

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

**Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní
mozkovou příhodou**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jana Vostatková

Praha 2017

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

**Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní
mozkovou příhodou**

Bakalářská práce

Jana Vostatková

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2017



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

Vostatková Jana
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

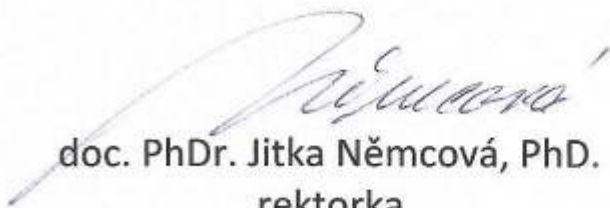
Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní
mozkovou příhodou

Coprehensive Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská

V Praze dne: 1. 11. 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

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce, paní PhDr. Janě Hlinovské, PhD., za vedení bakalářské práce, její vstřícnost, ochotu a cenné rady, které pro mě byly pro tvorbu bakalářské práce neocenitelné.

ABSTRAKT

Vostatková, Jana. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2017. 58 s.

Pro zpracování bakalářské práce je zvoleno téma Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Obsahuje základní medicínské údaje o tomto onemocnění, popisuje klasifikaci ischemické cévní mozkové příhody, klinické projevy, zabývá se také rizikovými faktory, prevencí, diagnostikou, léčbou a možnými následky. Je zde také popsána specifická péče o pacienty po ischemické cévní mozkové příhodě. V praktické části je podrobně popsán ošetrovatelský proces u 74 letého pacienta. Pro sběr anamnestických dat a vyhodnocení informací je vybrán koncepční model Virginie Henderson. Po zjištění ošetrovatelských problémů jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle Taxonomie II NANDA International 2015-2017. Jsou stanoveny intervence, popsána realizace a zhodnocení péče. Cílem bakalářské práce je zmapování medicínské a ošetrovatelské problematiky ischemické cévní mozkové příhody. Výstupem bakalářské práce jsou vytvořené informační materiály pro pacienty a jejich rodinné příslušníky. Cíle se podařilo splnit.

Klíčová slova

Ischemická cévní mozková příhoda. Ošetrovatelská péče. Rekanalizační terapie.

ABSTRACT

Vostatková, Jana. *Comprehensive Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke*. Medical College of Nursing. Qualification level: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague. 2017. 58 s.

The theme of Comprehensive Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke is chosen for this bachelor thesis. The thesis itself contains basic medical information about this disease, it describes the classification of ischemic stroke, clinical manifestations, and it also deals with risk factors, prevention, diagnosis, treatment and possible consequences. The specific care for the patients after ischemic stroke is described here as well. In the practical part, the nursing care for a 74-year-old patient is described in detail. The conceptual model of Virginia Henderson was chosen to collect anamneses and to evaluate the information. After finding nursing problems, the nursing diagnoses according to Taxonomy II NANDA International 2015-2017 are set. The interventions are determined, the implementation and evaluation of care are described. The aim of this bachelor thesis is to chart the medical and nursing issues of ischemic stroke.

Key words

Ischemic stroke. Nursing care. Recanalization therapy.

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
1 Cévní mozková příhoda.....	14
1.1 Ischemické cévní mozkové příhody	14
1.2 Rozdělení ischemické cévní mozkové příhody (ICMP).....	15
1.3 Klinické projevy ischemické cévní mozkové příhody	16
1.4 Rizikové faktory ICMP.....	18
1.5 Prevence vzniku ICMP	21
1.6 Diagnostika ischemické cévní mozkové příhody	22
1.7 Přednemocniční a nemocniční péče.....	23
1.8 Specifická a obecná akutní terapie a subakutní terapie u pacientů s ICMP.....	24
1.9 Možné následky a kvalita života po ischemické cévní mozkové příhodě.....	26
2 Specifická péče o pacienta s ICMP	29
2.1 Biologické potřeby pacientů s ICMP	30
2.2 Psychické potřeby pacientů s ICMP	34
2.3 Sociální potřeby u pacientů s ICMP	34
2.4 Kulturní, duchovní a spirituální potřeby pacientů s ICMP.....	36
3 Ošetrovatelský proces u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou.....	37
ZÁVĚR	69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACI – arteriacarotis interna

ATB – antibiotikum

AH – arteriální hypertenze

CNS – centrální nervová soustava

CT – počítačová tomografie

CTA – CT angiografie

EKG - elektrokardiograf

FAST – Face ArmSpeech Test

FS – fibrilace síní

GUSS – GussingSwallowing green, test polykání

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

IAT – intraarteriální trombolýza

ICH – intrakraniální hemoragie

ICMP – ischemická cévní mozková příhoda

ICHS – ischemická choroba srdeční

IM – infarkt myokardu

INR – International Normalised Ratio (poměrné číslo protrombinového času pacienta k času kontrolní poolované plasmy, umocněné International Sensitivity Index

IVT – systémová intravenózní trombolýza

mmHG – milimetr rtuťového sloupce

MRI – magnetic resonance paging), zobrazovací metoda.

PCT – funkční vyšetření stavu mozkové perfuze

PMK – permanentní močový katetr

RIND – reverzibilní ischemický neurologický defekt

Rt - PA–rekombinační tkáňový aktivátor plasminogenu

SAH- subarachnoidální hemoragie

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TCCS – transkraniálně barevně kódovaná sonografie

USG - ultrasonografie

WHO - WorldHealthOrganization, Světová zdravotnická organizace SZO

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Agrafie - ztráta schopnosti psát při neporušené hybnosti ruky

Afázie - porucha tvorby a porozumění řeči

Akalkulie - ztráta schopnosti provádět jednoduché početní úkony

Alexie - ztráta schopnosti číst

Altepláza – antitrombotikum, fibrinolytikum

Anestézie - znecitlivění, ztráta vnímání dotyků, bolesti, tepelných změn apod.

Anozognosie – neschopnost uvědomit si vlastní nemoc, či dokonce popírání vlastní nemoci

Antiagregace - protidestičkové léky, látky snižující funkci trombocytů

Apraxie – neschopnost provádět kombinované pohyby navzdory zachovaným hybným elementárním schopnostem

Ataxie – nedostatek koordinace, nestabilita pohybu

Asomatognosie – vnímání vlastního těla

Bradykardie - zpomalení srdeční činnosti snížení srdeční frekvence pod 60 úderů za minutu

Diplopie – dvojité vidění

Dysatrie – motorická porucha jazyka nebo úst, měkkého patra, hltanu, hlasivek ztěžující srozumitelnost řeči

Dysfágie – porucha polykání

Dysfázie – porucha porozumění nebo tvorby řeči

Dyskalkulie – porucha v získávání početních schopností a v osvojování matematických úkonů

Dyslexie – potíže se čtením

Dyspraxie – neschopnost obratně a účelně provádět nacvičené volní pohyby, přestože výkon jednotlivých pohybů i síla jsou zachovány

Gyrifikace - členění povrchu mozku v závit

Hemibalismus – syndrom charakterizovaný prudkými mimovolními pohyby ve velkém rozsahu a intenzitě postihující jednu končetinu

Hemihystézie – hypestezie ½ těla včetně tváře

Hemiparéza – slabost jedné strany těla

Hemiplegie – plná ztráta hybnosti na jedné straně těla

Hemoragie – krvácení

Hypervaskularizace – zvýšená vaskularizace

Hypestezie – snížená citlivost na vnější smyslové podněty

Hypokineze – pohybová chudost, nedostatek volních i reflexních pohybů

Hypotonie – snížený tonus, někdy téže ve smyslu hypotenze

Intraarteriální – uvnitř tepny

Ischémie – nedostatek krevního průtoku tkání

Kognice – vyšší, mentální funkce zprostředkující chápání, myšlení, učení a využití paměti

Kontralaterální – druhostranný, ležící na opačné straně

Kvadruparéza – částečné ochrnutí, paréza všech čtyř končetin. Vzniká při poškození míchy v oblasti přechodu krčního úseku do úseku hrudního

Monoparéza – částečné ochrnutí jedné končetiny nebo svalu

Nozokominální – nemocniční

Paralýza – ochrnutí, obrna z nejrůznějších příčin onemocnění mozku, míchy, nervů, svalů

Paraventrikulární – vedle komor, vedle žaludku

Parestezie – abnormální pocity jako pálení, píchání, svědění, brnění, bez zjevné příčiny

Percepce – vnímání informací

Plegie – totální ochrnutí, paralýza jedné nebo více končetin

Screening- použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob v exponované populaci zdánlivě zdravých osob bez příznaků daného onemocnění

Triparéza – částečné ochrnutí, paréza tří končetin

Triplegie – úplné ochrnutí, plegie tří končetin

Trombektomie – chirurgické odstranění trombu

Trombolýza – proces rozpouštění krevní sraženiny, trombu

Vazospasmus -křečovitě zúžení cévy obvykle tepny

Vertikalizace – zaujetí vertikální polohy těla, postavení se

(VOKURKA a kol., 2009)

ÚVOD

Cévní mozkové příhody jsou již dlouhou dobu druhou až třetí příčinou úmrtí jak v rozvojových, tak ve většině vyspělých zemí včetně České republiky. Celosvětově postihuje CMP asi 15 milionů obyvatel ročně. Z toho 5 milionů obyvatel zemře. Téměř polovina obyvatel po CMP zůstává v různé míře nesoběstačných (ŠKOLOUDÍK, 2013). Dle KALITY (2010), i když toto onemocnění stoupá společně s věkem, stále častěji postihuje populaci středního, produktivního věku, ale i osoby mladší. Souvisí to s nedostatečnou prevencí i se špatným životním stylem.

Včasné rozpoznání příznaků cévní mozkové příhody a přivolání rychlé zdravotnické služby, může výrazně ovlivnit trvalé následky pacienta. Proto se tato práce snaží rozšířit povědomí o této nemoci nejen zdravotníkům, ale také pro široké veřejnosti. Ischemická cévní mozková příhoda nezasáhne pouze samotného pacienta, ale také zasáhne celou jeho rodinu. Spolupráce zdravotnického personálu a aktivní zapojování rodiny při léčbě a následné rehabilitaci jsou proto velice důležité. Toto téma je stále více aktuální, proto je vybráno pro bakalářskou práci.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku ICMP, symptomatologii, diagnostiku, léčbu v úrovni současného poznání.

Cíl 2: Definovat klíčové pojmy a teoretická východiska.

Cíl 3: Popsat specifika ošetrovatelské péče o pacienty s ICMP.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces u konkrétního pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou během hospitalizace na rehabilitačním oddělení.

Cíl 2: Stanovit doporučení pro praxi.

Cíl 3: Vytvořit informační materiály pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, které se zaměřují na správnou aplikaci Clexanu a na návrat domů po ischemické cévní mozkové příhodě.

Vstupní literatura

FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, c2007. ISBN 9788072624287.

HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2014. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 9788073453732.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta, 2010. Lékař a pacient. ISBN 9788020420930.

Popis rešeršní strategie

Pro bakalářskou práci s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou byly nejprve vyhledány odborné publikace. Tyto publikace byly vyhledávány v období od začátku září 2016 do konce listopadu 2016. Hlavními prameny pro čerpání byly katalogy knihoven systému Medvik, Bibliographia medica Čechoslovaca, Medline. Dále byly využity odborné časopisy Sestra a Florence.

V českém jazyce byla zvolena klíčová slova: Ischemická cévní mozková příhoda. Ošetrovatelská péče. Rekanalizační metody. V anglickém jazyce to byla tato slova: Ischemic stroke. Nursing care. Recanalization methods.

Vyhledávání bylo vymezeno na jazyk český a jazyk anglický. Časové období bylo stanoveno od roku 2006 až po současnost.

Pro zpracování bakalářské práce bylo využito celkem 41 zdrojů, z toho 6 zdrojů zahraničních.

1 Cévní mozková příhoda

Cévní mozková příhoda (CMP) je podle kritérií Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, WHO) definována jako rychle se rozvíjející klinické známky ložiskového, popřípadě difuzního mozkového postižení předpokládaného cévního původu, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti (ŠKOLOUDÍK, 2013, s. 17).

Odezní-li symptomy kompletně do 24 hodin, hovoříme o tranzitorní ischemické atace (HUTYRA, 2011).

Akutní cévní mozkové příhody se dělí na tři typy. Ischemické cévní mozkové příhody se vyskytují zhruba v 80%. Hemoragické cévní mozkové příhody se dále dělí na intracerebrální hemoragii (ICH), která se objevuje v 15% a na subarachnoidální hemoragii (SAH) s výskytem 5% (KALITA, 2010).

CMP jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí jak v rozvojových, tak v rozvinutých zemích a podle odhadů WHO tak bude i v roce 2020. Celosvětově vedou cévní mozkové příhody k více než 5 milionům úmrtí za rok, což představuje asi 10 % všech úmrtí (Ševčík, 2014).

1.1 Ischemické cévní mozkové příhody

Ischemické cévní mozkové příhody jsou zastoupeny v největší míře výskytu. Vznikají náhlou cévní poruchou, která je způsobena špatným prokrvením v odpovídající oblasti mozku (KALITA, 2010). Častým mechanismem je stenóza nebo úplný uzávěr intrakraniální tepny většinou v důsledku embolizace. Zdrojem embolizace bývá často krční tepna, aortální oblouk nebo srdce. Velice nepříznivým stavem je nekróza (PAULASOVÁ SCHVABOVÁ in SOUČEK, 2016). Mozek je nejnáročnější tkání, která spotřebuje až 20% veškerého kyslíku, který se dostává do lidského organismu (PFEIFFER, 2007). Pokud se zablokuje céva, která přivádí krev do mozku, nedostane příslušná část mozku dostatečnou dávku kyslíku a glukózy, což je pro jeho správnou funkci nezbytné. Tato deprivace krevního řečiště a strádání nedostatkem neokysličené krve se nazývá ischemie. V případě pouze přechodné překážky v cévě, kdy se tok krve

včas obnoví, nazýváme tento stav tranzitorní ischemická ataka. Nejčastěji bývá překážka v jedné z arteriálních větví. Může se jednat o trombus (krevní sraženinu) nebo embolus (vmetek). Dle hodnoty krevního tlaku je nejčastější příčinou mozkového iktu vmetek pocházející z arteriální stěny (SPENCE, 2008).

Vmetek pocházející ze srdce postihuje nejčastěji pacienty s fibrilací síní, postižením srdečních chlopní nebo po prodělaných srdečních operacích. Zánětlivé a infekční choroby jsou zodpovědné za 5 -10 % ischemických mozkových příhod postihujících převážně mladé lidi (FEIGIN, 2007). AMBLER (2011) uvádí, že vzácně přicházejí v úvahu i paradoxní embolizace ze žilního systému (při foramen ovale apertum). K manifestaci dochází náhle, během sekund, většinou při fyzické aktivitě.

Náhlý uzávěr a. carotis interna často končí smrtí. V případě přežití pacienta, je bohužel jeho stav spojený s těžkou invaliditou. Při uzávěru a. ophtalmica dochází k trvalé ztrátě zraku u postiženého oka. V případě postižení a. cerebri anterior je v popředí kontralaterální hemiparéza, kdy je více postižena dolní končetina. Typickým příznakem pro postižení a. cerebri media je kontralaterální hemiparéza s hemihystézií (KUBRICKÁ, 2012).

Trombóza a. basilaris má mnohem závažnější prognózu, která se při kompletním uzávěru manifestuje progredujícím obrazem kmenového syndromu s poruchou vědomí a kvadruplegií (AMBLER, 2011).

1.2 Rozdělení ischemické cévní mozkové příhody (ICMP)

Ischemickou cévní mozkovou příhodu dělíme dle různých kritérií. BEDNAŘÍK (2010) uvádí dělení ischemických cévních mozkových příhod takto:

a) Dle mechanismu vzniku

- obstrukční (okluzivní), kdy dojde k uzávěru cévy trombem či embolem,
- neobstrukční, které vznikají hypoperfuzí z příčin regionálních i systémových.

V současné době se rozlišují čtyři základní subtypy mozkových infarktů:

- aterotromboticko-embolický okluzivní proces velkých a středních arterií,
- arteriopatie malých cév,
- kardiogenní embolizace,
- ostatní, kam řadíme kolaguopatie, hemodynamické a hypoxicko-ischemické příčiny.

b) Podle vztahu k tepennému povodí

- infarkty teritoriální (v povodí – teritoriu některé mozkové tepny),
- interteritoriální (na rozhraní povodí jednotlivých tepen),
- lakunární (postižení malých perforujících arterií).

c) Podle časového průběhu

- tranzitorní ischemické ataky (TIA),
- reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND),
- vyvíjející se, progredující příhoda,
- dokončené ischemické příhody.

1.3 Klinické projevy ischemické cévní mozkové příhody

Mezi nejčastější klinické projevy iktu patří různý stupeň poruchy hybnosti končetin postihující jednu stranu těla (hemiparéza, hemiplegie) nebo pouze jednu končetinu (monoparéza), poruchy čítí, poruchy řeči včetně schopnosti rozumět mluvenému slovu, poruchy vizu (výpadek části zorného pole, diplopie), poruchy rovnováhy, silná závrať, poruchy funkce hlavových nervů a další příznaky dle lokalizace mozkové léze. Mezi málo časté symptomy řadíme bolest hlavy (jako hlavní příznak), poruchy vědomí, vegetativní dysfunkce či epileptický záchvat (HUTYRA, 2011).

Porucha hybnosti

Jde o nejtypičtější a nejvíce nápadný projev ICMP, který je jasně vnímán samotným pacientem i jeho okolím a vedle poruchy řeči vede k rychlému určení diagnózy (KALINA, 2008). Porucha hybnosti bývá různého stupně. Oslabení svalové síly se nazývá paréza, úplné ochrnutí plegie nebo též paralýza či totální paréza. Můžeme se také setkat s poruchou jemných pohybů, kdy svalová síla je zachována. Častým projevem u CMP je hemiparéza. V případě hemisferálních iktů je ochrnutí končetin přítomno na stejné straně jako léze motorických mozkových nervů, a to vždy kontralaterálně vzhledem k lokalizaci infarktu. Při postižení řečiště arteria cerebri media je ochrnutí značné na horní končetině, ochrnutí na dolní končetině bývá při postižení arteria cerebri anterior. Možné je i postižení hybnosti pouze jedné končetiny, které označujeme jako monoparéza, monoplegie. Jestliže jsou postižené kmenové léze,

setkáváme se s ochrnutím tří (triparéza, triplegie) nebo také čtyř (kvadruparéza, kvadruplegie) končetin (HERZIG, 2014).

