večerních hodinách jíst lehce stravitelná jídla, v domácím prostředí před spaním nepoužívat alkohol a vyhnout se kouření. V nemocnici se snaží o snížení rušivých vlivů během noci. Pokud je to možné, dbá na vhodný výběr spolupacienta na pokoji. Používá noční světla a signalizační zařízení dá pacientovi na dosah ruky. Snaží se o vhodnou polohu a úpravu lůžka, zmírní projevy nemoci například bolest, která může vést k nespavosti. Snaží se edukovat nemocného o spánkové hygieně, popřípadě podává hypnotika naordinované lékařem. Měla by být podána až tehdy, pokud již vyčerpala všechny dostupné možnosti ke zlepšení kvality spánku. Sleduje možné vedlejší účinky, podává je ve stejnou časovou dobu před spaním 30 až 45 minut před spaním. Každé podané hypnotikum musí sestra zaznamenat do dokumentace, čas, sílu a podpis sestry (KELNÁROVÁ a kol., 2016, SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

Pokud pacient není schopen předepsané léky polknout, je nutné léky podat přes PEG či NGS sondu. Pokud je lék dostupný pouze v tabletové formě je potřeba jej důkladně rozdrtit v misce s tloučkem, aby se tak předešlo komplikaci ucpaní sondy. Pečlivě rozdrčenou tabletu sestra smíchá s čajem nebo převařenou vodou a podá jej pomocí Janettovy stříkačky. Po podání léčiva je nutné sondu propláchnout následně neslazeným čajem nebo převařenou vodou. Drcení léků musí být zaznamenáno v dokumentaci s rozhodnutím lékaře (NUTRICIA CLINICAL, 2007).

Při odpočinku se snaží o příjemné navození klidu a maximální pohody pro pacienta. Přes den je vhodná relaxace. Pozoruje kvalitu spánku, popřípadě účinek hypnotik (KELNÁROVÁ a kol., 2016).

## 2.8 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY

Ke každému klientovi, který má jakoukoliv poruchu vědomí, přistupuje personál vždy s úctou a vždy s nimi komunikuje, protože nikdy neví, jaká je aktuální úroveň vědomí a možnost vnímání. Věnuje pozornost jejich rodinám, ti často nevědí, jak s nemocným komunikovat a jak se chovat. Často zažívají velký stres a obavy, ošetřující personál jim dává naději, že je tady pro ně. Pečlivě seznamuje nemocného s každým výkonem, který u něho bude provádět, aby byl informován a byl klidnější. Pocit jistoty a bezpečí sestra navodí pouhým vřelým slovem, stiskem ruky nebo pohazením, dá tak najevo, že je stále s ním. Pro psychickou rehabilitaci bude stačit snažit se pacienta zapojit k aktivní spolupráci, ať se cítí potřebný (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

## 2.9 DOMÁCÍ PÉČE

Po zvládnutí kritického období v nemocničním prostředí a následných rehabilitačních centrech je vhodné uložení pacienta do domácí péče, pokud to jeho zdravotní stav dovolí. Domácí péče je velmi fyzicky, psychicky i finančně náročná. Nebojte si dopřát občasný oddech a požádat o pomoc. Je možno využívat domácí ošetřovatele, kteří jsou schopni pomoci v domácnosti, při nakupování, lehkém úklidu, praním prádla, zajišťují rozvoz jídla, přípravu jídla a asistenci při přesunu mimo domov. Pro mnohé rodiny se může jednat o ekonomický úpadek v domácnosti, kdy pacient není schopen chodit nadále do zaměstnání a příjmy jsou poněkud nižší. V těchto případech je možno zkusit požádat o finanční podporu v nezaměstnanosti. Časté dotazy jsou, zda je možné řídit automobil po prodělání CMP. O možnosti řídit automobil rozhoduje lékař s radou ergoterapeuta. Pacient musí projít řadou vyšetření zraku, hybnosti a poznávacích funkcí. Nemožnost řízení nastává v případě výskytu epileptických záchvatů, ztráta zrakového pole nebo ostrosti, poruchy koordinace, dvojité vidění a opakované TIA, závažné problémy se srdcem a cévami. Cestování na dovolenou letadlem se nedoporučuje následující 3 až 4 týdny. Před odletem musí pacient navštívit svého lékaře, aby zjistil, zda je stav pacienta stabilní. Pohlavní život po prodělání TIA nebo CMP také nemusí být u konce. Může se však objevit ochabnutí libida. Před používáním léků pro zvýšení erektilní funkce, je potřeba konzultace s lékařem. Nutné jsou však celkové kontroly u svého lékaře, pravidelné užívání léků. V případě nutnosti je vhodná spolupráce s psychologem či psychiatrem, včetně s osobami, které o nemocného pečují. U osamělých pacientů je nutné kontaktovat sociální pracovníky

pro další případná řešení či agentury domácí péče (FEIGIN, 2007, SLEZÁKOVÁ a kol., 2007).

### **2.9.1 POMŮCKY K ŘEŠENÍ SOBĚSTAČNOSTI**

Při propuštění nemocného do domácího prostředí je vhodné, aby měl dostatečné informace o možných pomocných vymoženostech ke zlepšení mobility a následné soběstačnosti. Kompenzační pomůcky jsou využívány k usnadnění mobility pacienta. Pomůcky, které jsou vhodné pro přemísťování, musí být nejprve prokonzultovány s lékařem a řádně nacvičena obsluha s ergoterapeutem. K opoře těla jsou vhodné různé druhy berlí nebo vycházkové hole, které jsou opatřeny gumovými násadci, v zimě jsou následně opatřeny protiskluzovými násadci. Lze využívat pojízdná i nepojízdná chodítka. Dnes je široký výběr vozíků, vozíky mechanické mohou být standardní nebo pro ovládání jednou rukou. Pro získání elektrického vozíku je potřebný podrobný tiskopis, který obsahuje vyšetření odborného lékaře, rehabilitační zhodnocení, vyšetření očním lékařem a psychologem, protože osoba využívající elektrický vozík bývá také účastníkem silničního provozu. V poslední řadě je nutnost schválení příslušné pojišťovny a odborné komise centrální pojišťovny. Velkou nevýhodou vozíků je však to, že jsou finančně velmi náročné.

V domácnosti je výhodnější sprchový kout namísto vany, kde je vhodné sprchový kout vybavit stabilní sedačkou, madly a protiskluzovou podlahou. Pro osobní hygienu lze využít kartáče nebo houby na speciální tyči, zubní kartáčky s přísavkami, které jsou vhodné pro těžká postižení horní končetiny nebo různé kartáče na vlasy s vyvýšenou rukojetí. Pomůcky pro sebesycení jsou speciálně vyrobeny pro nemocné s postižením horních končetin, je možná i individuální výroba příborů, nabízí i speciální láhve s držáky pro snadnější příjem tekutin nebo speciálně vyrobeny talíře se zvýšeným okrajem. Při dopomoci v oblékání jsou nejčastěji používány speciální obouvače ponožek a punčoch, dlouhé lžice k obouvání bot. Pro oblékání jsou využívána plastová madla pro snadné zapínání zipu. Pomůcek pro denní potřebu je dnes celá řada, avšak i zde je nevýhoda, že pomůcky jsou drahé a nejsou hrazeny pojišťovnou. Při trvalém postižení se však investice vyplatí (KLUSOŇOVÁ, 2014).