Porucha citlivosti

Porucha citlivosti se může projevit jejím snížením (hypestezie) nebo i vyhasnutím (anestezie). Změnou vnímání kvality čítí (dystezie) také může být přítomno mravenčení a brnění (parestezie). Někdy se můžeme setkat pouze s porušením povrchního čítí a zachováním hlubokého, nebo naopak (HERZIG, 2014).

Poruchy zraku

Zrakové vnímání je komplexní děj. Anatomicky i funkčně jsou do něj supratentoriálně zapojeny struktury od zevního očního segmentu až po téměř celý okcipitální lalok, infratentoriálně pak skoro celý mozkový kmen a horní krční mícha. Z tohoto důvodu je porucha zrakového vnímání velmi častá součást ICMP (KALINA, 2008).

Poruchy vyšší nervové soustavy

Problematika poruchy vyšší nervové soustavy je velice složitá. Setkáváme se s poruchami řeči (fatické poruchy), psaní (dysgrafie, agrafie), čtení (dyslexie, alexie), počítání (dyskalkulie, akalkulie), prostorové orientace, vnímání vlastního těla (asomatognozie), vykonávání složitějších účelových pohybů popisovaných jako dyspraxie, apraxie (HERZIG, 2014).

Mozečkové a vestibulární poruchy

Poruchy rovnováhy patří k častým fenoménům, které mají různé příčiny. Nemocní si stěžují na pocit nejistoty, často vyjadřují termíny „jako na vodě“ nebo „jako opilý“ (KALINA, 2008). Nejčastěji se projeví nesystematickými závratěmi s vegetativním doprovodem (nauzea, vomitismus) a poruchami koordinace hybnosti končetin i trupu (HERZIG, 2014).

Kmenové poruchy

Patří sem zejména řada poruch mozkových nervů, které z kmene vycházejí a jejichž léze vyvolávají poruchy okohybné, poruchy artikulace, dysfagii apod. Kmenové poruchy mohou zahrnovat i život ohrožující poruchy, jako je zástava dechu a oběhu (HERZIG, 2014).

Poruchy vědomí

Do těchto příznaků řadíme kvantitativní i kvalitativní poruchy vědomí. Z kvantitativních poruch je to somnolence, sopor a kóma. Mezi kvalitativní poruchy vědomí patří amenní stavy, halucinace, delirium nebo mráкотný stav (HERZIG, 2014).

Průvodní příznaky

Podceňovaným příznakem CMP je úzkost až panický stav, který bývá přítomný až u poloviny nemocných s CMP. Zvracení může být jak ložiskovým příznakem při postižení spodiny IV. komory (area postrema) při kmenové příhodě, tak důsledkem intrakraniální hypertenze. Škytavka je jako příznak akutní příhody vzácná, ale v dalším průběhu ICMP postihující prodlouženou míchu je častá, velmi úporná a velice těžko zvladatelná. Předpokládá se, že jde o iritaci dechových center (KALINA, 2008).

1.4 Rizikové faktory ICMP

Rizikové faktory ICMP se rozdělují na dvě hlavní skupiny, na faktory neovlivnitelné a ovlivnitelné.

Rizikové faktory neovlivnitelné

Neovlivnitelnými faktory jsou např: věk, pohlaví, genetické, rodinné dispozice a rasové skupiny.

Věk

Po dosažení věkové hranice 55 let se zvyšuje riziko více než dvojnásobně jak u žen, tak u mužů. U mužů je incidence iktů 1,25krát vyšší než u žen, ale protože se ženy dožívají vyššího věku než muži, umírá každý rok na iktus více žen.

Pohlaví

Výskyt iktu je častější u mužů než u žen. Mortalita je však vyšší u žen (KALITA, 2006).

Genetické a rodinné dispozice

Dědičnost je pouze vzácně přímou příčinou iktů. Přesto genetická dispozice hraje významnou roli u některých rizikových faktorů CMP, jako např. hypertenze, srdeční onemocnění, diabetes a cévní malformace. Pokud se CMP v rodině vyskytla u dvou a více rodinných příslušníků mladších 65let, zvyšuje se pravděpodobnost prodělání iktu. Také vzácné genetické poruchy zvyšují riziko vzniku CMP, např. polycystické onemocnění ledvin, Ehlersův- Danlosův syndrom typ IV, neurofibromatóza, Marfanův syndrom typ I, genová mutace faktoru V (Leidenská mutace) a vrozený nedostatek faktorů, protein C a protein S (FEIGIN, 2007).

Rasové skupiny

U různých rasových skupin je incidence a mortalita různá. U černochů je dokázána vyšší mortalita než u bělochů, vyšší incidence iktů i mortalita je pak zejména u Číňanů a Japonců (KALITA, 2006).

Rizikové faktory ovlivnitelné

Rizikové faktory, které můžeme ovlivnit, jsou např. arteriální hypertenze, onemocnění srdce, diabetes mellitus, vysoká hladina cholesterolu, tranzitorní ischemická ataka, kouření, nedostatek pohybu, alkohol, hormonální antikoncepce a migréna.

Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze (AH) je nejvýznamnější ovlivnitelný rizikový faktor ICMP. Podporuje především vznik a růst ateromatózních plátů a rozvoj komplexního postižení malých nitrolebečních cév (KALVACH, 2010). Je nutné, aby každý, u koho byl zjištěn vysoký krevní tlak, chodil na pravidelné kontroly ke svému lékaři a aby dbal doporučení a rad svého lékaře (FEIGIN, 2007). Riziko vzniku se zvyšuje již od hodnot krevního tlaku 115/75 mmHg. Vyšší krevní tlak postupně způsobuje poškození cévních stěn, tvrdnutí tepen, podporuje vznik krevních sraženin a tvorbu výdutí, což může vést ke vzniku iktu zejména u osob starších 45let (KALVACH, 2010).

Onemocnění srdce

Kardiologická onemocnění jsou taktéž velmi významné rizikové faktory pro vznik iktu. Nejvýznamnějším a dobře léčitelným rizikovým faktorem je fibrilace

síní, jejíž incidence stoupá s věkem. Dalším rizikovým faktorem z řady kardiologických onemocnění je onemocnění chlopní, zejména mitrální stenóza, také například mitrální anulární kalcifikace, hypertrofie levé síně. Ischemická choroba srdeční (ICHS) s EKG změnami svědčícími pro hypertrofii levé komory zvyšuje vícenásobně riziko vzniku iktu. Neméně důležitý rizikový faktor pro vznik iktu je infarkt myokardu (KALITA, 2006).

Diabetes mellitus

Toto onemocnění zvyšuje riziko vzniku CMP až dvojnásobně. Důvodem jsou změny v cévním systému (FEIGIN, 2007).

Vysoká hladina cholesterolu

Přestože jsou lipidy nedílnou součástí našeho těla, vysoká hladina cholesterolu a triacylglycerolů zvyšují riziko vzniku aterosklerózy a nemoci srdečních tepen (FEIGIN, 2007).

Tranzitorní ischemická ataka (TIA)

Přibližně dva ze sta dospělých lidí prodělají přibližně jednou za život krátké průtokové selhání – tranzitorní ischemickou ataku (TIA). Bez adekvátní léčby asi u 1/10 těchto pacientů dojde během třech měsíců k CMP (FEIGIN, 2007).

Kouření

Vzhledem k tomu, že oxid uhelnatý omezuje schopnost krve přenášet kyslík, představuje pro pacienty trpící onemocněním věnčitých tepen vážné nebezpečí a to i v případě pasivního kouření. Kouření zvyšuje riziko vzniku ICMP 1,5 – 2 krát a u silných kuřáků je riziko vzniku iktu až dvojnásobné (SPENCE, 2008).

Nedostatek tělesného pohybu

K nejlépe ovlivnitelným faktorům rizika vzniku iktu řadíme zdravý způsob života s dostatkem pohybu. Zatímco dříve jsme chápali tuto potřebu spíše instinktivně, dnes je dostatek důkazů pro lepší vyhlídky života při časté fyzické aktivitě (KALVACH, 2010).

Alkohol

Na rozdíl od hemoragických iktů, u nichž byla opakovaně prokázána závislost rozvoje na konzumaci alkoholu, situace v případě ICMP není natolik zřejmá (KALVACH, 2010).

Hormonální antikoncepce

Významným rizikovým faktorem ICMP zejména ve spojitosti s kouřením a migrénou je užívání hormonální antikoncepce. Toto riziko klesá při užívání moderních perorálních kontraceptiv s nízkým obsahem estrogenů (KALVACH, 2010).

Migréna

Migréna, obzvláště předchází-li jí aura, představuje rizikový faktor CMP pro muže i ženy, zejména pro ženy kuřačky nad 50 let, které zároveň užívají hormonální antikoncepci (KALVACH, 2010).

1.5 Prevence vzniku ICMP

Prevenci vzniku ICMP dělíme na primární a sekundární.

Primární prevence ICMP

V případě primární prevence se jedná o soubor opatření, které má za cíl, maximální snížení rizika vzniku iktu. Hlavním účelem primární prevence je eliminace vaskulárních rizikových faktorů, uplatňujících se v patogenezi ischemického iktu, především arteriální hypertenze, onemocnění srdce, diabetes mellitus a hypercholesterolemie (BAUER, 2010).

Sekundární prevence ICMP

Sekundární prevence začíná velmi časně a značně se překrývá s akutní léčbou, protože největší riziko TIA a ICMP je v prvních dnech po příhodě a postupně klesá. Prevence musí být individualizující pro daného nemocného, aby byl její prospěch maximální z obvykle dlouhodobé medikace nebo invazivního zákroku a zároveň minimalizování rizika prováděné intervence. Základním postupem v sekundární prevenci je snížení rizikových faktorů (KALINA, 2008).

1.6 Diagnostika ischemické cévní mozkové příhody

Základem diagnostiky ICMP je podrobný rozbor anamnestických údajů a klinického obrazu onemocnění společně s posouzením nálezů urgentně provedených laboratorních a instrumentálních vyšetření. Samotný klinický nález nedovoluje spolehlivě stanovit, zda jde o příhodu ischemickou nebo hemoragickou (BAUER, 2010).

K diagnostice ischemického iktu a vyloučení jiných příčin akutních neurologických příznaků je nutné urgentní zobrazení mozku. K detekci okluze, stenózy či jiné patologie krčních a mozkových tepen slouží také ultrazvukové vyšetření (HUTYRA, 2011).

Výpočetní tomografie

Výpočetní tomografie (computed tomography, CT) se řadí mezi nejčastěji používanou metodu pro svoji dostupnost a je stále považována za „zlatý standard“ zobrazení mozkové tkáně v běžné klinické praxi včetně perfúzní terapie. CT spolehlivě vyloučí mozkové hemoragie, pro detekci ischemických změn může být toto vyšetření problematické. CT je schopno detekovat ischemické změny během prvních šesti hodin od vzniku iktu.

CT angiografie (CTA) umožňuje zobrazení tepenného řečiště standardně od aortálního oblouku až po vertex. Spolehlivě detekuje uzávěr tepny nebo stenózu.

Perfúzní CT (PCT) je funkční vyšetření stavu mozkové perfúze. Nejvíce používanými parametry jsou mozkový krevní průtok, mozkový krevní objem a střední čas průchodu krve mozkovou tkání (HUTYRA, 2011).

Magnetická rezonance

Mezi výhody magnetické rezonance patří umožnění zobrazení lokalizace i velikost akutního iktu. Odliší akutní ischemické změny od chronických, dále dokáže rozlišit jádra ischemie a ischemického polostínu, lépe selektuje pacienty pro akutní rekanalizaci.

Nevýhodou magnetické rezonance je její časová náročnost oproti CT.(HERZIG, 2014).

24hodinové Holterovo monitorování EKG

Používá se pro 24hodinové monitorování pro detekci fibrilace síní (FS) u pacientů, u nichž je předpoklad, že prodělali tromboembolický iktus se sinusovým rytmem (HERZIG, 2014).

Echokardiografie

Neprovádí se většinou v akutní fázi CMP. Indikuje se u pacientů s kardiálním onemocněním v anamnéze, při podezření na postižení aorty nebo při podezření na paradoxní embolizaci (HERZIG, 2014).

Transezofageální echokardiografie

Detekuje potenciální kardiální zdroje embolizace. Umožňuje také stratifikaci rizika dalších tromboembolických příhod u pacientů s FS (HERZIG, 2014).

1.7 Přednemocniční a nemocniční péče

Péči o pacienta s ICMP můžeme rozdělit na přednemocniční, nemocniční a následnou péči.

Přednemocniční terapie

Přednemocniční péče začíná rozpoznáním příznaků ICMP pacientem či jeho rodinou, případně svědky a kontaktováním zdravotnické záchranné služby.

Základním limitem léčby je značná klinická variabilita příznaků, proto je nezbytná dostatečná informovanost veřejnosti. Nejznámější kampaní pro laickou veřejnost je využívání testu FAST (Face Arm Speech Test), který se využívá i pro přednemocniční triáž pro zdravotníky prvního kontaktu a umožňuje identifikovat pacienty se suspektní CMP s vysokou přesností.

Pokud obtíže pacienta začaly během posledních 24 hodin, měl by být neodkladně hospitalizován na specializovaném pracovišti. Od roku 2011 funguje v České republice státem definovaná síť akreditovaných pracovišť prvního typu (Centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem) a druhého typu (Centra vysoce specializované cerebrovaskulární péče). Tam je zajišťována komplexní diagnostická, léčebná a rehabilitační péče (PAULASOVÁ SCHVABOVÁ in SOUČEK, 2016).

Nemocniční péče

Léčba v iktovém centru je podřízena maximálně rychlému zahájení rekanalizační léčby všech indikovaných pacientů.

Hospitalizace v iktových centrech snižuje mortalitu i morbiditu oproti hospitalizaci pacientů na standardních odděleních. Proto je cílem hospitalizovat co nejvíce pacientů na jednotkách intenzivní péče v iktových centrech. Je-li pacient přijat až po více než 24 hodinách od vzniku příznaků, je ho možné hospitalizovat na standardním oddělení, avšak je preferována hospitalizace v iktovém centru.

Při příjmu jsou pacientovi změřeny fyziologické funkce, nabrána laboratoř, provedeno neurologické vyšetření a zobrazení CT nebo MR, které je obvykle současně doplněno o angiografii tepen zásobujících mozek od aortálního oblouku distálně. Ischemické změny se vyvíjejí v CT obrazu postupně, první dvě hodiny je obraz normální, pak postupně tkáň postižená ischemií tmavne a otéká. Časné ischemické změny nejsou kontraindikací pro podání intravenózní trombolýzy. Pokud je pacient kandidátem trombolýzy, doba od příjezdu pacienta do nemocnice k zahájení léčby by neměla přesáhnout 60 minut. Optimálnější je však rychlejší postup, na dobře fungujících pracovištích je tento čas dokonce jen 15 – 20 minut (PAULASOVÁ SCHVABOVÁ in SOUČEK, 2016).

1.8 Specifická a obecná akutní terapie a subakutní terapie u pacientů s ICMP

Specifika akutní terapie spočívá v postupech vedoucích k časné rekanalizaci okludované mozkové tepny. Postup první volby je intravenózní trombolýza a mechanická trombektomie. Obě tyto metody prokazatelně zvyšují šance na výsledný příznivý klinický stav (PAULASOVÁ SCHVABOVÁ in SOUČEK, 2016).

Systémová intravenózní trombolýza

Do 4,5 hodiny od nástupu příznaků ICMP je v indikovaných případech první volbou rekanalizační terapie intravenózní trombolýza. Systémová intravenózní trombolýza (IVT), spočívá v intravenózním podání rekombinačního tkáňového aktivátoru plasminogenu (rt-PA) v dávce 0,9 mg/kg (maximum je 90mg). Před podáním

se doporučuje snížit krevní tlak, pokud dosahuje hodnot nad 185/110 mmHg nebo vyšších (PAULASOVÁ SCHWABOVÁ in SOUČEK, 2016).

Nově jsou tromboembolyzováni pacienti nad 80 let věku s lehkým neurologickým deficitem. Bez znalostí laboratorních výsledků je možné zahájit léčbu alteplázou u pacientů, kteří nejsou na antikoagulační terapii a nemají v anamnéze poruchu koagulace. U warfarizovaných pacientů, pokud mají INR nižší než 1,7, je léčba IVT také možná. Při vyšších hodnotách je volena mechanická trombektomie (PAULASOVÁ SCHWABOVÁ in SOUČEK, 2016).

Absolutní kontraindikací k IVT je např., subarachnoideální hematom, příznaky trvající déle než 4,5hodiny, prokázané hemoragie, v minulosti prodělané intrakraniální krvácení, organické postižení CNS, operace CNS v minulosti, hemoragická retinopatie, známá tepenná aneuryzmata, akutní pankreatitida, závažné jaterní onemocnění a další (HUTYRA, 2011).

Intraarteriální trombolýza

Intraarteriální trombolýza (IAT) spočívá v podání trombolytika endovaskulárně pomocí mikrokatétu do místa uzávěru mozkové tepny (HUTYRA, 2011). Při intraarteriální trombolýze může dojít k různým komplikacím, jako např. vznik vazospasmů, ke krvácení, disekci a vzácně i perforaci tepny (KALINA, 2008).

Mechanická trombektomie

Principem trombektomie je endovaskulární mechanické odstranění trombu uzavírajícího mozkovou tepnu. Indikací k mechanické trombektomii je uzávěr intrakraniální části arterie či proximální části arteria cerebri media nebo arteria basilaris zjištěný u pacienta do 6 hodin od prvních symptomů. Výjimkou je arteria basilaris, kdy je akceptovatelné provedení mechanické trombektomie i po 6 hodinách od nástupu prvních symptomů ICMP (PAULASOVÁ SCHWABOVÁ in SOUČEK, 2016).

Obecná akutní a subakutní terapie pacientů s ICMP

Cílem obecné akutní a subakutní terapie je stabilizace celkového stavu pacienta, udržení optimálního mozkového metabolismu a případné řešení komplikací, souvisejících se základním onemocněním.

U pacientů s ICMP, u kterých nebyla indikována antikoagulační nebo trombolytická terapie, se zahajuje časná antiagregační medikace. Antitrombotickou terapii zahajujeme vždy u pacientů léčených rekanalizační terapií až po kontrolním CT mozku, které nám spolehlivě vyloučí případné krvácení. Obecná akutní terapie zahrnuje především kontinuální monitoraci vitálních funkcí. V případě poklesu saturace O₂ pod 95 % je nutné podat kyslík. Další důležitou oblastí péče je péče o kardiovaskulární systém včetně léčby přidružených a nových onemocnění, zejména arytmií a srdečního selhání. Je nutná opatrná regulace krevního tlaku. (PAULASOVÁ SCHWABOVÁ in SOUČEK, 2016).