### 3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Pro sběr veškerých potřebných informací byla použita ošetrovatelská dokumentace. Provedla jsem rozhovor s pacientem, u kterého byla součástí také jeho žena, a následně jsem pozorovala celkový stav nemocného. Ošetrovatelské diagnózy jsem sestavila podle NANDA I Taxonomie II.

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Tabulka 1 – Identifikační údaje

<b>Jméno a Příjmení:</b> T. J.	<b>Alergie:</b> Penicilin
<b>Rodné číslo:</b> 34....	<b>Věk:</b> 83 let
<b>Pohlaví:</b> mužské	<b>Vzdělání:</b> střední s maturitou
<b>Zaměstnání:</b> důchodce	<b>Jméno příbuzného:</b> T. H.
<b>Stav:</b> ženatý	<b>Datum přijetí:</b> 3. 1. 2017
<b>Národnost:</b> česká	<b>Typ přijetí:</b> plánované
<b>Státní občanství:</b> ČR	<b>Oddělení:</b> Následná lůžková péče, Ostrava

#### Medicínské diagnózy hlavní:

G819 Hemiplegie NG

I639 Mozkový infarkt NS

R33 Retence – zadržetí moči



**Medicínské diagnózy vedlejší:**

Smíšená afázie

Dysfagie

Centrální pravostranná hemiparéza s plegií PHK

Hypertenze

Hyperlipoproteinemie

Vředová choroba duodena – v minulosti

**VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘÍJMU:****Tabulka 2 – Vitální funkce při příjmu**

<b>TK:</b> 125/70	<b>Výška:</b> 180 cm
<b>TT:</b> 36,6 °C	<b>Váha:</b> nelze, obvod LHK: 23,5 cm
<b>P:</b> 73'	<b>Stav vědomí:</b> bdělý
<b>D:</b> 22'	<b>Pohyblivost:</b> velmi omezená
<b>SpO2:</b> 97 %	<b>Orientace:</b> Částečná orientace v prostoru a čase

**Nynější one mocnění:**

83 letý pacient přeložený z Neurologického oddělení na Rehabilitační oddělení pro pravidelné rehabilitační cvičení. Následný překlad po měsíci na Následnou lůžkovou péči pro ponechání rehabilitačního plánu a následného doléčení stavu. U pacienta došlo ke vzniku CMP s následnou smíšenou afázií, pravostrannou hemiparézou s plegií PHK. Za dobu hospitalizace se projevil nově jeden epileptický záchvat. Došlo k výskytu silných depresí a následnému zhoršení stavu. Doma na sobě nepocíťoval žádné změny před postihnutím CMP, léčil se na vysoký krevní tlak

a na zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Záchraná služba byla volána manželkou pro poruchu vědomí, zrudnutí v obličeji, kymácel hlavou doprava, byl viditelný třes v obličeji a celkový stav trval přibližně 2 minuty.

Ačkoliv byl v důchodu, aktivně se věnoval práci na zahradě a chodíval na pravidelné procházky s manželkou. V současné době již není schopen samostatné chůze a sebeobluhy. Vyžaduje pomoc ošetrovatelského personálu.

### **Informační zdroje:**

pacient, rodina, ošetrovatelská dokumentace, ošetrující personál, rozhovor, pozorování

### **ANAMNÉZA**

#### **Rodinná anamnéza**

Matka zemřela ve věku 73 na kardiální selhání

Otec zemřel ve věku 71 na CMP

Sourozenci: sestra- léčí se na vysoký krevní tlak

Děti: 2 dcery s ničím se dosud neléčí

Vnoučata: ano, celkem 5 vnoučat

#### **Osobní anamnéza**

Překonaná onemocnění: běžné nemoci v dětství

Alkohol: příležitostně

Kouření: nyní už ne, dříve 20 cigaret denně, abstinent: 20 let

Káva: 1x – 2x denně

Operace: v mládí operace Achillovy šlachy po úraze

Transfúze: nepodány

Očkování: veškerá povinná očkování

Chronické onemocnění: hypertenze, hyperlipoproteinemie, vředová choroba duodena

### Léková anamnéza

**Tabulka 3 – Chronická medikace**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Novalgin	TBL	500mg	1-1-1	analgetikum
Apo- Atorvastatin	TBL	20 mg	0-0-1	hypolipidemika
Prestarium Neo	TBL	5 mg	1-0-0	angiotenzin
Trombex	TBL	75 mg	0-1-0	fibrinolytika
Depakine Chrono	TBL	500 mg	1-0-1	antiepileptika
Apo-Panto	TBL	20 mg	1-0-0 (nalačno)	antiulcerotikum
Fraxiparine	S. c.	0,3 ml	21:00 hod	antifibrinolytika
Duphalac	Sol.	20 ml	1-3xdenně s cílem jedné stolice/ den	laxantia
Isosorce Standard	Enterální výživa		2000ml/24hod, dávky co 2hod., s noční pauzou 4 hodiny	Nutričně komplexní enterální výživa

### Alergologická anamnéza

Léky: PENICILIN

Chemické látky: neguje

Potraviny: neguje

Jiné: neguje

## **Sociální a pracovní anamnéza**

Stav: ženatý

Bydlení: žije s manželkou v rodinném domě

Záliby: rád četl historické knihy, opravoval stará auta, vařil a luštil křížovky, rád chodil na pravidelné procházky se svou ženou po přírodě

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: nyní nepracuje, důchodce

## **POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 15.2.20017, 43. den hospitalizace**

Při posouzení subjektivních údajů pacient také využil tužku a papír, kde se snažil psát odpovědi, které nedokázal srozumitelně odpovědět vzhledem k poruše řeči. Komunikace byla velmi náročná a zdlouhavá. Informace se snažila doplňovat i jeho manželka.