Časté komplikace v subakutní fázi u pacientů s ICMP jsou respirační infekce a uroinfekce. U pacientů s iktem je nutné sledovat výskyt deprese a případně zahájit nefarmakologickou či farmakologickou terapii. Aktivní rehabilitace by měla být zahájena časně a probíhat tak dlouho, dokud lze objektivně pozorovat zlepšení neurologického deficitu. Brzká mobilizace pacienta pomáhá předcházet četným komplikacím včetně vzniku aspirační pneumonie, hluboké žilní trombózy a dekubitům (PAULASOVÁ SCHWABOVÁ in SOUČEK, 2016).

1.9 Možné následky a kvalita života po ischemické cévní mozkové příhodě

CMP může mít řadu různých následků, neboť může postihnout jakoukoli část mozku, která ovládá konkrétní mozkové funkce (PALMER, 2013). Častými následky jsou: hemiplegie, ztráta koordinace, ztráta citlivosti, bolest, dysfágie, problémy s vyměšováním, poruchy řeči a jazyka, poruchy kognitivních funkcí a psychické problémy.

Hemiplegie

Častým následkem po prodělané ICMP bývá slabost či paralýza. Nejčastěji postihuje pouze jednu stranu těla a nazývá se hemiplegie (ochrnutí) nebo hemiparéza (oslabení, částečné ochrnutí). Může se jednat o úplné ochrnutí celé jedné strany těla, včetně obličeje, jazyka a svalů trupu, nebo jen o mírnou slabost jedné končetiny. (PALMER, 2013).

Ztráta koordinace

Ke ztrátě koordinace dochází, pokud mozek nedokáže pohyby dobře koordinovat. Postižený se pohybuje neohrabaně nebo dělá trhavé, zbytečné pohyby. Běžným typem poruchy koordinace je ataxie, která ovlivňuje pohyby končetin. Ataxie je často důsledkem poškození mozečku (PALMER, 2013).

Ztráta citlivosti

Dalším následkem CMP může být ztráta citlivosti. Například v souvislosti s vnímáním tepla, chladu a polohy. V některých případech se citlivost může projevit neadekvátně, kdy i lehký dotek může způsobit mravenčení, brnění – parestezie (PALMER, 2013).

Bolest

Spousta pacientů po CMP cítí bolest. Většinou udávají bolest kloubů, šlach, hlavy a svalů (PALMER, 2013).

Porucha polykání (dysfágie)

Dysfágií trpí až polovina lidí, kteří prodělali iktus. Pokud se jídlo dostane do hrtanu, znamená to značnou komplikaci v podobě aspirační pneumonie a akutního zánětu plic, který je častou příčinou úmrtí, zvláště v prvních několika dnech po iktu (PALMER, 2013).

Problémy s vyměšováním

Inkontinence moči je poměrně častá bezprostředně po cévní mozkové příhodě. Pacienti mohou ztratit schopnost vnímat potřebu močení nebo schopnost ovládat svaly močového měchýře. Někteří nejsou dostatečně mobilní, aby došli na toaletu včas. Stejně tak je to i s inkontinencí stolice, kdy dochází i k zácpě. Trvalá inkontinence není obvyklá (NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE, 2014).

Poruchy řeči a jazyka

Iktus často způsobuje afázii, což znamená neschopnost vyjadřovat myšlenky slovy v mluvené nebo psané podobě, dále pak neschopnost porozumět řeči

nasloucháním nebo čtením. Pokud je afázie velmi těžká, postižený nerozumí žádným psaným ani mluveným slovům, nemá vůbec schopnost se slovně vyjádřit. V tomto případě je vhodné vyjádřit se neverbální komunikací, gesty, obrázky, symboly. Další poruchou komunikace může být dysartrie, což je porucha řeči způsobená špatnou artikulací. Řeč u těchto postižených bývá nesrozumitelná či nezřetelná. Pacienti přesně vědí, co chtějí vyjádřit, nečiní jim žádné obtíže psaní, čtení ani porozumění řeči. Tyto problémy s pacienty řeší logoped (PALMER, 2013).

Poruchy kognitivních funkcí

Stav po CMP mění u pacientů myšlení, paměť a další kognitivní funkce. Iktus často ovlivňuje bdělost, která je pro kognitivní funkce zásadní. V prvních fázích zotavování se po prodělaném iktu bývá pacient ospalý a někdy bývá problém ho probudit (PALMER, 2013). Po prodělaném iktu bývá výrazně zkrácena doba udržení pozornosti, dochází k poruchám krátkodobé paměti a schopnosti plánování. Nedokáží vnímat svůj zdravotní stav (anosognosie), nejsou schopni uznat realitu, že je zasáhla CMP, že část jejich těla je postižená. Ztrácí schopnost vnímat objekty či smyslové podněty z postižené strany. U pacientů po prodělané CMP se také může objevit apraxie (NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE, 2014).

Výkyvy nálad a emocí

Lidé po prodělané CMP trpí poruchami nálad, včetně deprese. Mnoho lidí po prodělaném iktu pociťuje strach, úzkost a frustraci z jejich fyzické a duševní ztráty. Tyto pocity jsou přirozenou reakcí po prodělané ICMP. Nejčastější bývá emocionální porucha, která se může projevit narušeným spánkem, sociální izolací, podrážděností a únavou. Řešením je léčba pomocí antidepresiv a pomocí psychologického poradenství (PALMER, 2013).

Kvalita života po CMP

Kvalitu života pacientů po prodělané CMP výrazně ovlivňuje závislost na okolí ve vykonávání běžných denních činností, změna emocionálního a psychického prožívání zhoršená schopnost sociální interakce a komunikace. Deprese významně přispívá ke zhoršené kvalitě života a objevuje se u přibližně třetiny pacientů v prvních měsících po CMP (OROS, 2016).

2 Specifická péče o pacienta s ICMP

S pacienty, kteří prodělali CMP, se můžeme setkat na různých typech oddělení. Nejčastějšími jsou iktová centra, neurologická oddělení, oddělení následné péče, rehabilitační oddělení, anesteziologicko-resuscitační oddělení, interní oddělení, ale také v domácí péči. Proto je tolik důležité, aby všeobecné sestry měly teoretické a praktické znalosti o tomto onemocnění.

Specializovaná péče o pacienty po ICMP nejen zachraňuje životy, ale také snižuje případné trvalé následky, zkracuje délku hospitalizace a zlepšuje celkově zdravotní stav pacientů. Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče svým komplexním, interaktivním a holistickým přístupem v akutní i následné fázi onemocnění tvoří základní nezbytný pilíř interdisciplinární péče, jež udržuje její velmi dobrou kvalitu a usiluje o dosažení optimálního a nejlepšího možného zdravotního stavu pacienta po ICMP (THEOFANIDIS, 2016).

Dle STRUWE (2013) je poskytování kvalitní péče u pacientů s ICMP velkou výzvou. Sestry v iktových centrech tvrdí, že kvalita ošetrovatelské intervence závisí na organizovanosti a kontinuitě péče o pacienta. Důležitá je individuální péče o konkrétního pacienta, kdy spolupracuje celý multidisciplinární tým. Výše uvedené aspekty péče ovlivňují kvalitu života pacienta.

Ošetrovatelská péče se zaměřuje v akutní fázi především na kontinuální sledování základních životních funkcí. Důležitá je prevence vzniku komplikací. Všeobecná sestra se aktivně podílí na časnou rehabilitaci a vertikalizaci, což je velmi důležité v prevenci tromboembolické nemoci (KALITA, 2006). THEOFANIDIS (2016) uvádí další důležité aspekty v akutní ošetrovatelské péči: zajištění dýchacích cest (z důvodu paralýzy polykacích svalů), prevenci sekundárního poškození mozku z důvodu možné intrakraniální hypertenze.

Po zvládnutí akutní fáze ICMP je pacient překládán na standardní neurologické oddělení, či následné rehabilitační oddělení, kde se celkově zotavuje. Zde se ošetrovatelská péče nejvíce zaměřuje na návrat k soběstačnosti v podobě intenzivní rehabilitace, ergoterapie a logopedie. V subakutní fázi se celkový stav pacienta zlepšuje. Nemocný se vertikalizuje do sedu i stoje dle aktuálního zdravotního

stavu. Sestra spolupracuje s fyzioterapeutem v nácviu motoriky a s ergoterapeutem při nácviu jednotlivých aktivit k sebeděči nemocného. Sestra spolupracuje i s ostatními odborníky z multidisciplinárního týmu (BAR, 2011).

Ošetrovatelství je vědní disciplína integrující poznatky z přírodních, humanitních a společenských vědních oborů. Má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnost prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, kterou by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu, vůli, znalosti. Stejně je úkolem sester pomoci nemocným získat co nejrychleji soběstačnost.

Předmětem ošetrovatelství je zkoumat ošetrovatelské aspekty péče o jedince a skupiny, tj. interakce a determinace mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavku uspokojování potřeb (BOROŇOVÁ, 2010, s. 8).

Jedním z hlavních úkolů ošetrovatelství je naplňování potřeb jednotlivce, rodiny i komunity s cílem zachovat, udržovat, případně obnovovat optimální zdravotní stav a tím zlepšit kvalitu života. Holistická teorie prezentuje názor, že potřeby jedince musí být v rovnováze. Holistická ošetrovatelská péče akceptuje jednotlivce (rodinu, komunitu) jako nedílnou součást komplexní péče v rámci ošetrovatelského procesu.

Potřeba se vymezuje jako stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, tj. stav jedince odchylovající se od jeho životního minima. Potřeby dělíme na biologické, psychické, sociální a spirituální (BOROŇOVÁ, 2010, s. 47- 49).

2.1 Biologické potřeby pacientů s ICMP

Mezi biologické potřeby pacientů po ICMP patří péče o hygienu, o vyváženou stravu, vyprazdňování, pohybový režim a spánek s odpočinkem.

Hygienická péče

Pacient po ICMP není často schopen řádné hygieny bez pomoci, a proto v různé míře potřebuje dopomoci při hygieně od ošetrovatelského personálu. Pravidelná osobní hygiena je také prevencí nozokomiálních nákaz, zabraňuje komplikacím vyplývajících z nedostatečné hygieny a v neposlední řadě pomáhá pacientům k dobré psychické pohodě. Chodící pacient často zvládne hygienu sám, ale někteří pacienti po ICMP mají narušenou mobilitu nebo jsou v důsledku nemoci upoutáni na lůžko. Cílem ošetrování

je, aby pacient byl v co největší možné míře soběstačný. Intimita musí být vždy zajištěna (PŘIBKOVÁ, 2015).

Péče o dutinu ústní a oči

Lidem, kteří nejsou schopni pít bez pomoci, by se přibližně každou hodinu měla ústní dutina otírat zvlhčeným roztokem nebo gázou. Čisté vlhké gázy lze také použít k otření víček. Pacientům vlivem sníženého vědomí a při dlouho otevřených očích, jim tyto vysychají, což může zapříčinit vznik očních infekcí a vředů rohovky. Prevencí je používání očních zvlhčovačů, mastí a umělých slz a zakrývání očí gázovými čtverci (FEIGIN, 2007).

Péče o pokožku

Pečlivé ošetřování pokožky je velmi důležité v prevenci proti dekubitům, kožním infekcím a jejich přítomnost obvykle svědčí o špatné péči. Důležité je časté otáčení a polohování imobilních pacientů, podkládání predilekčních míst molitanem a ostatními pomůckami určenými k prevenci proti dekubitům. U inkontinentních pacientů, u špatně vyživovaných nebo dehydrovaných pacientů polohujeme častěji. Vhodné je i používání antidekubitární matrace. Po každém samovolném úniku moči či stolice, pokožku pravidelně promazáváme tělovým mlékem (FEIGIN, 2007).

Výživa a příjem potravy

Správná výživa je velice důležitým faktorem ke správné rekonvalescenci. Zhoršený nutriční stav může vést k rozvoji komplikací jako například vznik dekubitů nebo pneumonie. Nedostatečná výživa také zodpovídá za nedostatek svalové síly a tím zhoršení či znemožnění aktivní rehabilitace. V období po iktu může u některých pacientů dojít ke zhoršení nutričního stavu pro poruchu vědomí, dysfagii, poruchy vnímání jídla, při plegii či paréze končetin nebo také z důvodu svalové slabosti a dalším důvodem může být deprese. Všeobecná sestra si všímá poruch s přijímáním jídla a tekutin, tyto hodnotí pomocí testu Gussing Swallowing green (GUSS) dle Trapla. V případě problému dysfágie, kontaktujeme klinického logopeda, který poradí s odstraněním příčiny potíží, také určí konzistenci jídel a nápojů. Nevhodné jsou tvrdé potraviny, suché nebo drobivé. Tekutiny lze zahušťovat různými komerčními přípravky z lékáren. Pokud pacient nezvládá příjem dostatečného množství výživy per os, je nutné pacienta dočasně vyživovat pomocí nazogastrické sondy, která je zavedena do žaludku.

Pokud by se jednalo o delší časové období je nutné zavedení PEG (perkutánní endoskopické gastrostomie (FEIGIN, 2007).

Jídlo je vhodné vkládat do zdravé poloviny úst a kontrolovat, aby v postižené části úst nezůstávaly zbytky potravy. Zpočátku je vhodné u některých pacientů používat talířů s vysokým okrajem. Ergoterapeut doporučí individuální pomůcky vhodné pro každého pacienta (FEIGIN, 2007).

Vyprazdňování, močení a defekace

V prvních dnech či týdnech po iktu je porucha vyprazdňování celkem častý jev. Tento problém se většinou podaří zvládnout během krátké doby. Důležité je, aby inkontinentní pacienti byli stále v suchu, proto často vyměňujeme pleny či inkontinentní podložky. Pokud je to nezbytně nutné, zavádí lékař (u mužů) nebo všeobecná sestra (u žen) permanentní močový katétr a to na dobu nezbytně nutnou. U dlouhodobého zavedení permanentního močového katétru hrozí riziko infekce (FEIGIN, 2007).

Dalším velkým problémem u pacientů po ICMP může být problém defekace, především obstipace. Na obstipaci mají vliv i některé medikamenty, například opiáty. Obstipace u pacienta vyvolává celkovou nepohodu, sníženou kvalitu života a v závažných případech i nebezpečné zdravotní problémy. Činnost střev ovlivníme podáváním vyvážené stravy s dostatkem vlákniny a tekutin. Při zácpě je vhodné podávat pacientům laxativa, čípky nebo klyzma. Při vyprazdňování pacienta všeobecná sestra dbá na pacientův stud a zajistí dostatek soukromí (FEIGIN, 2007).

Ošetřování v rehabilitačním procesu

Rehabilitace je návratná péče, jejímž cílem je optimální zařazení člověka do plnohodnotného života. Je to snaha o zachování nebo zlepšení porušených funkcí v oblasti biologické, psychické a sociální. Rehabilitační ošetřování je aktivní ošetřování, kdy sestra všemi dostupnými prostředky zamezuje vzniku komplikací a sekundárních změn. Je to každodenní spolupráce sestry s fyzioterapeutem a ergoterapeutem. Rehabilitačními prostředky v sesterské praxi jsou: polohování, pasivní cvičení, kondiční cvičení, aktivní cvičení, dechová cvičení, vertikalizace a nácvik soběstačnosti. (PIECKOVÁ, 2012 s. 34-35). Všeobecné sestry jsou zapojené do komplexní péče a rehabilitačního procesu pacientů a tvoří nedílnou součást multidisciplinárního týmu.

Ošetrovatelská intervence všeobecných sester přispívá ke zlepšení pacientova funkčního stavu během hospitalizace, avšak role všeobecné sestry v rehabilitačním procesu není stále jasně definována (CLARKE, 2014).

Polohování, pohyb

Správné polohování je velice důležité především v akutní fázi CMP. Pokud je polohování prováděno správně a v pravidelných intervalech může předejít muskulárně skeletálním deformitám, dekubitům, problémům s krevním a lymfatickým oběhem, podporovat rozpoznání a uvědomění si postižené strany. Zpočátku se provádí pasivní polohování s pomocí polohovacích pomůcek různých tvarů a velikostí. Např. polohovací hadí, klíny, derotační botičky, válce apod. Posléze můžeme pacienta naučit a pomoci mu, aby se do těchto poloh dostal sám a udržel se v nich i bez pomoci podpůrných pomůcek. Pokud je správné polohování součástí běžné praxe, pacient se časně polohuje sám (WHO, 2004).

K pacientovi po CMP přistupujeme vždy z postižené strany, tímto podporujeme otáčení na tuto stranu. Z postižené strany by měla být poskytována veškerá ošetrovatelská činnost. Je vhodné, aby i návštěvy stály na této straně. Noční stolek umístíme k postižené straně, tím napomůžeme zotavení pacienta (LAURENČÍKOVÁ, 2007).

Rehabilitaci provádí všeobecná sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem a měla by se stát každodenní rutinou, proto by měla být zařazena do léčebného plánu. Se soběstačností a nácvikem každodenních aktivit pomáhá také ergoterapeut. V jeho péči se pacient učí starat o ochrnutou část těla pomocí zdravé, nacvičuje hygienu, oblékání svlékání a ostatní každodenní činnosti (WHO, 2004).

Spánek a odpočinek

Nezbytnou podmínkou dobrého zdraví je dostatečný spánek. Spánek patří mezi základní lidskou potřebu. Význam spánku je v tom, že rozsáhlý útlumový stav, který je fyziologickou podstatou spánku, poskytuje celému organismu, zejména nervovým buňkám, dokonalý odpočinek na obnovu jejich činnosti. Spánek má tedy celkový ochranný charakter. Spánek člověk potřebuje pro obnovení a načerpání tělesných sil (ROŠKOVÁ, 2013).

Úlohou sestry je zjistit pacientovu spánkovou anamnézu, typ spánku, jeho kvalitu a délku. Opomenutí spánkových rituálů, hlučnost, nevyvětraná místnost, neupravené lůžko, změna prostředí, bolest, strach, to vše může mít za následek poruchu spánku. Pro zajištění bezpečí všeobecná sestra umístí do blízkosti pacienta signalizační zařízení, uvede lůžko do nízké polohy a zdvihne postranice. V případě nutnosti podává léky na spaní dle ordinace lékaře a vše zapisuje do zdravotnické dokumentace (MIKŠOVÁ, 2006).