## **FYZICKÝ STAV**

**Tabulka 4 – Fyzikální vyšetření sestrou**

<b>SYSTÉM</b>	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
Hlava a krk	„S hlavou a krkem nemám žádné problémy.“ „Jen nemám své zuby.“	Hlava a krk bez viditelné patologie. Lebka normocefalická. Kůže a sliznice narůžovělá, prokrvená, bez povlaků. Náplň krčních žil nezvětšena. Zornice jsou izokorické, nos i uši bez výtoku, fyziologicky v pořádku. Slyší dobře

		<p>Jazyk narůžovělý, na výzvu dokáže jazyk vypláznout, ten se však plazí mírně k pravé straně. Dásně narůžovělé, bez patologických změn. Používá horní i dolní celkovou protézu. Dutina ústní bez zápachu. Polykací potíže přítomny u konzumace potravy a pití. Štítná žláza nehmatná.</p>
Hrudník a dýchací cesty	<p>„Problémy s dýcháním nemám a dýchá se mi dobře.“</p>	<p>Fyziologický tvar hrudníku. Prsa souměrná, bradavky bez patologických změn. Dýchání čisté, poslechově sklípkové dýchání. Počet dechů za minutu 23.</p>
Srdce a cévy	<p>„Srdce je zdravé a cévy asi taky, ale mám vysoký cholesterol.“</p>	<p>Pulz je pravidelný, snadno hmatný. Pulzů za minutu 62. Hodnota krevního tlaku je vlivem pravidelného užívání léku v hodnotě 135/70. Pacient se léčí pro vysoký TK. Dolní končetiny prokrvené, bez defektů a deformit. Při pohmatu nebolestivé, bez otoků.</p>
Břicho a gastrointestinální trakt	<p>„Břicho mě nebolí, jen když mám zácpu.“ „Vím,</p>	<p>Břicho mírně vzedmuté, bez deformit,</p>

	že jsem měl vřed na žaludku, ale už je to dobré.“	při palpačním pohmatu citlivější, bez hmatné rezistence. Poklepově tupý zvuk v břiše. Na břišní stěně zaveden PEG, místo je klidné, bez patologie, krytí neprosakuje. Sonda je funkční. Dříve se pacient léčil pro duodenální vředovou chorobu. Dnes bez obtíží.
Vylučování a pohlavní ústrojí	„Trpím zácpou, ale močím pravidelně. Nic mě nebolí“	Genitál mužský, pacient se učí močit do močové láhve, ale používány také pleny z důvodu inkontinence. Moč je žlutá, bez patologických příměsí, přijatelného množství dle přijatých tekutin za 24 hodin. Stolice nepravidelná, pacient trpí zácpou, stolice fyziologické barvy a zápachu, bez příměsí. Stolice spíše tvrdá, formovaná. Při vyšetření lékařem per rektum – plnost rekta.
Kostrově svalový systém	„Neumím chodit, bolí mě záda a neumím už dobře psát.“ „Vše je špatné.“ „A bolí mě rameno tohle.“ (pacient ukazuje na pravé	Pacient nedokáže chodit bez druhé osoby a stabilního pomocného chodítka. Psaní a udržení tužky mu dělá také

	paretické rameno).	problém – neovládá jemnou motoriku. Vyžaduje pomoc při veškerých denních činnostech. Krmení se snaží zvládat sám.
Nervový systém	„Nevím, jaké je datum, a jsem v nemocnici.“ „Doma už mě nechcou.“	Pacient je částečně orientován, neví jaké datum zrovna je. Ví, že se nachází v nemocnici, ale neví na jakém oddělení je hospitalizován. Opakovaně tvrdí, že doma bude na obtíž. Není schopen srozumitelné řeči, komunikace je složitá a zdlouhavá. Plete si některá slova. Slovní zásoba je omezená. Slovní zásobu opakuje pomocí slabikáře a obrázkovou metodou. Slova a psaní trénuje pravidelně i se svou ženou.
Endokrinní systém	„Problémy nemám.“	Štítná žláza nejde vidět, je nehmatná, symetrická, nebolestivá.
Imunologický systém	„Imunita je dobrá, nejsem nemocný.“	Lymfatické uzliny nezvětšené, nehmatné. Tělesná teplota 36,6 °C.
Kůže a její adnexa	„Koupal jsem se denně.“ „Teď mě maže manželka.“	Kůže je bez patologických změn, bez hematomů a defektů. Kožní turgor

		dobrý. Znaménka jsou bez patologických změn. Kůže je hydratovaná a není nijak suchá.
--	--	--



## AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

AKTIVITY	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	„Jedl jsem vše, manželka vaří dobře.“	Doma vařila manželka, před onemocněním nebyl žádný problém s konzumací jídla. Dokázal si doma sám uvařit. Za dobu hospitalizace pravidelně bolusově podávaná strava dle rozpisu podle nutričního terapeuta do PEG sondy. Snaží se přijímat stravu PER OS, ale pokrytí stravy je nedostatečné. Jsou přítomny polykací potíže při konzumaci jídla i tekutin. Při polknutí stravy se zakašle a dusí se. Chuť k jídlu je nyní minimální.
Tekutiny	„Pil jsem asi 1,5 l.“	Příjem tekutin PER OS zvládne maximálně 250 ml za celý den. Hydratován pomocí PEG sondy. Nejraději pije vodu, ale v nemocnici vypije i čaj.
Vylučování moči a stolice	„Močím pravidelně, ale trpím zácpou.“ „Doma jsem chodil na záchod.“	Pacient má inkontinenci moče. Snaží se močit do močové láhve, ale stále je nutnost využívat pleny. Moč je žlutá, bez patologických příměsí, přijatelného množství. Stolice nepravidelná, pacient trpí zácpou, stolice fyziologické barvy a zápachu, bez příměsí, tuhé konzistence.
Spánek a bdění	„Rád spím.“	Dle manželky spal doma vždy 7 až 8 hodin. Ulehal ke spánku přibližně v pravidelný čas, s usínáním neměl žádné problémy. Během hospitalizace spí pacient dobře, spal celou noc, problémy s usínáním nemá. Spí i po obědě 30 až 60 minut.

Aktivita a odpočinek	„Už neumím nic.“	Dle manželky pacient rád četl historické knihy, společně chodívali na pravidelné procházky do přírody, rád se věnoval starým modelům aut a luštil rád křížovky. Nyní si pacient svou tělesnou kondici neuvědomuje. Je pesimistický a nechce se nezapojovat do aktivit připravených personálem nebo dobrovolnicemi. Za pacientem dochází pravidelně každý den fyzioterapeutka, která nacvičuje chůzi a sebeobsluhu. Často sleduje televizi a poslouchá rádio na pokoji. Jeho manželka chodí každý den na návštěvy a procvičuje psaní a slovní zásobu.
Hygiena	„Koupal jsem se každý den.“	Je potřeba pomoc ošetrovatelského personálu při hygieně.
Samostatnost	„Nic mi nejde, ani už nic neumím, jen tady ležím.“	Pacient vyžaduje pomoc při veškerých denních činnostech. Samostatný není v žádné oblasti. Zvládne se pouze sám najíst.

## POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

	<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
Vědomí	„Nechápu.“	Pacient je při vědomí.
Orientace	„Jsem v nemocnici, doma mě nechtějí.“ „Den nevím, jaký je.“	Pacient je pouze částečně orientovaný místem a osobou. Dny a přesné data nedokáže určit. Nezná přesný název oddělení, kde se nachází.
Nálada	„Nemám náladu.“	Pacient je hodně pesimistický, nic ho nebaví, je emocionálně labilní. Je smutný a má deprese.
Paměť	„Nic neumím, musím vše dělat znova. Zase se učím slova a zapomínám.“	Nová slova se učí, je velmi snaživý. Dokáže vzpomínat na věci z minulosti, co rád dělal a kde byl s manželkou na dovolených. Rád vzpomínal na své dcery. Je schopen zapamatovat si dost nově naučených slov. Jeho slovní zásoba se výrazně zlepšila. V případě, když si nedokáže vzpomenout na slovo je smutný a zhorší se mu nálada.
Myšlení	„Ještě mi někdy myslí.“	Pacient není schopen racionálně myslet. Slovní zásoba je nyní omezená, opakuje stejná slova, řeč

		bývá mnohdy zmatená a nesouvislá.
Temperament	„Byl jsem vždy ochotný, ale dnes je mi všechno jedno.“	Pacientovi se velmi střídají nálady, je smutný, má depresivní ladění, když se mu něco nedaří, chce být sám, odpočívat a s nikým nemluvit. Dokonce odmítá i svou rodinu, když je smutný. Chce být doma a ne v nemocnici, ale nechce být rodině na obtíž.
Sebehodnocení	„Jsem k ničemu, jen tady ležím.“	Pacient se stále podceňuje, má pocit, že je celému personálu a všem z rodiny jen přítěží. Cítí se méněcenný.
Vnímání zdraví	„Vím, že mám tu mrtvičku.“	Při otázce, zda pacient ví, co se stalo, jakou nemocí byl on a jeho rodina zasažena, se rozbrečel. Ví, o jaké onemocnění se jedná.
Vnímání zdravotního stavu	„Vím, že už to nebude jako dřív. Sám neudělám nic.“	Pacient si uvědomuje svůj zdravotní stav, ví, že nebude moci žít už plnohodnotný život, jako před postihnutím nemocí.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Co víc říct...“	Pacient si uvědomuje závažnost onemocnění. Pořád opakuje, že už nebude nikdy, jako dřív

		a také, že je jen lidem na obtíž. Od postihnutí tohoto onemocnění manželka dodává, že manželovo chování se změnilo, je smutný, není to on.
Reakce na hospitalizaci	„Chci být doma.“	Pacient, chce být doma se svou ženou, hospitalizaci nenesení příliš dobře. Jeho smutná a depresivní nálada je každým dnem horší. Pacient byl přijat především pro pokračování rehabilitace, aby jeho manželka zvládala péči sama. Odloučení od manželky prožívá velmi emotivně, ačkoliv jeho žena dochází každý den na návštěvy.
Adaptace na onemocnění	„Nevím.“	Se svou nemocí se nechce smířit, je pro něj velmi těžké připustit si, že je odkázán na péči druhé osoby. Celá tato situace je pro něj velmi depresivní.
Projevy jistoty a nejistoty	„Doma už nikdy nebudu.“	Pacient je přesvědčen o tom, že domů už se nedostane. Bojí se, co s ním dále bude a jestli její, žena v jiném zařízení

		bude navštěvovat, jako dopsud.
Zkušenosti z předcházejících zkušeností	„Byl jsem jen s nohou, ale to už je dávno.“	S předcházející hospitalizace nemá negativní zkušenosti. Manželka doplnila, že manžel v nemocnicích neležel, pouze s operací šlachy. Hospitalizaci však nenesl nějak negativisticky, vždy byl optimista.

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

*Ordinovaná vyšetření:* Lékařem je ordinováno psychiatrické konzilium.

Konzervativní léčba:

Dieta: 1G kašovitá geriatrická, Enterální výživa podávaná bolusově, dle ordinace lékaře

Pohybový režim: klid na lůžku, zvýšený dohled, pravidelné polohování

Rehabilitace: Přes týden dochází pravidelně fyzioterapeutka, která s pacientem cvičí chůzi pomocí chodítka, jemnou motoriku a nacvičuje sebeobsluhu. V rámci víkendu zajišťuje rehabilitaci všeobecná sestra formou polohování, vysazováním pacienta do křesla a posazování s nohama z postele.

Výživa: Enterální výživa ISOSORCE STANDARD s rozpisem 120 ml v 10 dávkách za 24h s přísunem tekutin 110 ml v 10 dávkách za 24 hodin s noční pauzou. Snaha zachovat příjem per os s dietou 1G – kašovitá geriatrická.

Medikamentózní léčba:

**Tabulka 5 – Medikace při hospitalizaci na NLP**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Novalgin	TBL	500mg	1-1-1	analgetikum
Apo- Atorvastatin	TBL	20 mg	0-0-1	hypolipidemika
Prestarium Neo	TBL	5 mg	1-0-0	angiotenzin
Trombex	TBL	75 mg	0-1-0	fibrinolytika
Depakine Chrono	TBL	500 mg	1-0-1	antiepileptika
Apo-Panto	TBL	20 mg	1-0-0 (nalačno)	antiulcerotikum
Sertralin	TBL	100 mg	1-0-0	antidepresiva
Fraxiparine	S. c.	0,3 ml	21:00 hod	antifibrinolytika
Duphalac	Sol.	20 ml	1-3xdenně s cílem jedné stolice/ den	laxantia

Chirurgická léčba: NE

### SITUAČNÍ ANALÝZA

Posouzení celkového stavu a sepsání situační analýzy proběhlo ke dni 15. 2. 2017 po celkovém zhoršení stavu nemocného. 83 letý pacient při vědomí, občasná zmatenost, fyziologické hodnoty v normě. Nyní spolupráce velmi omezená, pacient je denně pasivně polohován v pravidelných intervalech minimálně co 2 hodiny. Při rozhovoru se snaží otáčet hlavu na druhou stranu, aby rozhovor nepokračoval. Uzavřel se do sebe. Nesnaží se odpovídat celou větou, volí pouze jednoduchá slova. Stravu odmítá, je proto vyživován bolusově plnými dávkami enterální výživy dle rozpisu od nutričního terapeuta. Okolí PEG sondy klidné, krytí neprosakuje, sonda funkční. Vylučování do močové láhve již nezvládá, proto nasazeny inkontinentní pleny. Rehabilitační cvičení odmítá, sebeobsahu nezvládá. Logopedické cvičení taktéž odmítá, komunikace

velmi omezená, při rozhovoru plačtivý a pesimistický. Plně odkázán na péči zdravotnického personálu.