2.2 Psychické potřeby pacientů s ICMP

Péče o psychiku nemocného je velice důležitá, protože psychika má zásadní vliv na celkový stav onemocnění. Psychický stav závisí na hloubce a rozsahu pacientova postižení, do jaké míry si je vědom své situace, na rodinném zázemí, průběhu léčby a rehabilitace. Po prodělaném CMP se často vyskytuje afázie, která pacienta často velmi stresuje, protože mu nikdo nerozumí a nemůže se dorozumět. Důsledkem toho pacient prožívá vnitřní chaos, úzkostní tenzi, která předchází depresi až apatii. Dalším projevem je neklid, agrese nebo negativismus. Tyto stavy se mohou střídát a souvisí s tím, jak pacient pohlíží a hodnotí svůj zdravotní stav (VYMĚTAL, 2010).

Převážná většina pacientů po ICMP trpí strachem z následků onemocnění, sociální izolace, nesoběstačnosti, strachu ze smrti, z pádů, bezmocnosti, ztráty soběstačnosti v oblasti sebepéče, a to především v oblasti vyprazdňování, z pocitu být někomu na obtíž, strach ze sociálních důsledků plynoucích ze ztráty zaměstnání, beznadějně. Také podceňování a vtipkování o nemoci může na pacienta působit nepříznivě. Nutné je se k nemoci postavit vážně, ale optimisticky. Dobrému psychickému stavu nemocného pomůže, když se rodina s jeho onemocněním vyrovná. V případě negativistického naladění pacienta je vhodná spolupráce s psychologem. Motivace a pochvala za každý, byť malý úspěch je velice prospěšná (LAURENČÍKOVÁ, 2007).

2.3 Sociální potřeby u pacientů s ICMP

Všeobecné sestry pomáhají rodinám pacientů porozumět průběhu onemocnění a pochopit stav pacienta, u kterého se v různé míře mohou vyskytovat funkční omezení. Celkově tak poskytují reálný pohled na postižení a uzdravovací proces (THEOFANIDIS, 2016).

Cévní mozková příhoda nepostihuje pouze pacienta, ale celou jeho rodinu. Rodina i pacient by měli vědět, že v této situaci jsou jim k dispozici služby na osobní, rodinné i sociální úrovni.

Po propuštění z nemocnice přebírá péči o pacienta rodina. Je velice vhodné, když rodinní příslušníci pacienta neustále povzbuzují, chválí ho, motivují a dodávají mu důvěru v uzdravení a návrat soběstačnosti v co nejvyšší možné míře. Nemocní potřebují slyšet a cítit, že jejich rodina chce a potřebuje, že jsou pro ni stále důležití. Dostatečná motivace nemocných, aby se mohli vrátit ke svým původním zájmům a koníčkům, případná pomoc při hledání nových zájmů, zvláště pokud se pacient nemůže vrátit do zaměstnání, to je další důležitá součást rekonvalescence. V případě, kdy se nemocný nemůže vrátit do placeného zaměstnání, dotýká se to celého rodinného rozpočtu. Rodinám by měly být podány informace o možnosti získání finanční podpory a možnosti další pomoci ze strany sociálních služeb v místě bydliště (FEIGIN, 2007).

Velká část pacientů považuje řízení vozidla za nedílnou součást svého života. Iktus může mít negativní vliv pro schopnost bezpečně řídit vozidlo. O schopnosti řídit bezpečně vozidlo rozhoduje zpravidla ošetřující lékař na podkladě vyšetření pacientova zraku, koordinace pohybů a kognitivních funkcí. Mnoho pacientů se po nějaké době k řízení vozidla může vrátit (STEIL, 2009).

Nemocným a jejich rodinám by měly být také poskytnuty informace a kontakty na různé organizace a sdružení, ve kterých se setkávají lidé po prodělané CMP. Jednou z těch to organizací v České republice je Sdružení pro rehabilitaci osob po prodělané CMP. Toto sdružení se zabývá doplňkovou péčí o pacienty po CMP. Její náplní je také pořádání rekondičních pobytů, různých seminářů, poskytuje také zdravotní a sociální poradenství, vydávání materiálů, kde rodiny i pacienti mohou najít odpovědi na své otázky. Po celé České republice existuje také mnoho klubů CMP (POWEL, 2010).

Komunikace s pacientem po CMP

Významným problémem u pacientů po prodělané CMP může být afázie, což je ztráta již vyvinuté řeči. Pokud nemocný nemůže mluvit, ale rozumí, musíme mu vysvětlit důvod, proč nemůže mluvit a snažíme se s ním domluvit pomocí zmáčknutí ruky, pokýváním hlavy, apod. Pokud je to možné a zdravotní stav to pacientovi dovolí,

je vhodné dát mu blok a tužku, aby napsal, co chce vyjádřit, nebo použijeme další alternativy jako je tabulka s písmeny, obrázky, gesta. Při nácviku komunikace je vhodná spolupráce s logopedem (LAURENČÍKOVÁ, 2007). Mezi zásady správné komunikace s pacientem po CMP řadíme snahu pacientovi pozorně naslouchat, nenutit klienta do rozhovoru, nepoužívat zdrobněliny, pozitivní ladění obličeje, vyjadřující empatii, trpělivost, sledovat reakce pacienta, poskytnout nemocnému soukromí, mluvit pomalu a stručně a hlavně podpora klienta v komunikaci (CHRÁSTKOVÁ, 2009).

Při pravidelné ošetrovatelské péči mohou vzniknout mezi sestrou a pacientem nejružnější překážky, které brání kvalitní komunikaci. Je to například překážka způsobená rušivými vlivy vnitřními, vnějšími nebo příliš tichým hlasem. Emotivní překážka neumožní soustředěnost. Dalším důvodem mohou být fyziologické překážky. Na straně sestry je to nejasná, nepřesná informace, postoje a názory, polopravdivé informace, únik od tématu či vyhýbání se určité problematice. Neprofesionální je i nadbytek informací směřující k pacientovi (ZACHAROVÁ, 2010).

2.4 Kulturní, duchovní a spirituální potřeby pacientů s ICMP

Profesionální zdravotník musí respektovat různé kulturně podmíněné názory a pohledy na zdraví a nemoc. Většina zdravotníků chápe potřebu přizpůsobit péči osobám z různých prostředí vždy tak, aby to vyhovovalo danému jedinci. Pro některé rodiny a komunity může být nezbytné, aby byly zapojeny do péče o pacienta včetně plánování propuštění z nemocnice (BOROŇOVÁ, 2010). Důležité je, aby pacient byl spokojený a dokázal říci, co jemu a jeho rodině v průběhu léčby nejvíce vyhovuje. Zdravotnický personál a rodina by měla zajistit pacientovi sledování společenského a kulturního dění, zajištění tiskovin, poslech rádia nebo sledování televizoru. (FEIGIN, 2007).

V oblasti duchovní a spirituální potřeby pacientů s ICMP sestra zjišťuje informace o individuálním vnímání životních hodnot pacienta, jeho přesvědčení včetně náboženské víry, které nemocného mohou ovlivnit při rekonvalescenci. Sestra by měla respektovat náboženskou svobodu, a to poskytnutím možnosti účastnit se náboženských úkonů (BOROŇOVÁ, 2010).

3 Ošetrovatelský proces u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou

V praktické části byl zpracován ošetrovatelský proces u 74letého pacienta, který prodělal ischemickou cévní mozkovou příhodu. Informace byly čerpány ze zdravotnické dokumentace, od zdravotnického personálu, od pacienta a jeho rodiny. Nedílnou součástí bylo i vlastní pozorování nemocného. Pacient byl hospitalizován v období od 06. 11. 2016 do 9. 12. 2016. Během hospitalizace prošel třemi různými odděleními. Prvotním oddělením byla iktová jednotka, kde byl hospitalizován od 06. 11. 2016 do 11. 11. 2016, poté byl přeložen na standardní neurologické oddělení, zde trvala hospitalizace od 11. 11. 2016 až do 17. 11. 2016, odkud byl přeložen k intenzivní rehabilitaci na rehabilitační oddělení. Zde hospitalizace trvala od 17. 11. 2016 až do 09. 12. 2016. Poté byl pacient propuštěn do domácího ošetřování. Plán individuální ošetrovatelské péče je realizován na rehabilitační klinice v období 30. 11. 2016 – 07. 12. 2016.

Pacient vyjádřil souhlas se zpracováním svého případu do bakalářské práce za předpokladu dodržení anonymity osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Průběh hospitalizace

Pacient po ICMP ze dne 06. 11. 2016. Dne 06. 11. 2016 náhle zjistil, že špatně hýbe pravou polovinou těla, pokles koutku vpravo, dysartrie- byl přijat na iktovou jednotku, kde mu byla, po kompenzaci TK, podána IVT. Během hospitalizace na standardním neurologickém oddělení byla provedena venepunkce pro polyglobulii. V době překlady na rehabilitační oddělení již v normě. U pacienta bylo provedeno vyšetření EKG Holtera – kde je setrvalá fibrilace síní s vyrovnanou komorovou odpovědí, frekvence kolem 65/ min, max bradykardie 40/min, pauza 2,7s v rámci arytmie v nočních hodinách. Dne 18. 11. 2016 pocit, že se nemůže vymočit – zaveden PMK č. 18. Byly provedeny odběry, kde byly prokázány známky rozvíjejícího se infektu, pacient byl febrilní, byly odebrány hemokultury a odeslána moč kultivačně. Obojí s negativním výsledkem. Akutně bylo provedeno USG břicha, žlučové cesty bez obstrukce, ledviny bez známek městnání – korová cysta pravé ledviny, pneumatóza kolon, hyperplasie prostaty. Na RTG hrudníku byl stacionární nález. Po konzultaci

s internistou doporučeno zahájení léčby ATB a dále dle stavu a výsledků. Zdroj infektu byl nejasný, na empiricky volených ATB (Augmentin) známky zánětu poklesly, po vysazení se ovšem objevily bolesti v levém epigastriu a známky zánětu opět stouply. Pacient byl opět vyšetřen internistou a pro diferenciální diagnózu divertikulitis bylo doporučeno chirurgické konzilium, při kterém se divertikulitis nepotvrdil. Pacientův klinický stav byl zlepšen na symptomatické terapii (mukolitiky, laxativa). Druhá série ATB léčby nebyla zahájena, známky zánětu postupně klesly. Zdroj infektu a klinických obtíží bronchitis a obstipace. Pro suspektní CHOPN bylo doplněno plicní konzilium, kde byl doporučen Berodual sprej. Pro emoční labilitu bylo provedeno psychologické vyšetření. Při tomto vyšetření bylo zjištěno, že se pacient těžce vyrovnává se zátěžovou situací, je úzkostný, je u něj přítomna emoční labilita s podílem organické etiologie. Byla doporučena vhodná medikace. Pacient se po celou dobu snažil spolupracovat se zdravotnickým personálem.

Základní údaje o pacientovi

Identifikační údaje:

Jméno a příjmení: K. S.

Pohlaví: muž

Datum narození: 1943

Věk: 74 let

Vzdělání: vyučen

Zaměstnání: starobní důchodce

Bydliště: Rakovník

Státní příslušnost: česká

Typ přijetí: překlad z neurologického oddělení

Datum překlady: 17. 11. 2016

Oddělení: Rehabilitační oddělení

Důvod přijetí: Pacient přeložen k intenzivní rehabilitaci

Medicínské diagnózy:

Hlavní medicínské diagnózy:

Z 509: rehabilitace po ICMP v.s.embolizační etiologie ze 6. 11. 2016 klinicky dominuje centrální paréza n. VII vpravo a dysatrie

G819: pravostranná hemiparéza po ICMP z 6. 11. 2016 centrální paréza N. faciális, dysatrie

I639: ICMP s pravostrannou symptomatickou, středně těžkou dysatrií, centrální parézou n VII 1 dx., po podání intravenózní trombolýzy (IVT) regrese nálezu na pravostranných končetinách ze dne 6. 11. 2016

Vedlejší medicínské diagnózy:**K590:** bolesti v levém hypogastriu při obstipaci**I10:** esenciální hypertenze – vstupně na neurologickém oddělení upravena terapie**I48:** chronická fibrilace síní – k trvalé antikoagulaci**I258 ICHS:** chronická - v roce 2002 PCI ACF a RD1 – implantace stentu ve FN Motol**J441:** suspektní CHOPN s akutní exacerbací – přeléčen empiricky ATB**Vitální funkce při přijetí:****TK:** 130/80mmHg**Váha:** 84kg**P:** 84/min**Výška:** 180cm**D:** 19/min (eupnoe)**BMI:** 24,7(normální váha)**TT:** 36,8° C (normotermie)**Vědomí:** při vědomí, orientován**Nynější onemocnění:**

Pacient po ICMP ze dne 6. 11. 2016 byl přeložen na rehabilitační oddělení k intenzivní rehabilitaci z neurologie ONK. Dne 6. 11. 2016 náhle zjistil, že špatně hýbe pravou polovinou těla, pokles koutku vpravo, dysartrie – přijat na NEU JIP po kompenzaci TK podána IVT. Na magnetické rezonanci mozku ze dne 10. 11. 2016 – čerstvá ischemie vlevo paraventrikulárně, velmi drobný okrsek v pons cerebri a dvě drobná ložiska charakteru subakutní ischemie vpravo paraventrikulárně, mnohočetná ložiska v bílé hmotě paraventrikulárně oboustranně s tendencí ke splývání v.s. postischemické.

Pacient byl od roku 2011 warfarizovaný pro fibrilace síní – warfarin vysazen pro hemophthalmus. Během hospitalizace na neurologii provedena venepunkce pro polyglobulii. Hematokrit nyní již v normě.

Anamnéza**Rodinná anamnéza****Matka:** zemřela ve věku 89 let na pneumonii**Otec:** zemřel ve věku 50 let na infarkt myokardu**Sourozenci:****Bratr:** zemřel ve věku 61 let na CA střev

Sestra: 64 let, arteriální hypertenze na terapii

Děti:

Dcera: 45 let, léčí se s roztroušenou sklerózou

Syn: 42 let, zcela zdrav

Osobní anamnéza:

Překonaná a chronická onemocnění: V dětství běžná dětská onemocnění, nyní ICHS – stenty v nemocnici Motol v roce 2002, esenciální hypertenze, fibrilace síní

Úrazy: úraz v mládí, po plastice pravé ruky, plastika v obličeji po úraze asi v roce 1990

Operace: appendix v dětství, 2002 implantace stentů , operace hernie 2004

Transfúze: 0

Očkování: Běžná očkování

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lorista	Tbl.	50 mg	1-0-1	Hypotenziva
Agen	Tbl.	5 mg	2-0-2	Blokátor kalciového kanálu
Digoxin	Tbl.	0,125 mg	2-0-0	Kardiotonikum
Detralex	Tbl.		1-0-1	Kardiotonikum
Rosucard	Tbl.	20 mg	0-0-1	Hypolipidemika
Apo - panto	Tbl.	40 mg	0-0-1	Inhibitor protonové pumpy
Ambrobene	Tbl.	30 mg	1-0-1	Expertorancia
Oxazepam	Tbl.		0-0-0-1	Benzodiazepin
			Při nespavosti	
Lactulosa	Sirup		Dle potřeby	Laxativa
Clexane	Injekce	0,6 ml	07 a 19:00 h	Antitrombotikum
			s.c.	

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické léky: neguje

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: nekuřák od roku 2000

Káva: 2x denně

Jiné návykové látky: neguje

Urologická anamnéza: Hypertrofie prostaty

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý, 2 děti, 3 vnoučata

Bytové podmínky: bydlí s manželkou v panelovém domě, v osmém patře s výtahem

Vztahy, role, interakce v rodině: velmi dobré

Vztahy, role, interakce mimo rodinu: nenarušené

Záliby: dříve aktivně sport, teď pasivně sport sledováním v televizi, rybaření, křížovky, četba, houbaření

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučen strojním zámečníkem

Pracovní zařazení: starobní důchodce, dříve montážní dělník

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: žádné

Posouzení stavu ze dne 30. 11. 2016

Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava a krk

Subjektivní údaje: „Občas mě pálí oči, jinak nemám žádný problém.“

Objektivní údaje: Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, koutek l. dx., expresivní fatická porucha, jazyk bez povlaku, plází doprava, chrup umělý, paréza n. VII vpravo. Uši a nos bez výtoků. Oči zarudlé. Zorničky izokorické, reagující na osvit. Krk souměrný, štítnice nezvětšena, karotidy tepou symetricky. Náplň jugulárních žil nezvýšená.

Hrudník a dýchací systém

Subjektivní údaje: „Občas se zadýchávám, mám kašel, ale dostávám léky.“

Objektivní údaje: Hrudník symetrický, bez deformit. Dýchání s četnými vrzoty. Po odkašlání nálezy zlepšen. DF 16/min. Námahová dušnost.

Srdečně cévní systém

Subjektivní údaje: „Léčím se s vysokým tlakem a mám fibrilaci síní.“

Objektivní údaje: Akce srdeční nepravidelná, kolem 65/ min., ozvy ohraničené. Dle EKG Holtera – setrvalá fibrilace síní s vyrovnanou komorovou odpovědí, maximální bradykardie 40/min, pauza 2,7 s v rámci arytmií v nočních hodinách.

Břicho a GIT

Subjektivní údaje: „Pobolívá mi břicho vlevo dole, nemůžu na záchod, tak asi proto.“

Objektivní údaje: Břicho měkké, prohmatné, v levém podbřišku lehká palpitační bolestivost. Játra nepřesahují pravý žeberní oblouk, borborygmy přítomné.

Močový a pohlavní systém

Subjektivní údaje: „Nikdy jsem s močením problém neměl, až teď tady jsem se nemohl pořádně vyčůrat. Proto mi zavedli tu hadičku. Už mi ji ale vyndali.“

Objektivní údaje: Moč odeslána na kultivace s negativním výsledkem. Moč + sediment bez významné patologie. Dle ultrasonografie hyperplazie prostaty.

Kosterní a svalový systém

Subjektivní údaje: „Od té příhody, co se mi teď stala, mi připadá, že mi to tělo neposlouchá, tak jak bych si přál, nevěřím, že se to může zlepšit.“

Objektivní údaje: Končetiny symetrické, bez otoků, varixů, dobře prokrvené. HK bez poruchy cití, pěst i špetku svede, palec do opozice dá. LHK dystaxie. Lehce vážne síla

stisku. Jemná motorika bez obtíží. DK bez poruchy čítí, mírná dystaxie. Klouby volně pohyblivé. Stoj a chůze nejistá, nutná dopomoc. Chůze v terénu lépe s oporou - 4kolové chodítko. Chůze po schodech - s přidržováním se zábradlí.

Nervový systém a smysly

Subjektivní údaje: „Používám brýle na čtení, jinak vidím i slyším zatím dobře. S řečí mám teď problém, ale cvičí tu se mnou mluvení. Teď často brečím, mám strach, jestli budu v pořádku, hlavně jestli můžu řídit auto.“

Objektivní údaje: Pacient orientován, místem, časem i osobou. Porucha krátkodobé paměti. MMSE 24 bodů - hraniční nález. Řeč je setřelá, hůře je rozumět. S řečí pomáhá klinický logoped. Pacient mírně úzkostný, přítomna emoční labilita s podílem organické etiologie. Doporučena medikace. Sluch a čich bez patologických změn.

Endokrinní systém

Subjektivní údaje: „Nemám žádný problém“

Objektivní údaje: Pacient nejeví žádné známky poruchy endokrinního systému.

Kůže a její adnexa

Subjektivní údaje: „Kůže je seschlá věkem, lepší už to nebude.“

Objektivní údaje: Barva kůže růžová, prokrvená, kožní turgor přiměřený. Kůže pravidelně promazávána, na nohou suchá, drobné hematomy po odběrech. Vlasy krátce zastřižené, čisté. Nehty upraveny.

Imunologický systém

Subjektivní údaje: „Jsem starý, tak se na mě lepí kdejaká nemoc.“

Objektivní údaje: Lymfatické uzliny nezvětšeny. V dětství běžná dětská onemocnění.
Alergie: 0

Poznámky z tělesné prohlídky:

Během rozhovoru působí pacient neklidně. Špatně ovládá emoce. Několikrát se během rozhovoru rozpláče. Na otázku, zda je mu rozhovor nepříjemný, pouze krčí rameny, ale na dotaz, zda můžeme pokračovat, souhlasně přikývne. Po celou dobu se snaží spolupracovat, odpovídá přiléhavě. Téměř v každé odpovědi je znát, že se zatím

se současným zdravotním stavem neztotožnil. Má obavu o budoucnost, nechce být nikomu na obtíž. Pacient je velmi unavený, proto jsme při rozhovoru udělali hodinovou přestávku.

Ošetřovatelská anamnéza ze dne 30. 11. 2016 podle koncepčního modelu Virginie Henderson

Před výběrem koncepčního modelu předcházelo podrobné prostudování všech koncepčních modelů. Vzhledem k onemocnění našeho pacienta byl vybrán koncepční model Virginie Henderson, protože se zdál být pro našeho pacienta nejvhodnější. Virginie Henderson udává 14 základních lidských potřeb jedince. Jedná se o následující komponenty:

- Pomoc pacientovi normálně dýchat
- Pomoc pacientovi při příjmu potravin a tekutin
- Pomoc pacientovi při vylučování
- Pomoc pacientovi při udržování optimální polohy
- Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku
- Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu a při oblékání
- Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty
- Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky
- Pomoc pacientovi před nebezpečím z okolí
- Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav
- Pomoc nemocnému při vyznávání jeho víry
- Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti
- Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Pomoc nemocnému normálně dýchat

Subjektivně (doma, při hospitalizaci)

„Občas se zadýchávám, někdy mám pocit, že se udusím. Trpím taky na kašel. Tyto problémy jsem měl i doma.“

Objektivně:

Pacient trpí již několik let CHOPN. Během hospitalizace měl plicní konzilium, kde mu byl doporučen Berodual sprej při těchto obtížích. Pacient je nekuřák od roku 2000. Předtím kouřil asi dvacet cigaret denně. Saturace pacienta je v rozmezí 96- 98%.

Měřicí technika: pravidelné měření pulzním oxymetrem, hodnoty od 96 % do 98 % - normální hodnota

Ošetrovatelský problém: námahová dušnost.

Priorita: střední

Pomoc pacientovi při příjmu potravin a tekutin**Subjektivně (doma, při hospitalizaci):**

„V jídle si hodně vybírám, prostě jsem mlsnej. Mám rád omáčky a knedlíky. Manželka vaří to, co mám rád. Je výborná kuchařka. Tady mi moc nechutná, vlastně ani nemám chuť k jídlu. Mám problém se vyprázdnit, proto taky nechci moc jíst. Rodina mi říká, že musím jíst i tady, prý to má vliv na moje uzdravení. No tak se teda snažím, ale spíš kvůli nim. Oni mi vozí dobroty, vždycky se mi zeptají, co bych si dal a druhý den mi to přinesou. Jsou hodní. Pocit žízně nemám, doma mi manželka nutí pít. Rád si dám občas pivo na chuť, ale nejsem žádný alkoholik. Nejvíce doma piju minerálky. Tady je k pití čaj, něco z něj vypiju, ale spíš taky ty minerálky. Dcera mi přivezla ledové kafe, to jsem si pochutnal. Jednou mi taky přinesla nealkoholické pivo.“

Objektivně:

Výška 180 cm, váha 84 kg BMI 24,7- normální váha. S příjmem tekutin se musí pacient pobízet, nemá pocit žízně. Hydratace je přiměřená. Polykání hodnoceno pomocí testu GUSS = 20 bodů, žádné příznaky dysfágie, minimální riziko aspirace.

Měřicí technika: BMI 24,7 normální váha, GUSS 20 bodů žádné příznaky dysfágie

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: 0

Pomoc pacientovi při vylučování**Subjektivně (doma, při hospitalizaci):**

„Doma jsem žádné problémy s vyprazdňováním neměl. Na stolicí jsem chodil pravidelně každé ráno. Netrpěl jsem průjmy ani zácpou. Nepamatuju si, že bych měl

někdy nějakou infekci močového měchýře. Tady problémy mám. Na čůrání jsem měl zavedenou tu hadičku, ale už mi jí vyndali, nemohl jsem se totiž pořádně vyčůrat. Mám strach, že nestihnu dojít na záchod včas. Stydím se, dvakrát jsem to totiž nestihnul. Nechci pořádně jíst, abych nemusel na velkou. Není mi to příjemný chodit jinde než doma. Teď už mi to pořádně ani nejde.“

Objektivně:

Moč je čirá bez příměsi a zápachu. Během hospitalizace byl u pacienta na přechodnou dobu zavedený PMK č. 18, pro retenci moči. Tyto problémy již nepřetrvávají, proto v současné době nemusí mít pacient dále PMK. S defekací má obtíže, proto jsou mu podávána Laxativa.

Ošetrovatelský problém: nepravidelné vyprazdňování

Priorita: střední

Pomoc pacientovi při udržování optimální polohy

Subjektivně (doma, při hospitalizaci):

„Doma si polohu a pohyb volím, jak chci. Tady si nejsem jistý při chůzi. Jsem celkově strašně neohrabanej od té příhody. Postel tady mi docela vyhovuje, i když doma mám pohodlnější. Tady si postel můžu polohovat, jak potřebuju. Spíš mi s tím teda pomáhá sestřička.“

Objektivně:

Pacient potřebuje částečnou dopomoc při chůzi. Chůze je nejistá. U přesunu z lůžka je vhodný dohled a částečná dopomoc. Pacient byl poučen.

Ošetrovatelský problém: nestabilní chůze, částečně nesoběstačný

Měřicí technika: hodnocení rizika pádu dle stupnice 6 bodů – střední riziko pádu

Priorita: střední

Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku

Subjektivně (doma, při hospitalizaci):

„Doma žádný problém se spánkem nemám, jsem spáček, rád si pospím i po obědě. Jsem důchodce, tak si to můžu dovolit. Mám rád na spaní teplo. Tady nemůžu v noci spát, pořád se budím strachy, co se mnou bude. Doma jsem nikdy prášky na spaní nepotřeboval, tady si o ně občas musím říct. V noci se často budím, mám strach, co bude dál a pak jsem přes den unavený.“

Objektivně:

Pacient má problémy se spánkem. Na noc je mu podávána lékařem předepsaná medikace. Je úzkostný, často se během noci budí plný obav o budoucnost. Během dne je unavený. Pacient usíná většinou okolo 24:00 hodiny a budí se ráno okolo 06:00 hodiny.

Ošetrovatelský problém: časté probouzení v noci

Priorita: střední

Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu a při oblékání**Subjektivně (doma, při hospitalizaci):**

„Doma mám rád pohodlné oblečení, spíš volnější. Vždycky jsem měl raději sportovní oblečení. Jinak módní trendy nesleduju. Na spaní mám doma jenom trenýrky a ponožky. Ponožky mám rád teplé.“

Objektivně:

Přes den má na sobě pacient bavlněné tričko a tepláky. S nácvikem oblékání mu pomáhá ergoterapeut. Na spaní používá volné pyžamo. Rodina mu nosí pravidelně čisté prádlo. Pacient nyní výměnu prádla považuje za zbytečnou. Ponožky používá i na spaní. Nejraději má teplé, pletené.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: 0

Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty**Subjektivně (doma, při hospitalizaci):**

„Mám rád teplo. Často mi zebou nohy, proto nosím teplé ponožky.“

Objektivně:

Během hospitalizace je tělesná teplota měřena pomocí digitálního teploměru v axile 2 krát denně. Tělesná teplota je zaznamenávána do zdravotnické dokumentace. Pacient má průměrnou tělesnou teplotu okolo 36,2°C - normotermie. Teplota prostředí požadovaná pacientem může být regulována topením a větráním.

Měřicí technika: měření tělesné teploty, barva kůže

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: 0

Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky

Subjektivně (doma, při hospitalizaci):

„Doma dávám přednost napuštěné vaně před sprchou. Koupu se 3 krát týdně. To mi stačí. Manželce hodně záleží, abych chodil upravený. Pokožku si nechráním žádným krémem, nemám to rád. Tady mi s koupáním musí pomáhat. Od té příhody to sám nezvládám. Sprchujou mi každý den, což je zbytečné. Hlavně je mi trapné, že mi musí pomáhat. Ach jo, jsem mrzák. Jak to bude doma?“

Objektivně:

Do sprchy vodí pacienta ošetrovatelský personál každé ráno. Pacient je částečně nesoběstačný při vykonávání hygieny. Pomoc vyžaduje zvláště při mytí a sušení těla, s holením pomáhá rodina. Pokožka je pravidelně promazávána ochrannými krémy. Pokožku má pacient suchou, bez defektu, pouze s drobnými hematomy po odběrech.

Ošetrovatelský problém: nezvládání samostatné hygieny

Měřicí technika: Barthelův test základních všedních činností 55 bodů – závislost středního stupně

Priorita: střední

Pomoc pacientovi před nebezpečím z okolí

Subjektivně (doma při hospitalizaci):

„Doma jsem žádný problém neměl. Od té příhody mi pořád říkají, že musím být opatrný, hlavně při chůzi.“

Objektivně:

Bezpečnost pacienta je částečně závislá na ošetřujícím personálu. Riziko pádu je minimalizováno zvednutými postranicemi při spánku, signalizačním zařízením u lůžka a dostatečné edukaci pacienta. S přesunem z lůžka pomáhá pacientovi ošetřující personál. Při chůzi pacient využívá chodítka nebo hůl v závislosti na svém psychickém stavu. Dle ordinace lékaře pacientovi je aplikována antikoagulační léčba.

Měřicí technika: nástroj pro zjištění rizika pádu, 6 bodů – střední riziko pádu

Ošetrovatelský problém: hrozí pád a krvácení

Priorita: střední

Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav

Subjektivně (doma, při hospitalizaci):

„ Od té příhody špatně mluvím, chodí za mnou logopedka a trénuje to se mnou. Jsem z toho nervózní, že je mi špatně rozumět. Nikdy jsem s řečí problém neměl. Jsem kamarádský, měl jsem rád společnost. Teď chci být radši sám, nechci být nikomu na obtíž. Každou chvíli se rozbřečím a ani nevím proč. Asi se stal ze mě blázen. Co se mnou bude? Jaká mě čeká budoucnost? Nechci nikomu překážet a nechci, aby se o mě musel někdo starat. Moje první manželka měla roztroušenou sklerózu, byla úplně odkázaná na moji pomoc. Staral jsem se o ni několik let. Ten poslední rok jsem jí musel dát do ústavu, nezvládnul jsem to. A teď jsem invalida já, nesnesu ten pocit, že budu někomu na obtíž. Budím se často strachy.“

Objektivně:

Řeč je setřelá, proto dochází každé dopoledne klinický logoped a řeč s pacientem nacvičuje. Přes den se snaží trénovat řeč sám. Pomáhá také rodina. Pacient je plný obav z budoucnosti. Největší obavou pro něj je pocit zbytečnosti. Nevyrovnal se se změnou svého zdravotního stavu. Během hospitalizace ho navštívil psycholog a doporučil mu adekvátní medikaci.

Ošetrovatelský problém: strach, špatně srozumitelná řeč

Měřicí technika: rozhovor

Priorita: střední

Pomoc pacientovi při vyznání jeho víry

Subjektivně (doma, při hospitalizaci):

„Nikdy jsem nebyl věřící. Jediná spravedlnost je smrt, ta si nevybírá.“

Objektivně:

Pacient péči duchovního nevyžaduje.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: 0

Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti

Subjektivně (doma, při hospitalizaci):

„Dělal jsem mistra v jedné firmě, pracoval jsem na montážích. Bavilo mě to. Pracoval jsem u jedné firmy celý život. Teď jsem důchodce a už nic nemusím. Hlavně teď nevím, co bude dál.“

Objektivně:

Pacient je ve starobním důchodu. Dříve pracoval jako montážní dělník v místě bydliště.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: 0

Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách

Subjektivně (doma, při hospitalizaci):

„V létě rád chodím na ryby, je to můj největší koníček už od dětství, jinak sleduju sport v televizi, rád čtu a luštím křížovky, houbařím. Taky chodím na procházky, hlavně se svým vnukem, který teď u nás přes týden bydlí, protože u nás ve městě studuje. Je to hodný kluk. Jenže co teď, budu moci ještě chytat ryby? Co bych dělal? Tady taky koukám na sport v televizi. Na čtení se moc nesoustředím, moc mi to teď nebaví. Nejradši bych zalezl do postele a jen odpočíval.“

Objektivně:

S pacientem přes den pracuje ergoterapeut a společně hledají nové činnosti, které by pacienta mohly oslovit. Ošetrovatelský personál se snaží pacienta povzbuzovat a motivovat do nových aktivit.

Ošetrovatelský problém: nenalezen

Priorita: 0

Situační analýza ke dni 30. 11. 2016

Polymorbidní pacient, 74 let, k dnešnímu dni 14. den hospitalizace na rehabilitační klinice, kam byl přeložen z neurologického oddělení k intenzivní rehabilitaci. Pacient po ICMP, která proběhla dne 06. 11. 2016. Jeho psychický stav není dobrý, je velmi emočně labilní, cítí se nepotřebný, je úzkostný, plný obav a strachu o budoucnost, po psychologickém konziliu byla doporučena vhodná medikace. Se zdravotnickým personálem spolupracuje, snaží se rehabilitovat. Velký problém má s verbální komunikací. Dochází za ním klinický logoped a řeč trénují. I přes den se snaží pacient řeč trénovat, v době návštěv mu pomáhá se cvičením rodina.

Pacient je částečně nesoběstačný při chůzi a hygieně. Potřebuje částečnou pomoc při hygieně a to jak v oblasti umývání, sušení, tak v oblasti přesunu do koupelny a na WC. Chůze je u pacienta nejistá, projevuje se chůzí o široké bazi, využívá kompenzační pomůcky dle psychiky. Z důvodu obavy z možného pádu, pacient spíše posedává. U pacienta se projevuje narušená krátkodobá paměť. Nedokáže si vybavit, co bylo před hodinou. Dlouhodobá paměť je bezproblémová. Během noci pacienta budí myšlenky ohledně budoucnosti spojené se změnou životní situace a vlastní hodnotou. Dle ordinace lékaře užívá medikaci v případě potřeby. Krevní tlak pacienta je v rozmezí 130-140/80-90mmHg. Pacientova hypertenze je kompenzována medikací. Pulzy jsou v rozmezí 65/ minutu. Tělesná teplota je 36,6 °C, dechová frekvence 18/minutu. Občas se objevuje zátěžová dušnost, při potížích využívá Berodual sprej. V jídle je hodně vybíravý. Do pití se musí nutit, nemá pocit žízně.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA TAXONOMIE II 2015-2017 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT:

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 -2017. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9009-6.

Všechny ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny ve spolupráci s pacientem ke dni 30. 11. 2016, což byl pro pacienta celkově 25. den hospitalizace. Na rehabilitačním oddělení to byl 14. den hospitalizace. Ošetrovatelské diagnózy byly rozděleny na aktuální a potenciální. Realizace byla prováděna během jednoho týdne. Byla provedena mnou a ostatními členy z multidisciplinárního týmu. Zhodnocení bylo provedeno po sedmi dnech. Tedy 21. den hospitalizace na rehabilitační klinice.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Zhoršená chůze (00088)

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 2. Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu v prostředí při chůzi.

Určující znaky: zhoršená schopnost zdolávat schody, zhoršená schopnost chodit po nerovném povrchu, zhoršená schopnost ujít požadované vzdálenosti

Související faktory: alterace kognitivních funkcí, snížená výdrž, strach z pádu, zhoršená rovnováha, nedostatečná svalová síla, ztráta kondice, změny nálad

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Doména 5. Percepce/kognice

Třída 5. Zhoršená verbální komunikace

Definice: Snížená, zpožděná, či neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat nebo využívat systém symbolů.

Určující znaky: potíže s vyjadřováním se, potíže udržet běžnou komunikaci, potíže s mluvením, špatná artikulace, drmolání

Související faktory: změny percepce, nízká sebeúcta, emocionální narušení, fyziologický stav (snížený průtok mozky)

Zhoršená paměť (00131)

Doména 5. Percepce/kognice

Třída 4. Zhoršená paměť

Definice: Neschopnost zapamatovat si nebo vybavit si informace či behaviorální dovednosti.

Určující znaky: zapomnětlivost, neschopnost vybavit si události, neschopnost vybavit si skutečné informace, neschopnost uchovat si nové informace

Související faktory: neurologické poškození

Deficit sebepečce při vyprazdňování (00110)

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebepečce

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky: zhoršená schopnost přemístit se na toaletu, zhoršená schopnost vstát z toalety

Související faktory: alterace kognitivních funkcí, únava, zhoršená schopnost přemístit se, neuromuskulární poškození, slabost, zhoršená mobilita

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebepečce

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

Určující znaky: zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt si tělo, zhoršená schopnost usušit si tělo.