## **OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY**

Zhoršená regulace nálady (00241)

Porušené polykání (00103)

Zácpa (00011)

Chronická bolest (00133)

Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu (00002)

Reflexní inkontinence moče (00018)

Inkontinence stolice (00014)

Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)

Zhoršená schopnost přemístování se (00090)

Deficit sebepěče při koupání (00108)

Deficit sebepěče při oblékání (00109)

Deficit sebepěče při stravování (00102)

Deficit sebepěče při vyprazdňování (00110)

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Chronická zmatenost (00129)

Sociální izolace (00053)

Riziko dekubitu (00249)

Riziko pádu (00155)

Riziko aspirace (00039)

## 4 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA TAXONOMIE II

Tabulka 6 – Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 1

<p>Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 1</p> <p><b>Zhoršená regulace nálady (00241)</b> – v souvislosti se sociální izolací projevující se uzavřením se do sebe.</p> <p><b>Doména 9:</b> Zvládání/tolerance zátěže</p> <p><b>Třída 2:</b> Reakce na zvládání zátěže</p> <p><b>Definice:</b> <i>Duševní stav vyznačující se změnami nálad nebo afektů, který obsahuje soubor afektivních, kognitivních, somatických a/nebo fyziologických projevů od mírných po závažné.</i></p> <p><b>Určující znaky:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Změna verbálního projevu</li><li>- Nadměrné sebeuvědomování</li><li>- Beznaděj</li><li>- Ovlivněná sebeúcta</li><li>- Smutek</li><li>- Uzavření se do sebe</li></ul> <p><b>Související faktory:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- změna chuti k jídlu</li><li>- osamělost</li><li>- sociální izolace</li></ul>
<p><b>Cíl dlouhodobý:</b> U pacienta dojde ke zmírnění depresí a zlepšení nálady do 10 dní od podání prvních antidepresiv.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>

**Očekávané výsledky:**

- pacient bude pravidelně užívat antidepresiva (ihned od napsání ordinace lékaře)
- pacient nemá depresivní náladu (do 10 dní)
- pacient se znovu zapojí do rehabilitačního programu (do 10 dní)
- pacient bude znovu tvořit alespoň poloviční věty (do 10 dní)
- pacient začne znovu přejímat stravu PER OS (do 1 týdne)
- pacient bude znovu částečně soběstačný a nebude odkázán plně na pomoc zdravotnického personálu (do 14 dní)
- pacient bude mít pozitivní myšlení a nebude uzavřen do sebe (do 14 dní od podání antidepresiv)
- pacient bude chápat nutnost hospitalizace a nebude pociťovat sociální izolaci (do 10 dní od podání antidepresiv)

**Ošetrovatelské intervence**

- Zajisti konzultaci s psychiatrem (všeobecná sestra)
- Aktivně naslouchej pacientovi (všeobecná sestra)
- Podávej pravidelně v předepsaném dávkování antidepresiva (všeobecná sestra)
- Sleduj účinek antidepresiv (všeobecná sestra)
- Zapojuj pacienta do denních aktivit alespoň 3 krát denně (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Cvič s pacientem slovní zásobu a artikulaci slov (alespoň 10 minut, 3x denně) (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Zapojuj pacienta do nácviku sebeobsluhy, ved' pacienta k soběstačnosti (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Zkoušej podávat stravu pacientovi PER OS a následně zapisuj množství

podané stravy (všeobecná sestra)

- Cvič společně s fyzioterapeutem a pacientem cviky dle rehabilitačního plánu (všeobecná sestra)
- Zapoj rodinu aktivně do léčebného programu (všeobecná sestra)

### **Realizace:**

Po konzultaci s ošetřujícím lékařem jsem objednala psychiatrické konzilium. Pravidelně jsem podávala medikaci v předem rozepsaných intervalech. Pozorovala jsem změny nálad a účinnost medikace. Pacienta jsem zapojovala 3x denně do aktivit po dobu 12 ti hodinové směny. Cvičili jsme slovní zásobu, psaní slov na papír po dobu 10 minut 3x denně, také přizvala dobrovolníky z Adry s programem pro pacienty. Návčik sebeobsluhy jsem s pacientem prováděla při ranních a odpoledních hygienách. Následně jsem opakovaně pacientovi vysvětlovala, jak využívat močovou láhev. Společně s fyzioterapeutem a pacientem cvičím již dříve naučené cviky k sebeobsluze. Stravu per os jsem pacientovi podávala 5x denně a následně zapisovala do nutričního deníku množství sněžené stravy. V neposlední řadě jsem k rozhovoru přizvala manželku a dcery, kdy jsme společně pacientovi vysvětlovali nutnost hospitalizace. Manželka i dcery se aktivně zapojily do léčebného programu, manželka navštěvuje i nadále svého manžela každý den pravidelně. Je pacientovou oporou a snaží se jej aktivně pobízet k pozitivnímu myšlení.

### **Hodnocení po 14 dnech:**

- Po pravidelném užívání medikace došlo k výraznému zlepšení nálady
- Pacient znovu spolupracuje, snaží se zapojovat do léčby, cvičí pravidelně s logopedkou a také se zapojil do rehabilitačního plánu
- Stravu PER OS jí v malých dávkách, proto nadále dokrmován bolusově enterální výživou, ne však plnými dávkami, pouze poloviční dávkou dle příjmu stravy PER OS
- Sebeobsluhu pacient stále trénuje, je však více aktivní, než před podáním antidepressiv
- Komunikace s pacientem je zlepšena, však některá slova zapomíná

- Po opakovaných rozhovorech s manželkou, pacient chápe důvod své hospitalizace

**Cíl:** Cíl byl splněn, nadále v intervencích pokračuje celý ošetrovatelský personál.

### **Tabulka 7 – Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 2**

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 2

**Porušené polykání (00103)** – v souvislosti s neurologickým poškozením mozku (CMP) projevující se kašlem a dušením před polknutím.

**Doména 2 :** Výživa

**Třída 1:** Příjem potravy

**Definice:** *Abnormální funkce polykacího mechanismu spojená s poruchami stavby nebo funkce ústní dutiny, nosohltanu či jícnu.*

**Určující znaky:**

- Dušení před polknutím
- Kašel před polknutím
- Pomalé polykání po kouscích
- Pomalá konzumace jídla

**Související faktory:**

- Výživa sondou v anamnéze (PEG)
- Poškození mozku (neurologické poškození, CMP)
- Neurologické problémy

**Cíl dlouhodobý:** Pacient bude přijímat stravu ústy bez zakašlávání a dávení po celou dobu jeho hospitalizace.

**Priorita:** vysoká

**Očekávané výsledky:**

- Pacient bude přijímat stravu převážně ústy (do 1 týdne po zbytek celé hospitalizace)
- Pacient se nebude zakašlávat a dusit při jídle (ihned po zahuštění stravy)
- Pacient bude přijímat vyváženou stravu vhodnou pro jeho organismus (od prvního dne přijetí po dobu celé hospitalizace)
- Pacient bude přijímat vhodně zvolenou stravu (od prvního dne hospitalizace po ukončení)
- Pacient bude využívat speciální zahušťovadla stravy a tekutin (ihned od přijetí po ukončení hospitalizace)
- Pacient nebude ztrácet na hmotnosti své váhy (po dobu celé hospitalizace)

**Ošetrovatelské intervence:**

- Ulož pacienta do vhodné zvýšené polohy k jídlu (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Zajisti konzultaci s logopedem a nutričním terapeutem (všeobecná sestra)
- Po konzultaci s lékařem zvaž vhodný výběr diety (všeobecná sestra)
- Dopřej pacientovi klid a potřebný čas při konzumaci jídla (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Zahusti stravu a tekutiny zahušťovadlem (všeobecná sestra)
- Zapisuj množství konzumované potravy do nutričního deníku a veď bilanci tekutin (všeobecná sestra)
- V případě malých porcí zajisti stravu bolusově enterální výživou předem rozepsanou nutričním terapeutem (všeobecná sestra)
- Po každém jídle vyčisti důkladně dutinu ústní (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Měř pravidelně 1x týdně každý pátek obvod paže a změny hlas lékaři (všeobecná sestra)