Související faktory: alterace kognitivních funkcí, překážky v prostředí, úzkost, neuromuskulární poškození

Situačně nízká sebeúcta (00120)

Doména 6. Sebepercepce

Třída 2. Sebeúcta

Definice: Vývoj negativního vnímání vlastní hodnoty v reakci na stávající situaci.

Určující znaky: bezmocnost, nerozhodné chování, zpochybňuje vlastní hodnotu v dané aktuální situaci

Související faktory: změněný obraz těla, změna sociální role, neúspěchy

Potenciální ošetřovatelské diagnózy

Riziko krvácení (00206)

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Náhylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: léčba

Riziko pádů (00155)

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

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

Rizikové faktory: věk nad 65 let, používání pomůcek, alterace kognitivních funkcí, neznámé prostředí, farmaka, potíže s chůzí, porušená rovnováha

Zhoršená chůze (00088)

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 2. Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu v prostředí při chůzi.

Určující znaky: zhoršená schopnost zdolávat schody, zhoršená schopnost chodit po nerovném povrchu, zhoršená schopnost ujít požadované vzdálenosti

Související faktory: alterace kognitivních funkcí, snížená výdrž, strach z pádu, zhoršená rovnováha, nedostatečná svalová síla, ztráta kondice, změny nálad

Priorita: střední.

Cíl dlouhodobý: Pacient je schopný samostatné chůze do 100m po rovině bez pomůcek, v terénu s čtyřkolovým chodítkem - do tří měsíců.

Cíl krátkodobý: Pacient umí používat chodítko a hůl - jednoho týdne.

Očekávané výsledky: Pacient spolupracuje při vytvoření denního plánu- do 24 hodin. Pacient se pohybuje samostatně a není z chůze frustrován- do 5 dnů. Cvičí s fyzioterapeutem rovnováhu a koordinaci pohybů – 2x denně. Rodina se zapojuje do nacvičování bezpečné chůze denně.

Plán intervencí: 30. 11. – 07. 12. 2016

1. Sestav denní plán tak, aby se střídala chůze a cvičení s odpočinkem - do 24 hodin (pacient, fyzioterapeut, všeobecná sestra).
2. Nacvičuj s pacientem rovnováhu pomocí rehabilitačních pomůcek - denně(fyzioterapeut).
3. Nacvičuj s pacientem správnou koordinaci pohybů - denně (fyzioterapeut, ergoterapeut).
4. Všiměj si emoční reakce pacienta - denně (všeobecná sestra, ergoterapeut).
5. Vysvětli pacientovi možnosti využití kompenzačních pomůcek a nacvičuj s ním jejich používání - denně (fyzioterapeut, ergoterapeut).
6. Motivuj, povzbuzuj, aktivizuj a chval pacienta při chůzi a cvičení - denně (všeobecná sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut, rodina, všeobecný ošetřovatel, lékař).

7. Asistuj při léčbě základní dysfunkce, říd' se ordinací lékař - denně. (Všeobecná sestra).
8. Zapoj rodinu do nácviku bezpečné chůze - denně (všeobecná sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut).

Realizace: 30. 11. 2016 – 07. 12. 2016

Nejdříve byl pacient seznámen s možnostmi využívání kompenzačních pomůcek. Zprvu nejevil velký zájem o nacvičování bezpečné chůze, projevoval se u něj strach z možného nezvládnutí samostatné chůze s kompenzační pomůckou. U pacienta převládala nervozita. Byl mu dán prostor, aby si kompenzační pomůcky osahal a vyzkoušel. Velice pomohl ergoterapeut, který nabídl větší množství kompenzačních pomůcek a pacient si tak mohl vybrat tu, která mu nejvíce vyhovovala. Velmi přínosná byla také spolupráce s rodinou. Pacient před rodinou projevil větší ochotu k nácviku samostatné chůze. Každá pochvala pro něj byla značně motivující. Fyzioterapeut s pacientem nacvičoval také chůzi po schodech, vysvětloval zásady bezpečné chůze. Náplní nacvičování rovnováhy bylo také cvičení na speciálních míčích. Po celou dobu realizace nácviku bezpečné chůze byl u pacienta sledován vývoj jeho psychického stavu.

Zhodnocení 07. 12. 2016

Efekt částečný. Z hlediska dlouhodobého cíle byl plán částečně splněn, pacient byl schopen samostatné chůze po rovině na krátkou vzdálenost, na delší vzdálenost používal hůl. V terénu se pacient pohyboval s pomocí chodítka. Pacient znal možnosti využití kompenzačních pomůcek a uměl je využívat a není z chůze frustrován. Pacient projevoval velkou snahu ke zlepšení a nácviku chůze. Nutností bylo stále povzbuzování pacienta a chválení za každý pokrok. Rodina se aktivně zapojila do nácviku chůze s pacientem, což se ukázalo jako velmi přínosné. Pacientův psychický stav se zlepšoval.

Ošetřovatelské intervence pokračovaly: 2, 3, 4, 6, 7.

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Doména 5. Percepce/kognice

Třída 5. Zhoršená verbální komunikace

Definice: Snížená, zpožděná, či neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat nebo využívat systém symbolů.

Určující znaky: potíže s vyjadřováním se, potíže udržet běžnou komunikaci, potíže s mluvením, špatná artikulace, drmolení

Související faktory: změny percepce, nízká sebeúcta, emocionální narušení, fyziologický stav (snížený průtok mozkm).

Priorita: střední.

Cíl dlouhodobý: Pacientova řeč je co nejvíce srozumitelná - do půl roku.

Cíl krátkodobý: Pacient umí sdělovat své potřeby personálu i rodině, bez zbytečných obav - do jednoho týdne.

Očekávané výsledky: Pacient nemá strach z komunikace – do 3 dnů. Umí vyjádřit své potřeby – do 5 dnů. Artikulace je zlepšená a nepocituje deficit v oblasti komunikace - do 6 dnů. Pochopí potřebu změnit způsob komunikace - do 24 hodin.

Plán intervencí: 30. 11. – 07. 12. 2016

1. Trénuj zlepšení pacientovy komunikace - denně (logoped, všeobecná sestra, rodina).
2. Poskytni pacientovi informační a edukační materiály - do 24 hodin (logoped).
3. Zjisti příčinu strachu z komunikace - do týdne (logoped, rodina).
4. Využívej komunikačních prostředků ke zlepšení komunikace, např. televizor, rádio, tisk - denně (všeobecná sestra, ostatní ošetřující personál, ergoterapeut, rodina).
5. Ujistí pacienta, že frustrace a zlost jsou v jeho situaci normální a očekávané reakce - ihned (všeobecná sestra, logoped).
6. Povzbuzuj rodinu k častým návštěvám pacienta, aby byl pacient stimulován ke komunikaci - denně (všeobecná sestra, lékař, ergoterapeut, logoped).
7. Hovoř na pacienta pomalu, zřetelně, tváří v tvář - denně (všeobecná sestra, lékař, logoped, ergoterapeut, rodina).
8. Slovně vybízej pacienta k reakcím na dotazy - denně (všeobecná sestra, lékař, logoped, ergoterapeut, rodina, ostatní ošetřující personál).
9. Poskytni pacientovi dostatek prostoru k vyjádření, nespěchej s odpovědí - denně (všeobecná sestra, lékař, logoped, ergoterapeut, rodina, ostatní ošetřující personál).

10. Nepoužívej dlouhá souvětí a odborné výrazy - denně (všeobecná sestra, lékař, logoped, ergoterapeut, rodina).
11. Sleduj neverbální projevy komunikace a chval ho při každém pokroku - denně (všeobecná sestra, logoped, rodina, ergoterapeut).

Realizace: 30. 11. 2016 – 07. 12. 2016

Pacient se každý den zúčastňoval sezení s logopedkou, kde společně zlepšovali artikulaci a komunikaci. Ve spolupráci s logopedkou, rodinou a ergoterapeutem zjišťovaly všeobecné sestry příčiny pacientova strachu. Pacient vyjádřil obavu z posměchu při komunikaci, styděl se, že nemůže najít správná slova, za nesprávnou artikulaci. Rodina se také aktivně zapojovala do nácviku správné výslovnosti za pomoci logopedky. Pacient obdržel od logopedky několik edukačních materiálů a informačních letáků. Pacientovi bylo trpělivě nasloucháno a ponechán mu byl dostatek prostoru pro odpověď. Byly voleny jsme krátké a jednoduché věty, na které navazovaly jednoduché odpovědi. Po celou dobu byl pacient povzbuzován a motivován k dalším úspěchům. Byl mu předkládán tisk, v televizi sledoval především sportovní televizní kanál. Při komunikaci byly odstraněny rušivé elementy, aby se pacient mohl lépe soustředit.

Zhodnocení 07. 12. 2016

Efekt částečný. V logopedické intervenci bude nutné pokračovat i po ukončení hospitalizace. Při nervozitě je řeč stále hůře srozumitelná. Byl znát velký pokrok v komunikaci. Artikulace se výrazně zlepšila. Pacient bez obavy dokázal vyjádřit své potřeby personálu i rodině.

Ošetřovatelské intervence pokračovaly: 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

Zhoršená paměť (00131)

Doména 5. Percepce/kognice

Třída 4. Zhoršená paměť

Definice: Neschopnost zapamatovat si nebo vybavit si informace či behaviorální dovednosti.

Určující znaky: zapomnětlivost, neschopnost vybavit si události, neschopnost vybavit si skutečné informace, neschopnost uchovat si nové informace

Související faktory: neurologické poškození

Priorita: střední.

Dlouhodobý cíl: Pacient nemá problém s krátkodobou pamětí a zvýší se jeho bodové skóre MMSE testu - do jednoho měsíce.

Krátkodobý cíl: Pacient zná příčinu poruchy krátkodobé paměti a chápe smysl trénování kognitivních funkcí – do 1 týdne.

Očekávané výsledky: Pacient si uvědomuje problémy s pamětí – do 2 hodin. Akceptuje omezení v důsledku zdravotního stavu a zná metody i techniky pro zapamatování důležitých věcí – do 3 dnů. Zná příčinu poruchy krátkodobé paměti – do 1 hodiny.

Plán intervencí: 30. 11. – 07. 12. 2016

1. Posiluj paměť pacienta pomocí používání kalendáře, zápisníku, křížovek, her, práce s počítačem, využívej všechny dostupné prostředky, které zvyšují nároky na paměť - denně (všeobecná sestra, všeobecný ošetřovatel, ergoterapeut).
2. Zajisti spolupráci ergoterapeuta a rodiny, do 1 dne (všeobecná sestra)
3. Informuj rodinu o kompenzačních prostředcích proti zapomínání v podobě denního plánování či písemných seznamů - do 1 dne (všeobecná sestra, ergoterapeut).
4. Zajisti, aby pacient dostatečně odpočíval - ihned (všeobecná sestra).
5. Pomoz pacientovi dosáhnout maximální možné nezávislosti - do konce hospitalizace (všeobecná sestra, ergoterapeut, rodina).
6. Prováděj s pacientem trénink kognitivních funkcí - denně (ergoterapeut).
7. Vysvětli pacientovi příčinu poruchy krátkodobé paměti - do 1 hodiny (lékař, všeobecná sestra, ergoterapeut).
8. Zopakuj znovu MMSE test - do konce hospitalizace (všeobecná sestra, ergoterapeut).

Realizace: 30. 11. 2016 – 07. 12. 2016

Pacient byl seznámen s důvodem, proč u něj došlo ke zhoršení krátkodobé paměti. Seznámil se také s možnostmi jejího trénování. Opět se ukázalo, jak je přínosné zapojit rodinu. Každý den měl možnost trénovat paměť s ergoterapeutem, s rodinou i se všeobecnou sestrou. Rodina se stále aktivně zapojovala a zajímala se o možnosti

trénování kognitivních funkcí v domácím prostředí. Ergoterapeut jim poskytl edukační materiály. Protože byl pacient často unavený, poskytli jsme mu prostor pro odpočinek. Pacient se za pomoci ergoterapeuta a rodiny učil pracovat na počítači. Byl velmi spokojený, že dělal pokroky. Osvědčil se i notýsek, kde si pacient zapisoval své denní činnosti. Rodina s ergoterapeutem a všeobecnou sestrou motivovali pacienta k sepsání životních zážitků. Zprvu zaujal negativní postoj, ale později připustil možnost, že se této činnosti bude doma věnovat. Dokonce uvažoval o sepsání na počítači. To byl u pacienta velký pokrok.

Zhodnocení 07. 12. 2016

Efekt částečný. Porucha krátkodobé paměti přetrvávala, ale byly viditelné pokroky. Pacient obdržel informace o důvodu zhoršené krátkodobé paměti, seznámil se s možnostmi, jak účinně si s tímto problémem poradit. Chápal nutnost a smysl pravidelného procvičování paměti. Oblíbil si práci na počítači a vážně uvažoval o sepsání životních zážitků.

Ošetřovatelské intervence pokračovaly: 1, 4,5, 6, 8.

Deficit sebekpěče při vyprazdňování (00110)

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebekpěče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky: zhoršená schopnost přemístit se na toaletu, zhoršená schopnost vstát z toalety.

Související faktory: alterace kognitivních funkcí, únava, zhoršená schopnost přemístit se, neuromuskulární poškození, slabost, zhoršená mobilita

Priorita: střední.

Cíl dlouhodobý: Pacient umí používat chodítko i hůl k přesunu na WC – do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacient spolupracuje při odstraňování překážek bránících vyprazdňování – do 2 dnů.

Očekávané výsledky: Pacient se vyprazdňuje na úrovni svých možností – do 5 dnů. Zná svoji situaci, příčiny a principy léčby, včetně bezpečnostních opatření, která je nutno dodržovat – do 6 dnů. Nepocítuje deficit při vyprazdňování – do 3 dnů.

Plán intervencí: 30. 11. 2016 – 07. 12. 2016

1. Nacvičuj s pacientem přesun na toaletu - denně (všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut).
2. V případě nutnosti umožni pacientovi vyprázdnit se na přenosném klozetu - ihned (všeobecná sestra).
3. Upřednostňuj přesunutí pacienta na WC před vyprazdňováním na pokoji před ostatními pacienty - ihned (všeobecná sestra).
4. Zajisti pacientovi dostatek času při vyprazdňování - ihned (všeobecná sestra).
5. Zaměř se na prevenci vzniku poruchy vyprazdňování (zácpa) - ihned (všeobecná sestra, lékař).
6. Edukuj pacienta o vhodných potravinách s dostatkem vlákniny - ihned (všeobecná sestra, nutriční terapeut).
7. Podávej pacientovi laxativa dle ordinace lékaře a zapisuj vše do zdravotnické dokumentace - dle potřeby (všeobecná sestra).
8. Umístí v dosahu signalizační zařízení - ihned (všeobecná sestra).

Realizace: 30. 11. – 07. 12. 2016

Pacient měl k dispozici u lůžka přenosný klozet, který špatně toleroval z důvodu psychické bariéry a studu. Tato skutečnost byla motivací pro nácvik přesunu na WC. Pro větší pocit bezpečí měl k dispozici signalizační zařízení. Zajištěn byl nutriční terapeut, který vysvětlil důležitost zařadit dostatek vlákniny a pitného režimu do jídelníčku. Proběhla také edukace o vlivu pohybu na peristaltiku střev.

Zhodnocení 07. 12. 2016

Efekt byl splněn, pacient lépe zvládal přesuny na toaletu. Znal důležitost změny jídelníčku a pitného režimu. Akceptoval pohyb jako důležitou součást v procesu vyprazdňování.

Ošetřovatelské intervence byly splněny.

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebev péče

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

Určující znaky: Zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt si tělo, zhoršená schopnost usušit si tělo.

Související faktory: alterace kognitivních funkcí, překážky v prostředí, úzkost, neuromuskulární poškození

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient potřebuje minimální dopomoc při hygieně - do dvou měsíců.

Krátkodobý cíl: Pacient zná svá omezení a umí používat vhodné alternativy k provádění hygieny – do jednoho týdne.

Očekávané výsledky: Pacient zná svůj deficit při koupání a potřeby v oblasti hygieny – do 2 hodin. Osvojí si nové způsoby, jak provádět hygienu a umí ji provádět dle svých současných možností – do 5 dnů. Rodina zajistí pomoc při hygieně v domácím prostředí – před propuštěním.

Plán intervencí: 30. 11. 2016 – 07. 12. 2016

1. Seznam pacienta s vhodnými pomůckami (sedátko na vanu, madla, protiskluzové podložky, nástavce na kartáč apod.), které mu usnadní provádění hygieny, a nauč ho je používat - do týdne (ergoterapeut, všeobecná sestra, rodina).
2. Zajisti konzultaci rodiny s ergoterapeutem ohledně prováděné hygieny v domácím prostředí - do konce hospitalizace (všeobecná sestra, lékař).
3. Při úkonech sebepéče poskytni pacientovi dostatek času a soukromí - ihned (všeobecná sestra).
4. Zjistí pacientův rituál při koupání a respektuj ho - ihned (všeobecná sestra, ergoterapeut).
5. Podporuj pacienta v nácviku hygieny a sebepéče - denně (všeobecná sestra, rodina).

Realizace: 30. 11. – 07. 12. 2016

Pacient byl seznámen s novými způsoby při provádění hygieny dle jeho možností. Vzhledem k pacientovým obavám, jak bude probíhat hygiena doma, byla zajištěna konzultace rodiny s ergoterapeutem. Ten rodině vysvětlil a navrhl různá řešení v podobě např. instalací různých madel, sedačky na vanu nebo sedátko do sprchového koutu. Pro větší komfort pacienta navrhl také nástavec na WC. Zjištěn byl pacientův rituál v oblasti prováděné hygieny a tento byl dodržován.

Zhodnocení 07. 12. 2016

Efekt částečný. Pacient prováděl hygienu novými způsoby dle svých možností. Přínosná byla konzultace rodiny s ergoterapeutem, který navrhl možná řešení v oblasti hygieny v domácím prostředí. Intervence v oblasti koupání byly splněny. Částečná dopomoc při koupání pokračovala.

Ošetřovatelská intervence pokračovala: 5.

Situačně nízká sebeúcta (00120)

Doména 6. Sebepercepce

Třída 2. Sebeúcta

Definice: Vývoj negativního vnímání vlastní hodnoty v reakci na stávající situaci.

Určující znaky: bezmocnost, nerozhodné chování, zpochybňuje vlastní hodnotu v dané aktuální situaci

Související faktory: změněný obraz těla, změna sociální role, neúspěchy

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: Pacient používá sebenegující poznámky v minimální míře - do tří měsíců.

Krátkodobý cíl: Pacient zná své silné stránky a posílí pozitivní přístup k současné situaci – do jednoho týdne.

Očekávané výsledky: Pacient chápe současnou změnu své sociální situace a akceptuje změněný obraz těla, uvědomuje si vlastní odpovědnost a má kontrolu nad svou současnou situací – do 3 dnů. Aktivně se zapojuje do plánů i realizace péče o sebe sama - do 2 dnů. Sníží sebenegující poznámky – do 6 dnů.

Plán intervencí: 30. 11. 2016 – 07. 12. 2016

1. Aktivně pacientovi naslouchej a povzbuzuj ho v jeho silných stránkách - denně (všeobecná sestra, rodina).
2. Dej pacientovi příležitost uplatnit alternativní zvládání jeho problémů - denně (všeobecná sestra, rodina).
3. Posiluj pacientovy schopnosti a dej mu najevo důvěru v něj - denně (všeobecná sestra, rodina).
4. Zajisti opakovanou konzultaci s psychologem ohledně častých sebenegujících poznámek - ihned (všeobecná sestra, lékař).
5. Motivuj pacienta k uvědomění si vlastní zodpovědnosti a kontroly nad svojí současnou situací - do konce hospitalizace (všeobecná sestra, rodina).
6. Vysvětli pacientovi, že jeho sociální situace má řešení a upozorni ho na jeho dobré domácí zázemí - denně (všeobecná sestra).

Realizace: 30. 11. – 07. 12. 2016

Během rozhovorů pacient zaujímal negativní postoj k sobě i ke své situaci. Mohl si tak utřídit své priority, poznat své silné stránky a uvědomit si vlastní zodpovědnost a rozhodování při další rekonvalescenci. K posílení dobrého psychického stavu byla zajištěna opětovná konzultace psychologa. Po celou dobu byl pacienta ve spolupráci s jeho rodinou podporován v jeho schopnostech a byla mu dávana najevo důvěra v něj.

Zhodnocení 07. 12. 2016

Efekt částečný. Pacient akceptoval do určité míry svoji současnou situaci, rodina mu byla stále velkou oporou, což pomáhalo zlepšení jeho pohledu na vlastní osobu. Podařilo se zmírnit negativní poznámky a posílit jeho účast na dalším rozhodování při jeho péči.

Ošetřovatelské intervence pokračovaly: 1, 2, 3, 5, 6.

Riziko krvácení (00206)

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

Definice: Náhylnost ke snížení množství krve, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: léčba

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: U pacienta se neprojeví krvácení – do konce hospitalizace.

Krátkodobý cíl: Pacient zná důvody pro dlouhodobou aplikaci medikamentu Clexan – do 1 dne.

Očekávané výsledky: Pacient akceptuje dlouhodobou aplikaci Clexanu a zná důvody proč je tato léčba nastavena – do 5 hodin. Pacient i jeho rodina zná příčinu možných hematomů – do 1 dne.

Plán intervencí: 30. 11. 2016 – 07. 12. 2016

1. Edukuj pacienta o důvodu nutnosti dlouhodobé aplikace antikoagulační medikace, opakovaně (všeobecná sestra, lékař).
2. Edukuj pacienta a jeho rodinu o zásadách správné aplikace medikamentu Clexan, opakovaně (všeobecná sestra).
3. Vytvoř pro pacienta a jeho rodinu edukační leták o aplikaci medikamentu Clexan, do konce hospitalizace (všeobecná sestra).
4. Informuj rodinu o možných hematomech po aplikaci Clexanu, do dvou dnů (všeobecná sestra).
5. Aplikuj Clexan a sleduj možné komplikace a vše zapisuj do zdravotnické dokumentace – denně (všeobecná sestra).

Realizace: 30. 11. – 07. 12. 2016

Pacienta byl poučen o nutnosti dlouhodobé aplikace medikamentu Clexan. Byl pro něj a jeho rodinu vytvořen informační materiál o zásadách správného postupu při aplikaci Clexanu. Pacient i jeho rodina byli upozorněni na možné hematomy a jejich příčinu.

Zhodnocení 07. 12. 2016

Efekt částečný. Pacient byl poučen o nutnosti podávání Clexanu. On i jeho rodina znali možné komplikace při aplikaci Clexanu.

Ošetřovatelské intervence pokračovaly: 5.

Riziko pádů (00155)

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

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

Rizikové faktory: věk nad 65 let, používání pomůcek, alterace kognitivních funkcí, neznámé prostředí, farmaka, potíže s chůzí, porušená rovnováha

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: U pacienta nedojde k pádu – do konce hospitalizace.

Krátkodobý cíl: Pacient spolupracuje v předcházení možného pádu – do 1 týdne.

Očekávané výsledky: Pacient je plně informován o prevenci rizika pádu – do 1 dne. Používá obuv s pevnou patou – do 2 dnů. Prostor je pro pacienta bezpečný – do 1 hodiny.

Plán intervencí: 30. 11. 2016 – 07. 12. 2016

1. Zajisti pro pacienta bezpečné prostředí - ihned (všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, ostatní ošetrovatelský personál).
2. Informuj rodinu a pacienta o prevenci pádu z důvodu nevhodné obuvi - do dvou hodin (všeobecná sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut).
3. Kontroluj správné používání kompenzačních pomůcek - opakovaně (všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut).
4. Zajisti na noc zvednuté postranice a umísti signalizační zařízení do blízkosti pacienta - opakovaně (všeobecná sestra).

Realizace: 30. 11. – 07. 12. 2016

Pro pacienta bylo zajištěno bezpečné prostředí k minimalizaci rizik pádu, po domluvě s fyzioterapeutem rodina zajistila kvalitní pevnou obuv. Opakovaně byl pacient poučen o bezpečné manipulaci s kompenzační pomůckou. Na noc byly pravidelně zvednuté postranice a pacient měl v blízkosti signalizační zařízení.

Zhodnocení 07. 12. 2016

Efekt částečný. Pacient uměl bezpečně používat kompenzační pomůcku a znal možná rizika pádu. Po celou dobu realizace nedošlo k pádu.

Ošetrovatelské intervence pokračovaly: 3,4.

Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacient 74 let přeložený z neurologické kliniky na rehabilitační kliniku k intenzivní rehabilitaci po prodělané ICMP. Hospitalizace na rehabilitační klinice proběhla ve dnech 17. 11. – 09. 12. 2016.

Ze začátku na rehabilitační klinice byl celkový zdravotní i psychický stav celkově neuspokojivý. Pacient nemohl začít s intenzivní rehabilitací z důvodu komplikací přidružených onemocnění. Také jeho psychický stav nebyl dobrý. Po zvládnutí těchto komplikací začal pacient s intenzivní rehabilitací. Počátky rehabilitace nebyly u pacienta jednoduché a spolupráce s ním byla obtížná. Pacient byl velmi negativistický, nevěřil si, nechtěl trénovat chůzi, vázl příjem potravy, obával se možných neúspěchů. Do péče o pacienta se zapojil celý multidisciplinární tým, který se skládal z lékařů, všeobecných sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinických logopedů, psychologů, nutričních terapeutů a ostatního ošetrovatelského personálu. Velmi důležité bylo aktivní zapojení rodiny do péče o pacienta. V rodině měl pacient po celou dobu velkou oporu. U pacienta jsme vypracovali ošetrovatelský plán podle Virginie Henderson, protože tento model péče byl pro našeho pacienta nejvhodnější. Časový úsek pro realizaci péče jsme stanovili na sedm dní a poté byl zhodnocen. Některé problémy pacienta se podařily částečně odstranit. Chůzi po rovině do vzdálenosti 100 metrů zvládne pacient sám bez holi i chodítka. Na delší vzdálenost používá hůl a v terénu 4 kolové chodítka. V současné době už nemá z chůze strach. Při vyprazdňování používá nástavec na toaletu a přesun na WC zdolává sám bez pomoci. Ve spolupráci s logopedem dosáhl pacient větších úspěchů v komunikaci, ale je si vědom, že v nácviku správné výslovnosti musí pokračovat i po propuštění do domácího ošetřování. Díky motivaci ergoterapeuta i rodiny se pacient rozhodl pro sepsání životní kroniky. Pokrok ve zlepšení jeho krátkodobé paměti byl znatelný. Osvojil si nové způsoby sebezpěče. Po celou dobu hospitalizace nedošlo k pádu ani ke krvácení.

Po psychické stránce došlo k mírnému zlepšení, velkou zásluhu na tom má celý multidisciplinární tým a v neposlední řadě jeho rodina. Všichni se snažili pacienta povzbuzovat, chválili každý jeho pokrok, byť byl sebemenší. Toto bylo pro pacienta velmi přínosné a postupně více spolupracoval a aktivně se zapojoval do léčebného procesu. Rodina pozitivně reagovala na spolupráci s celým multidisciplinárním týmem.

Doporučení pro praxi

Doporučení pro pacienta:

- Pokračujte ve zvýšené fyzické aktivitě i po propuštění z nemocnice. Můžete si pořídit krokoměr a každý týden navyšujte vzdálenost.
- Docházejte 1 krát týdně ke svému klinickému logopedovi, cvičte s rodinou správnou artikulaci.
- Používejte kompenzační pomůcky – chodítko, hůl, nástavec na WC a ostatní pomůcky, které máte popsány v informačním materiálu, který jste obdržel.
- Trénujte stále kognitivní funkce – pomocí křížovek, zápisků, odkaz na podrobný návod pro trénink kognitivních funkcí najdete v informačním materiálu.
- Nyní máte čas na sepsání vašich životních zážitků. Uděláte tak jistě rodině radost a ještě budou mít děti a další generace krásnou vzpomínku.
- Dodržujte správné zásady aplikace Clexanu dle edukačního letáku, v případě komplikací kontaktujte svého praktického lékaře.
- Na svoje problémy nejste sám – důležité kontakty najdete také v informačním materiálu.

Doporučení pro rodinu:

- Motivujte, povzbuzujte.
- Nezahrnujte ho přílišnou péčí, zapojte pacienta do všedních denních činností, vyšlete ho na malý nákup, nechte ho oloupat brambory apod., poskytněte mu prostor pro jeho seberealizaci.
- Váš blízký musí cítit, že je stále platným a nenahraditelným členem rodiny – požádejte ho o radu.
- Nezapomínejte při péči o svého blízkého na sebe a svůj odpočinek. Náplnujte si vždy jeden den v týdnu pro sebe a péči o svého blízkého přenechte ostatním členům rodiny či profesionálům.
- Důležité kontakty a rady můžete najít v našem informačním materiálu.

Doporučení pro sestry:

- Zdokonalujte se v komunikaci s pacienty po CMP, mluvejte na pacienta srozumitelně a v krátkých větách, nepoužívejte odborné výrazy a zdrobněliny, ponechte pacientovi čas na odpověď, buďte trpělivé.
- Přistupujte k pacientovi vždy z postižené strany, tím podpoříte uvědomování si postižené strany.
- Motivujte pacienta k dosažení co největší soběstačnosti.
- Vytvořte pro pacienta bezpečné prostředí.
- Vzdělávejte se v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po ICMP, zjistěte jak je to s ošetrovatelskou péčí v zahraničí.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo přiblížení problematiky ICMP, popsat symptomatologii, diagnostiku a léčbu při současných poznatcích. Důraz byl kladen na specifickou péči o pacienty po prodělané ICMP. Cílem praktické části bylo vytvoření ošetrovatelského procesu u pacienta po ICMP podle koncepčního modelu Virginie Henderson. Tento model vyhovoval našemu pacientovi nejvíce, protože podporuje co největší míru soběstačnosti pacienta. Výstupem této práce bylo doporučení pro praxi, zhotovení informačního materiálu o zásadách správné aplikace Clexanu a vytvoření příručky pro našeho pacienta a jeho rodinu.

Při zpracovávání teoretické části jsme zjistili, že je velmi důležité rozpoznání příznaků ICMP a včasné přivolání lékařské pomoci. Na následnou kvalitu života nemocného má velký vliv správná diagnostika a včasné zahájení léčby ve specializovaných iktových centrech. Měla jsem možnost pozorovat práci sester na různých odděleních při péči o pacienty po ICMP. Všimla jsem si rozdílů v přístupu všeobecných sester k pacientovi. Každá všeobecná sestra by měla být dostatečně erudovaná v péči o pacienta ICMP, ale všimla jsem si rozdílu hlavně v komunikaci.

Pro kvalitu následného života bylo pro našeho pacienta rozhodující správné rozpoznání prvotních příznaků a okamžité přivolání rychlé zdravotnické pomoci manželkou a následná hospitalizace ve specializovaném centru. Po celou dobu se rodina aktivně zajímala o možnosti zapojení se do léčebného procesu. Rodina nemocného stále podporuje a motivuje v rehabilitaci a ostatních činnostech. Ne každému pacientovi se dostane tak rychlé pomoci a následky iktu pak mohou být ještě více invalidizující. Bez podpory rodiny mohou být umístění v léčebnách dlouhodobé péče, kde je rehabilitace málo intenzivní a doba rekonvalescence se značně prodlužuje.

Cíle bakalářské práce se podařilo splnit. Bakalářská práce bude poskytnuta Rehabilitační klinice jako informační materiál pro nové absolventky v adaptačním období a bude sloužit jako podklad odborného semináře v téže nemocnici. Vzniklé informační materiály budou poskytnuty managementu zdravotnického zařízení ke zhodnocení a možnému využití v péči o pacienty. V informačním letáku jsou použity vlastní fotografie autorky, pacienti s uveřejněním fotografií souhlasili, ale jejich jména nejsou uvedena z důvodu ochrany osobních údajů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 9788072627073.

BAR, Michal. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína* [online]. 2011, **11**(2) [cit. 2017-02-13]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>

BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. ISBN 9788073873899.

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. ISBN 9788090287648.

CLARKE, David J. Nursingpractice in strokerehabilitation: systematicreview and meta-ethnography. *JournalofClinicalNursing* [online]. 2014, **23**(9-10), 1201-1226 [cit. 2017-02-13]. DOI: 10.1111/jocn.12334. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12334>

FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, c2007. ISBN 9788072624287.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2015. ISBN 9788024754123.

HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2014. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 9788073453732.

HUTYRA, Martin. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024738161.

CHRÁSTKOVÁ, Eva. Komunikační dovednosti sester u klientů po CMP s poruchou řeči. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, **19**(7-8), 55-56. ISSN 1210-0404.

ICTUS o.p.s. [online]. Praha, 2007 [cit. 2017-02-26]. Dostupné z: www.ictus.cz

KALINA, Miroslav. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 9788073871079.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, c2006. Jessenius. ISBN 8085912260.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta, 2010. Lékař a pacient. ISBN 9788020420930.

KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024727653.

KUBRICKÁ, Jana. Cévní mozkové příhody. *Sestra* [online]. 2012, **22**(9), 39-41 [cit. 2017-02-13]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: www.zdravi.euro.cz/clanek/sestra/cevni-mozkove-prihody-466841

LAURENČÍKOVÁ, Eva. Ošetrovatelská péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Brno, 2007, **3**(2), 66-67. ISSN 1801-1349.

MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 8024714426.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. Post-Stroke Rehabilitation. In: *Knowstroke* [online]. Bethesda: NIH Neurological Institute, 2014 [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: https://stroke.nih.gov/documents/Post-Stroke_Rehabilitation_english_brochure.pdf

NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024711508.

NĚMCOVÁ, Jitka. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: Text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00, 2016. ISBN 978-80-905728-1-2.

OPAVSKÁ, Irena. Příčiny strachu u nemocných po cévní mozkové příhodě. *Florence*. Praha: AmbitMedia, 2016, **12**(11), 23-25. ISSN 1801-464X.

OROS, Rareș I., Codruța A. POPESCU, Sorin O. IOVA, Petru MIHANCEA a Claudia A. IOVA. Depression, activities of daily living and quality of life in elderly stroke patients. *Human* [online]. 2016, **8**(1), 24-28 [cit. 2017-02-26]. ISSN 20667655.

POWELL, Trevor J. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 9788073676674

PALMER, Sara a Jeffrey B. PALMER. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál, 2013. Rádci pro zdraví. ISBN 9788026203483.

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 9788024711355.

PIECKOVÁ, Lenka. Rehabilitační ošetrovatelství v práci sestry. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2012, **22**(6), 34-35. ISSN 1210-0404.

PŘIBKOVÁ, Věra. *Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ. Vedoucí práce Mgr. Martina Šellingová.

ROŠKOVÁ, Silvia. Odpočinek a spánek. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2013, **23**(1), 35-37. ISSN 1210-0404.

SOUČEK, Miroslav, ed. *Aktuality z vnitřního lékařství 2016: XXIII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně, 21.- 24. 9.2016*. Praha: Axonite, 2016. Axonitereview. ISBN 9788088046073.

SPENCE, J. David. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. Praha: Triton, 2008. ISBN 9788073870584.

STEIN, Joel. *Strokerecovery and rehabilitation*. New York: DemosMedical, c2009. ISBN 1933864125.

STRUWE, JH, M BAERNHOLDT, V NOERHOLM a J LIND. Howisnursing care forstrokepatientsorganised? Nurses' views on bestpractices. *JOURNAL OF NURSING MANAGEMENT* [online]. 2013, **21**(1), 141-151 [cit. 2017-02-13]. ISSN 09660429

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 9788074920660.

ŠKOLOUDÍK, David a Daniel ŠAŇÁK. *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 9788073453602.

THEOFANIDIS, Dimitrios a Bernard GIBBON. Article: Nursinginterventions in stroke care delivery. *JournalofVascularNursing* [online]. 2016, **34**(4), 144-151 [cit. 2017-02-13]. DOI: 10.1016/j.jvn.2016.07.001. ISSN 10620303.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009. Jessenius. ISBN 9788073452025.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 9788024726670.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: GradaPublishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 9788024734217.

WHO, *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024705923.

ZACHAROVÁ, Eva. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2010, **20**(7-8), 28-29. ISSN 1210-0404.

PŘÍLOHY

Příloha A – Informační materiál s názvem Návrat domů po ICMP.....	I
Příloha B – Zásady správné aplikace Clexanu.....	XIV
Příloha C – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu.....	XXI
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	XXII
Příloha E – Rešeršní protokol	XXIII

Příloha A – Informační materiál s názvem Návrat domů po ICMP



Návrat domů po ischemické cévní mozkové příhodě



Zdroj: autorka, 2017

Příručka pro pacienty po ICMP a jejich rodinné
příslušníky.