**Realizace:**

Po logopedickém vyšetření bylo rozhodnuto, že pacient je schopen přijímat stravu per os pomocí zahušťovadel. Po nutriční konzultaci a následné konzultaci s lékařem jsem objednala stravu 1G. Založila nutriční deník a následně bilanční záznam. Pacient byl před každým jídlem vysazován do zvýšené polohy. Pacientovi jsem dopřála čas, který potřeboval ke konzumaci jídla. Každou stravu a veškeré tekutiny jsem zahustila 2-3 odměrkami zahušťovadla. Veškeré množství jsem zapsala do nutričního deníku a sledovala bilanci příjmu tekutin. Při nedostatečné porci jsem pacienta bolusově pokryla enterální stravou dle rozpisu od nutričního terapeuta. Pravidelně po každém jídle jsem důkladně vyčistila dutinu ústní. Při realizaci ošetrovatelského problému jsem změřila obvod levé paže, obvod byl stejný jako při přijetí 23,5 cm. Po týdenním zhodnocení jsem opět změřila obvod téže paže, stav byl stejný.

**Hodnocení po týdnu:**

- Pacient zvládá přijímat stravu ústy, sní alespoň polovinu porce
- Pacient se po zahuštění stravy a tekutin zakašlává minimálně
- Pacientovi byla správně zvolena strava 1G, kterou toleruje
- Je nutričně a energeticky pokryt celý organismus
- Pacient neztratil na váze (objemu)
- Nedošlo k aspiraci

**Cíl:** Cíl byl splněn, nadále v intervencích pokračuje celý ošetrovatelský personál do ukončení hospitalizace.

**Tabulka 8 – Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 3**

<p>Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 3</p> <p><b>Zácpa (00011)</b> – v souvislosti s nepravidelnými defekačními návyky projevující se bolestmi břicha.</p> <p><b>Doména 3:</b> Vylučování a výměna</p> <p><b>Třída 2:</b> Funkce gastrointestinálního systému</p> <p><b>Definice:</b> <i>Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným či nekompletním odchodem stolice nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice.</i></p> <p><b>Určující znaky:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bolest břicha</li><li>- Změna ve vzorci vyprazdňování</li><li>- Snížená frekvence stolice</li><li>- Vzedmuté břicho</li><li>- Tvrdá, formovaná stolice</li><li>- Poklepem zjištěný tupý zvuk v břiše</li><li>- Plnost rektu</li></ul> <p><b>Související faktory:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nepravidelné defekační návyky</li><li>- Snížená motilita gastrointestinálního tlaku</li><li>- Změna ve stravovacích návycích</li><li>- Deprese</li></ul>
<p><b>Cíl krátkodobý:</b> Pacient se vyprázdní do 2 hodin od podání laxativ.</p> <p><b>Cíl dlouhodobý:</b> Pacient bude mít pravidelné vyprázdnění stolice alespoň 1x denně.</p> <p><b>Priorita:</b> střední</p>
<p><b>Očekávané výsledky:</b></p>



- Pacient bude mít pravidelné vyprazdňování stolice alespoň 1 x denně
- Pacient nebude mít bolesti břicha (ihned po vyprázdnění do 2 hodin od podání laxativ)
- Peristaltika bude dobře slyšitelná, břicho pokleповě nebude citlivé (do 2 hodin od podání laxativ po dobu celé hospitalizace)
- Ampule rekta bude vyprázdněná (do 2 hodin od podání laxativ)
- Stolice bude měkké konzistence (při pravidelném podávání laxativ po dobu hospitalizace)
- Pacient bude přijímat dostatek tekutin alespoň 1500 až 2000 l denně a stravu bohatou na vlákninu (od přijetí po celou dobu hospitalizace)
- Pacient zvýší pohybovou aktivitu pro zlepšení průchodnosti střev (od přijetí po celou dobu hospitalizace)
- Pacient bude mít dostatek soukromí při defekaci

**Ošetrovatelské intervence:**

- Pravidelně podávej laxativa dle ordinace lékaře (všeobecná sestra)
- Sleduj počet, množství, barvu a zápach stolice (všeobecná sestra)
- Pravidelně zapisuj počet stolic do dokumentace (všeobecná sestra)
- Prováděj pravidelnou hygienu v oblasti genitálu a konečníku (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Sleduj bolestivost břicha, postavení dutiny břišní (všeobecná sestra)
- Sleduj a zapisuj množství tekutin za 24hodin, ved' bilanční záznam (všeobecná sestra)
- Edukuj pacienta a rodinu o důležitosti pestré stravy s obsahem vlákniny (všeobecná sestra)
- Aktivizuj pacienta k pravidelnému pohybu pomocí naučených cviků (všeobecná sestra)
- Zajisti dostatek soukromí při defekaci (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)

**Realizace:**

Pravidelně jsem podávala laxativa dle ordinace lékaře, sledovala jsem počet, množství, barvu a zápach stolice. Pravidelně jsem zapisovala stolicí do dokumentace. Po každém vyprázdnění jsem provedla řádnou hygienu v oblasti genitálu a konečníku. Sledovala jsem nejen mimické projevy, ale také jsem se ptala na bolestivost břicha. Vedla jsem bilanci tekutin, následně jsem edukovala nejen pacienta, ale také rodinu o vhodnosti volby stravy. Při každé defekaci jsem opatřila postel plentou. Pacienta jsem aktivizovala a cvičila s ním cviky a chůzi alespoň po chodbě s chodítkem naučené fyzioterapeutem pro udržení aktivity a následného zlepšení motility střev.

**Hodnocení po 2 hodinách:**

- K vyprázdnění stolice došlo do 1 hodiny od podání laxativ dle ordinace lékaře
- Po vyprázdnění pacient udává úlevu, břicho jej nebolí, břicho je v úrovni hrudníku, ampule rekta je prázdná
- První stolice stále tvrdá, následně stolice již měkké konzistence
- Hodnocení dlouhodobého cíle po týdnu: pacient má pravidelnou stolicí alespoň 1x za den po pravidelném užívání laxativ
- Pacient i rodina jsou edukováni o vhodnosti stravy při zácpě

**Cíl:** Oba cíle byly splněny, nadále v intervencích pokračuje celý ošetrovatelský personál do ukončení hospitalizace.

**Tabulka 9 – Potenciální ošetrovatelská diagnóza č. 4**

Potenciální ošetrovatelská diagnóza č. 4

**Riziko dekubitu (00249)** – v souvislosti s cévní mozkovou příhodou v anamnéze.

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

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

**Rizikové faktory:**

- Snížená mobilita
- Cévní mozková příhoda v anamnéze
- Inkontinence
- Farmaka (antidepresiva)
- Fyzická imobilizace
- Deficit sebepěče

**Cíl dlouhodobý:** U pacienta nevznikne dekubit po dobu celé hospitalizace.

**Priorita:** střední

**Očekávané výsledky:**

- U pacienta nevznikne dekubit, nemá porušenou kožní integritu, kůži má čistou (po celou dobu hospitalizace)
- Pacient je veden k soběstačnosti (od prvního dne po ukončení hospitalizace)
- Pacient nejeví známky dehydratace (kožní turgor, stav sliznic) (po celou dobu hospitalizace)
- Pacient se aktivně podílí na ošetřování (po celou dobu hospitalizace)

**Ošetrovatelské intervence:**

- Proved' zhodnocení rizika vzniků dekubitů podle stupnice dle Nortonové (všeobecná sestra)
- Zhodnot' stav výživy (všeobecná sestra)
- Pravidelně polohuj, paciente přes den minimálně co 2 hodiny v noci co 3 hodiny (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Využij mikropolohování (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Zajisti dostatečný příjem tekutin alespoň 1500-2000 ml za 24h (všeobecná

sestra, pomocný zdravotnický personál)

- Udržuj kůži pacienta čistou a suchou (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Udržuj lůžko v čistotě a suchu (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Prováděj pravidelné kontroly predilekčních míst každé 2 hodiny u polohování (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Využívej antidekubitní polohovací pomůcky (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Aktivizuj nemocného (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)
- Chval pacienta za každý projev snahy a pokrok (všeobecná sestra, pomocný zdravotnický personál)

#### **Realizace:**

Při přijetí pacienta a každých 14 dní jsem provedla přehodnocení rizik vzniků dekubitů a nutrice. Po sečtení bodů na škále vyšlo celkem 14 bodů-vysoké riziko dekubitů. Pacienta jsem pravidelně s pomocí ošetrovatelského personálu polohovala co 2 hodiny přes den, v noci každé 3 hodiny. Využívala jsem změny polohy také při mikropolohování. Po celou dobu hospitalizace je veden bilanční záznam, pacientův příjem je 2000 ml za 24 hodin. Kůži pacienta jsem udržovala v čistotě a suchou, pravidelně promazávala krémy pro hydrataci pokožky. Pacienta jsem aktivizovala a pobízela ke spolupráci. Při jeho pokrocích jsem jej pochválila a snažila se jej nadále motivovat.

#### **Hodnocení:**

- U pacienta nevznikl po dobu celé hospitalizace dekubit, celistvost kůže nepoškozená.

## CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE

Pacient byl přijat 3. 1. 2017 na Následnou lůžkovou péči z Rehabilitačního oddělení pro pokračování rehabilitačního programu. Po postihnutí touto nemocí byl pacient přijatý nejprve na neurologické oddělení, následně pro zlepšení stavu na rehabilitační oddělení pro pravidelnou rehabilitaci a zlepšení tak sebeobsluhy. Při přijetí na NLP byl pacient velmi optimistický a snaživý, zvládal rehabilitační program, jehož náplní bylo dopomáhání při polohování, nácvik sedu na lůžku, vertikalizace, sebeobsluhy v rámci postele, chůze s chodítkem. Pravidelně 4x týdně cvičil slovní zásobu s logopedkou, kdy zvládal a snažil se tvořit věty, psát věci na papír. Pacient při příjmu při vědomí, se smíšenou afázií-komunikace složitá, však lze se s pacientem domluvit ústně pomocí papíru a tužky. Přijatý se zavedenou PEG sondou z důvodu dysfagických potíží. Při příjmu byly změřeny fyziologické funkce, proveden sběr ošetřovatelské anamnézy, seznámení s nemocničním řádem, s právy pacientů, chodem nemocnice. Byl také seznámen s ošetřujícím lékařem a zdravotnickým personálem.

Z důvodu dlouhodobé hospitalizace pacient začal mít depresivní ladění, nic jej nebavilo, odmítal stravu, zrušil rehabilitační cvičení a také logopedické cvičení. Přestal komunikovat s manželkou, kterou z návštěv odháněl a chtěl být o samotě.

U pacienta bylo stanoveno několik ošetřovatelských diagnóz, jejichž cílů bylo dosaženo. Po psychiatrickém konziliu a následném nasazení antidepresiv došlo opět k výraznému zlepšení pacientova stavu. Na věci se začal dívat zase optimisticky, snažil se zapojovat do ošetřovatelských aktivit a napomáhat tak personálu. Byl motivován také svou manželkou, která byla ochotná si manžela vzít do domácí péče a starat se o něj. Manželka má dostatek informací o nemoci a také současném stavu manžela. Po ukončení 3 měsíců se podařilo pacienta propustit do domácího léčení, kdy se o veškerou péči stará manželka a napomáhají občas obě dcery. Manželce byly nabídnuty kontakty pro různé agentury domácí péče.

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Na základě získaných informací a vědomostí po dobu tvorby mé bakalářské práce ať už při čtení odborné literatury, získání vědomostí během studia nebo v rámci působení mé praxe na Následné lůžkové péči ve Vítkovické nemocnici bych chtěla zmínit obecná doporučení pro samotné pacienty, jejich rodinu a také pro všeobecné sestry. V dnešní době je důležité se neustále vzdělávat a přinášet do praxe nové poznatky.

### **Doporučení pro pacienty:**

- Dodržujte pravidelné kontroly u svého lékaře
- Dodržujte pravidelné užívání předepsaných léků od vašeho lékaře
- Dodržujte optimální životosprávu
- Dodržujte léčebný režim
- Vyhněte se alkoholickým a tabákovým výrobkům
- Hlídejte si svou váhu a hodnoty krevního tlaku

### **Doporučení pro rodinu:**

- Buďte nemocnému jeho oporou
- Nebojte se vyhledat pomoc u různých agentur domácí péče
- Myslete pozitivně
- Ved'te nemocného i sebe ke zdravému životnímu stylu
- Nebojte se zeptat ošetřujícího personálu na dotazy, které máte

### **Doporučení pro všeobecné sestry:**

- Nepřestávejte se nadále vzdělávat a obohacovat své dosavadní vědomosti

- Plně spolupracujte a vytvářejte multidisciplinární tým
- Buďte pacientovou oporou, snažte se vytvořit společný vztah
- Snažte se získat pacientovu důvěru, také důvěru rodinných příslušníků
- Správně a pečlivě edukujte pacienta i jeho rodinu a následně si ověřte zpětnou vazbu, zda pacient i rodina porozuměli Vašemu sdělení
- Sud'te trpěliví, mějte empatický a individuální přístup ke každému pacientovi
- Vyzvěte pacienta i jeho rodinu k aktivní spolupráci

Je potřeba si uvědomit, že cévní mozková příhoda je nemoc, která postihuje populaci čím dál častěji v mladším věku. Důležitou roli v našem životě hraje především prevence, díky které můžeme této i mnoha dalším nemocem předcházet. Cévní mozková příhoda nezasáhne samotného pacienta, ale také jeho rodinu. Ať už emocionálně nebo ekonomicky. V těchto případech by rodinní příslušníci neměli váhat a vyhledat odbornou psychologickou pomoc nebo využít mnoha dnes nabízených domácích péčí.

## ZÁVĚR

Cévní mozková příhoda představuje vážnou problematiku, která postihuje stále častěji mladší populaci lidí. Toto onemocnění je náročné, jak pro samotného pacienta, jeho rodinu, tak pro celý ošetřující personál. Avšak díky moderní technologii a samotným vývojem léčby dopředu, je možné toto onemocnění podchytit včas či zapojit nemocného alespoň částečně znovu do života. Je důležité, aby se zdravotnický personál snažil předcházet možným komplikacím již od začátku léčby. Důležitou roli zde hraje čas, ale hlavně samotná prevence a zdravý životní styl (SEIDL, 2015).

Pro tvorbu bakalářské práce jsem si vybrala tohoto pacienta z důvodu, že byl přijat s velmi pozitivním pohledem na celkové onemocnění, během krátké doby došlo ke změně psychiky a pohledu pacienta na situaci. V závěru došlo ke zlepšení stavu a splnění pacientova přání, dostat se zpět domů ke své manželce. Bylo chvályhodné sledovat manželku, která stála při svém manželovi v době nemoci a navštěvovala ho každý den i přesto, že ji opakovaně odmítal.

Hlavním cílem teoretické části bakalářské práce bylo přiblížit základní informace o onemocnění a zaměřit se na specifika ošetrovatelské péče u nemocného s touto problematikou. Rozebrala jsem charakteristiku onemocnění, jednotlivá rozdělení CMP, rizikové faktory, příznaky CMP, diagnostiku, léčebná opatření, prevenci a v neposlední řadě možná rizika spojená s daným onemocněním. Druhá část teoretická se věnovala podrobnému rozboru specifiky ošetrovatelské péče u pacienta po cévní mozkové příhodě.

Praktickou část práce tvoří kazuistika pacienta, kterého toto onemocnění postihlo. Za nejdůležitější diagnózou byla považována zhoršená regulace nálady, která měla vliv na celkové zhoršení stavu pacienta.

V závěru práce bylo shrnuto celkové zhodnocení péče a doporučení pro praxi.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ALWAY, D., J. WALDEN COLE, 2009. *Stroke essentials for primary care: A practical Guide*. First edition. New York: Library of Congress Control. ISBN 978-1-934115-01-5.
- ESSELSTYN, C. B., 2014. *Essen gegen Herzinfarkt: Das revolutionäre Ernährungskonzept: A practical Guide*. Das Erste Ausgabe. Stuttgart: Verlag. ISBN 3830469098.
- FEIGIN, Dr Valery., 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.
- HERZIG, R., 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody*. První vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-148-6.
- HUTYRA, M., ŠAŇÁK, D., BÁRTKOVÁ, A., TÁBORSKÝ, M., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3816-1.
- JEDLIČKA, P., KELLER, O., 2005. *Speciální neurologie*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 9788072623129.
- KALITA, Z., 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé*. První vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2093-0.
- KAŇOVSKÝ, P., a HERZIG, R., 2007. *Speciální neurologie*. První vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-1664-9.
- KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2835-3.
- KELNAROVÁ, J., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 2. ročník - 1. díl: 2., přepracované a doplněné vydání*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5331-7.
- KLUSOŇOVÁ, E. a J. PITNEROVÁ, 2014. *Rehabilitační ošetrování klientů s těžkými poruchami hybnosti: Určeno zdravotním sestřám a pečujícím o TZP klienty*. Třetí upravené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Vinařská 6. ISBN 978-80-7013-567-9
- KÖLBEL, F., J. HRADEC a kol., 2011. *Praktická kardiologie*. První vydání. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN ISBN: 978-80-246-1962-0.
- KUDLOVÁ, P., T. HEATHER a S. KAMITSURU, ed., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. Desáté vydání. Praha: Garada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M., 2015. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-225-1.

MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ, M. ZAJÍČKOVÁ. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. První aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1442-6

MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2043-2.

MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3872-7.

NEVŠÍMALOVÁ, S., E. RŮŽIČKA, J. TICHÝ a kol., 2005. *Neurologie*. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 80-246-0502-3.

SEIDL, Z., J. OBENBERGER, 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024706238.

SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi: 2., přepracované a doplněné vydání*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5247-1.

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4414-8.

SCHULER, M., P. OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3013-4.

SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I: Interna*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2471775-3.

STUHLÍKOVÁ, K., 2013. *Změna kvality života pacientů po cévní mozkové příhodě*. Trenčín. Diplomová práce. TRENČIANSKA UNIVERZITA ALEXANDRA DUBČEKA V TRENČÍNE FAKULTA ZDRAVOTNICTVÍ. Vedoucí práce PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

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

ŠEBLOVÁ, J., J. KNOR a kol., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠECLOVÁ, S., 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0592-3.

ŠPINAR, J., J. VÍTOVEC a kol., 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. První vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1822-4.

VOKURKA, M. a J. HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

(Jak pečovat o PEG a výživovou sondu, aby ony pečovaly o Vás)., 2007. *Jak pečovat o PEG a výživovou sondu, aby ony pečovaly o Vás: Domácí nutriční péče*. První vydání. Praha: Nutricia clinical. ISBN 978-80-239-9593-0.

*Příručka pro osoby s potížemi při polykání a jejich pečovatele: Nestlé Health Science-Dysfagie. Praha, 2013.*

# PŘÍLOHY

Příloha A – Rešeržní protokol.....	I
Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bak. práce .....	II
Příloha C – Čestné prohlášení.....	III

**Moravskoslezská  
vědecká knihovna  
v Ostravě**

**Číslo rešerše:** 8069  
**Název rešerše:** Ošetrovatelský proces u klienta po cévní mozkové příhodě  
**Jazykové omezení:** čeština, slovenština, němčina  
**Časové omezení:** 2006-2016  
**Klíčová slova:** cévní mozková příhoda, ošetrovatelský proces, léčba logopedie, perkutánní endoskopická gastrostomie, rehabilitace

**Zpracovala:** PhDr. Věra Svozilová

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů.  
U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz [http://aleph.nkp.cz/F/CA5179113RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8F15M2HDAI-18714?func=file&file\\_name=find-b&local\\_base=SKC](http://aleph.nkp.cz/F/CA5179113RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8F15M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC) Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).  
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

[www.svkos.cz](http://www.svkos.cz)

Prispěvková organizace  
Moravskoslezského kraje

Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bak. práce

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	Šlachtová Christiana, DiS	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VS2
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta po cévní mozkové příhodě	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Následná lůžková péče, Vítkovická nemocnice, člen skupiny AGEL	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Jana Toufarová	
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	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

PhDr. Jana Toufarová

Vítkovická nemocnice a.s.  
Člen skupiny AGEL  
Dc. Xenie Gasparová  
manažerka pro ošetrovatelskou péči  
Zalužanského 1192/15  
703 84 Ostrava - Vítkovice  
Tel.: 595 633 085/3024

V.....  
dne 13.2.2019..

podpis studenta

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta 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