Jana Vostatková

Praha 2017

Konečně se přiblížil den, kdy vašeho blízkého, který prodělal cévní mozkovou příhodu, propustí do domácího ošetřování. Těšíte se, ale zároveň se trochu obáváte, co vás čeká? Zvládnete péči o svého blízkého? Jsou ještě otázky, které zůstaly během hospitalizace nezodpovězené? Jak hodně se změní chod vaší domácnosti? Jsou nutné nějaké úpravy bytu, než se váš blízký vrátí domů? Na koho se můžete obrátit v případě nějakých nejasností?

Náš malý průvodce se vám pokusí nejčastější otázky zodpovědět.

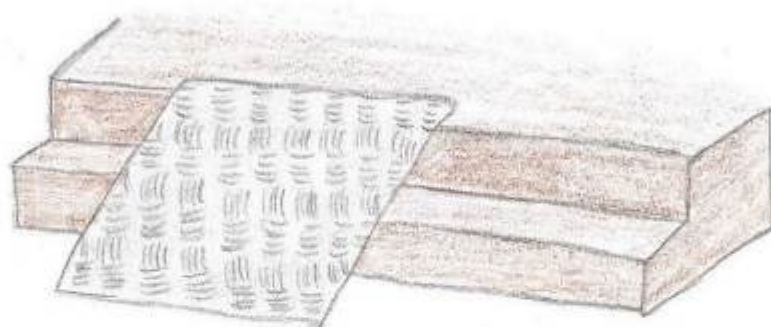
1. Jaké jsou vhodné úpravy v bytě pro pacienty po ICMP?
2. Jaká je úloha rodiny při návratu nemocného domů?
3. S jakou pomocí může počítat rodina? Důležité kontakty.
4. Má pacient nárok na některý sociální příspěvek?
5. Jakým způsobem může probíhat trénink kognitivních funkcí?

Jaké jsou vhodné úpravy v bytě pro pacienty po ICMP?

Před návratem vašeho blízkého domů je vhodné provést několik úprav vašeho bytu. Zajistíte mu tak větší bezpečnost.

- Upravte vchod do domu pomocí nájezdové rampy.

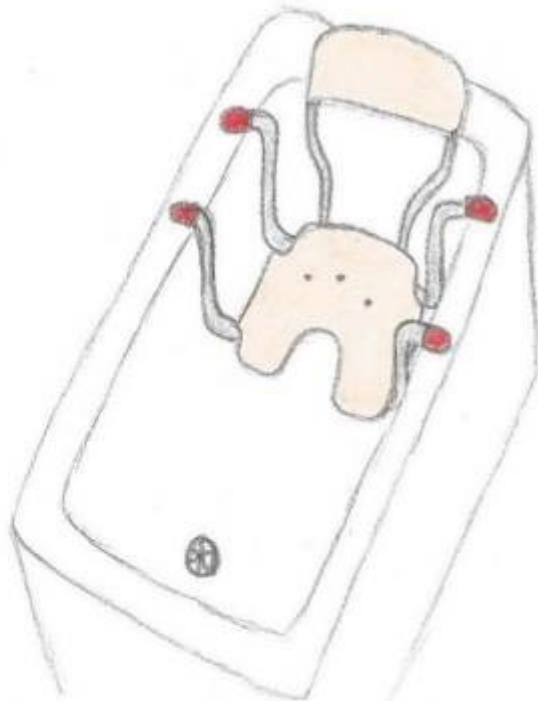
Pojišťovna tuto pomůcku nehradí.



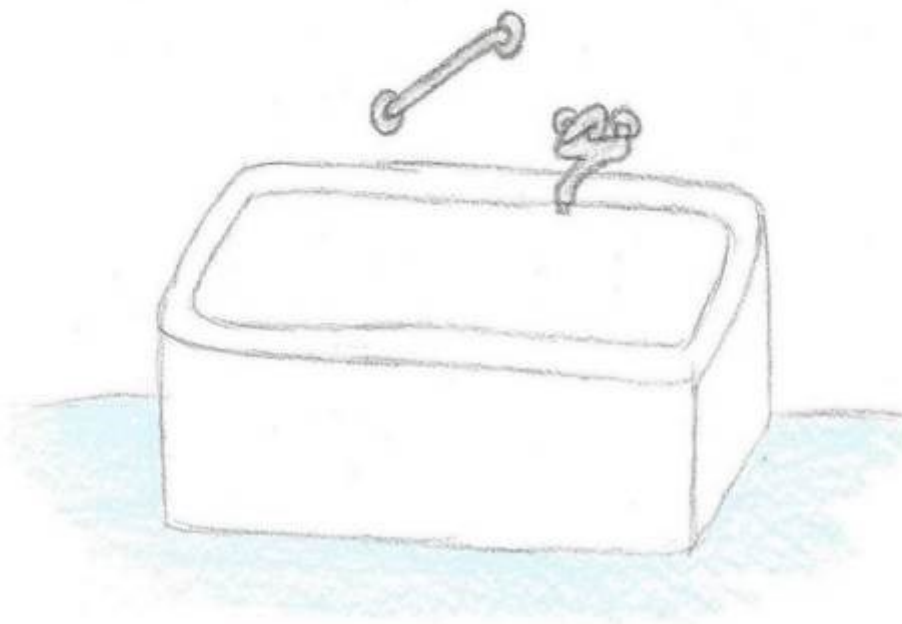
- Odstraňte prahy mezi dveřmi, aby byl usnadněn průjezd s chodítkem.



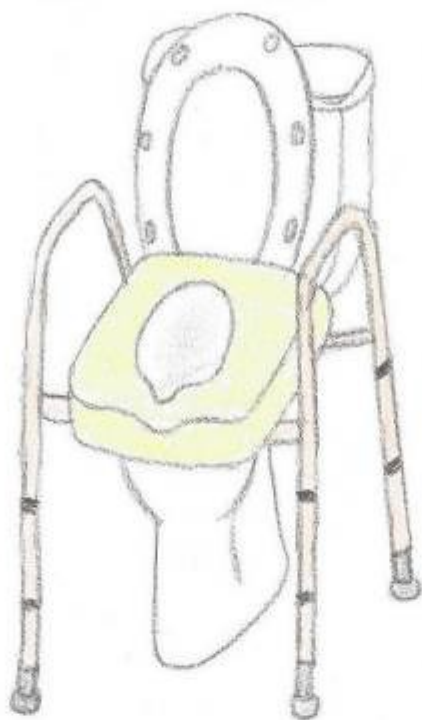
- Do koupelny pořídte sedačku do vany.
Pomůcku plně hraří pojišťovna.



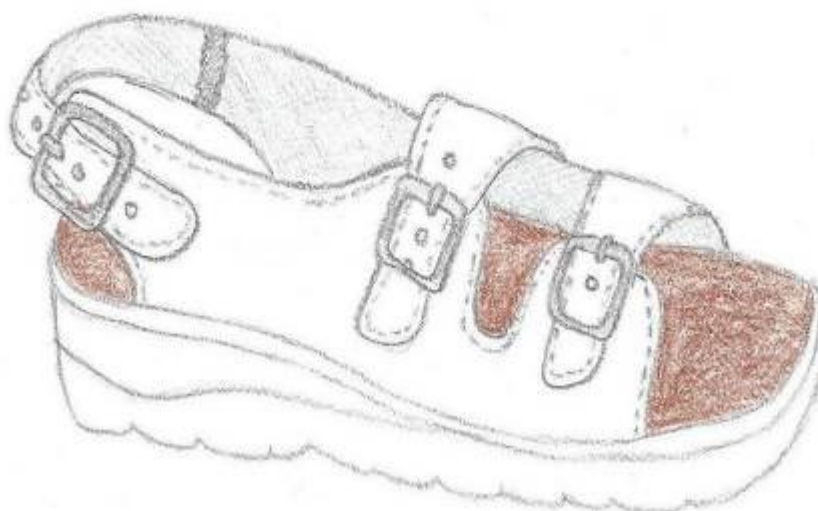
- Vhodná je instalace záchytného madla v koupelně, které usnadní přesun z vany.
Pojišťovna tuto pomůcku nehradí.



- Na WC pořídte nástavec s madly.
Tuto pomůcku pojišť ovna zčásti proplácí.



- Pro větší bezpečnost pořídte protiskluzovou obuv s pevnou patou.



Kompenzační pomůcky můžete sehnat např. na těchto internetových stránkách:

<https://www.dmapraha.cz/>

<https://www.meyra.cz/reha-program.html>

<http://www.ortoservis.cz/>

Jaká je úloha rodiny při návratu nemocného domů?

- Motivujte svého blízkého k návratu do užitečného a smysluplného života.
- Povzbuzujte ho, dodávejte mu důvěru v uzdravení.
- Chvalte, chvalte, chvalte. Tím ho inspirujete k dalším pokrokům.
- Váš blízký potřebuje slyšet, že je pro vás stále důležitý, že ho potřebujete.
- Nedopusťte, aby se nechal odradit prvotním neúspěchem.
- Informujte ho o úspěšné rekonvalescenci jiného nemocného, který také prodělal ICMP.
- Zapojte nemocného do chodu domácnosti – v rámci jeho možností. Jen tak se bude cítit užitečný a potřebný.
- Nezapomínejte, že přílišná péče většinou nemocnému škodí.
- Přílišnou péčí si váš blízký může vyložit i tak, že je neschopný a vy mu nevěříte, že by mohl zvládnout nové úkoly.
- Podporujte v něm co možná největší soběstačnost.
- Vyhledávejte společně nové aktivity pro nemocného.

S jakou pomocí může počítat rodina? Důležité kontakty.

Musíte vědět, že na péči o vašeho člena rodiny nemusíte být sami. Nabízíme Vám několik důležitých kontaktů na různé organizace ve vašem okolí, zabývajících se rehabilitací po CMP, a další užitečné kontakty, které by se Vám mohly hodit.

Společnost Ictus o.p.s byla založena v roce 2007 a pomáhá lidem po CMP při návratu do plnohodnotného života. V této společnosti najdete spoustu užitečných rad, které vám určitě pomohou. Společnost pořádá i rekondiční pobyty, které pro vás mohou být velkým přínosem. Nejenže se zde potkáte s lidmi, kteří také prodělali CMP, ale můžete tu také objevit své nové možnosti. Máme pro vás tip na jeden takovýto pobyt, který by byl vhodný přímo pro vás. Je to logopedický týden, který se pořádá od 28. 08. 2017 do 02. 09. 2017 ve Špindlerově Mlýně.

Předběžný program a více k tomuto pobytu můžete najít na internetových stránkách: <http://www.ictus.cz/>

Další společnosti a organizace zabývající se cévní mozkovou příhodou jsou například:

- <http://www.pomrtvici.cz/>
- <http://www.sdruzenicmp.cz/>,
- <http://www.cerebrum2007.cz/>
- <http://www.cmpcb.cz/>
- <http://www.ergoaktiv.cz/>

V místě vašeho bydliště jsme také našli službu, která umožňuje odvoz k lékaři či na nákup. Služba se jmenuje senior taxi, cena jedné jízdy je stanovena na 20 Kč. Tuto službu můžete využít až 6krát za měsíc. Telefon pro objednání služby je 727 872 451. Službu je nutné objednat jeden den předem.

Další organizace působící přímo ve vašem okolí:

Pečovatelská služba Rakovník, Wintrovo náměstí 1903

Kontaktní místo: Vysoká ulice 91, Rakovník 269 01

Telefon: DPS Vysoká 313 516 777, DPS Wintrovo náměstí 313 517 029

Internetové stránky: www.psrakovnik.cz

Kontaktní osoby: Bc. Zlatuše Lüftnerová - ředitelka

Forma poskytované služby: terénní

Cílová skupina: senioři, osoby se zdravotním postižením, rodiny s dětmi

Poskytované služby: pečovatelská služba, poskytování sociálních služeb v centru denních služeb, doplňková činnost organizace

Agentura domácí zdravotní péče

Sídlo: Kuštova 313, Rakovník 269 01

Telefon: 774 320 656

E-mail: agenturacestadomu@seznam.cz

Internetové stránky: www.domacizdravotnipecerakovnik.cz

Kontaktní osoba: Šárka Novotná

Forma poskytované služby: v terénu (v domácím ošetření)

Cílová skupina: senioři

Poskytované služby: odborná zdravotní péče

Jiří Brabec, s. r. o. (pečovatelská služba)

Sídlo: Kuštova 313, Rakovník 269 01

Telefon: 311 225 018, 737 678 597

E-mail: info@jiribrabec.cz

Internetové stránky: www.jiribrabec.cz

Kontaktní osoba: Jiří Brabec

Forma poskytované služby: terénní

Cílová skupina: děti a mládež, senioři, rodiny s dětmi, osoby tělesně postižené

Poskytované služby: pečovatelská služba

Má pacient nárok na některý sociální příspěvek?

Podmínky nároků na získání průkazu OZP, příspěvku na mobilitu, příspěvku na zakoupení zvláštní pomůcky a formuláře k těmto žádostem najdete na internetových stránkách ministerstva práce a sociálních věcí.

<http://portal.mpsv.cz>

Jakým způsobem může probíhat trénink kognitivních funkcí?

Po cévní mozkové příhodě mohou mít pacienti problémy v oblasti kognitivních funkcí např. s pamětí, řečí, orientací či se soustředěním. Už během hospitalizace jste se aktivně zapojili se svým blízkým do tréninku kognitivních funkcí pod vedením zkušených ergoterapeutů. Po celou dobu jste jistě zaznamenali značné pokroky svého blízkého. Nyní začnete s tréninkem jeho kognitivních funkcí sami. Existuje spousta materiálů zabývajících se touto problematikou. Máte např. možnost využít zdarma trénink po dobu sedmi dní na

<http://www.brainjogging.cz/index.php/contacts>.

Další odkazy na trénink kognitivních funkcí:

<http://www.vzpominkovi.cz/>

www.cerebrum.cz

<http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/publikace/kniha-jak-provadet-trenink-kognitivnich-funkci.html>

Všeobecná zdravotní pojišťovna nyní přispívá 500 Kč na pomůcky pro trénink kognitivních funkcí.

Ukázka využití některých pomůcek pro kognitivní trénink:



Zdroj: autorka, 2016



Zdroj: autorka, 2016



Zdroj: autorka, 2016

Ještě nesmí chybět desatero od společnosti Ictus.cz

Nepodceňujte se

Neztrácejte naději

Nikdy není pozdě

Tvůj nemocný je dospělý člověk

Hledej a najdi svůj a hlavně jeho vzor

Nechtěj vše najednou

Pravidelné cvičení se stává odměnou

Máš možnost získat nové přátele

Život nekončí mozkovou příhodou – nový život začíná

Běh na dlouhou trať

I nemoc přináší příležitost

Jako by nemocný vnímal

Mozek potřebuje čas

Neboj se opřít o své blízké

Zjistíš, kdo je skutečný přítel

Zdroj:<http://ictus.cz/Pomoc%20pro%20Vas>

Věříme, že všechny překážky hravě zvládnete. Kdyby se přeci jen objevily překážky, se kterými si nevíte rady, obraťte se na svého obvodního lékaře, neurologa, fyzioterapeuta, psychologa či ergoterapeuta. Určitě vám rádi a ochotně pomohou.

Na závěr bychom Vám rádi popřáli mnoho sil, trpělivosti a radost do dalšího života. Držíme Vám palce.



Tento informační materiál vznikl v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o.p.s., Duškova 7, Praha 5 a je výstupem bakalářské práce.

Vostatková Jana, 2017



Zásady správného používání Clexanu

Příručka pro pacienty a jejich rodinné příslušníky



Zdroj: autorka, 2017

Jana Vostatková

Praha 2017

Nejdříve pár informací o přípravku, který bude nyní po nějakou dobu užívat.

Co je Cleaxane a k čemu se používá?

Léčivou látkou přípravku Cleaxane je enoxaparin sodný a patří do skupiny léků nazývaných nízkomolekulární hepariny.

Jaký má účinek?

Zabraňuje zvětšování vytvořených krevních sraženin, které se již vytvořily, a zabraňuje v tvorbě nových krevních sraženin.

Mohou nastat nějaké nežádoucí účinky při užívání přípravku Cleaxane?

Ano, jako u každého léku mohou nastat nežádoucí účinky.

Můžete cítit bolest či otok v místě vpichu, tento stav se obvykle upraví sám.

Objevit se může alergická reakce v podobě vyrážky, problémy s dýcháním a další.

Zvýšené riziko krvácení.

Při objevení nežádoucích účinků informujte svého praktického lékaře.

Jak se přípravek Cleaxane uchovává?

Přípravek Cleaxane se jako ostatní léky uchovává mimo dosah dětí a při pokojové teplotě do 25°C. Poříd'te si krabičku, kde budete mít pohromadě všechny pomůcky, pro aplikaci Cleaxane. Použitou stříkačku vhazujte do nádoby na ostrý odpad.

Jak se přípravek Cleaxane aplikuje?

Tento přípravek se aplikuje subkutánně přednaplněným injekčním setem. Aplikace se provádí do kožní řasy pod úhlem 90⁰.

Příprava před aplikací přípravku Clexane

Nejdříve si nachystejte všechny pomůcky, které potřebujete k aplikaci Clexane. Zopakujme si, jaké pomůcky budete potřebovat:

- sterilní čtverečky nebo tampóny z gázy,
- dezinfekci,
- přednaplněnou stříkačku,
- nádobu na ostrý odpad,
- případně tácek,
- náplast.



Zdroj: autorka, 2017

Pomůcky máte nachystané, nyní zkontrolujme stříkačku. Čeho si musíme všimnout? Zkontrolujte datum použitelnosti na štítku stříkačky, nepoužívejte nikdy po datumu použitelnosti. Zkontrolujte dávku, která je určena pro Vás.



Zdroj: autorka, 2017

Dalším důležitým krokem je vybrat správné místo pro aplikaci. Správná aplikace podkožní injekce je důležitá pro snížení bolestivosti a vzniku modřin v místě vpichu. Nejvhodnějším místem pro podání injekce je tuk v dolní oblasti břicha. Mělo by to být nejméně 5 cm od pupku směrem k bokům.

Místa vpichu se musí pravidelně střídát, aby se zabránilo vzniku zatvrdlých oblastí. Nikdy neaplikujte injekci do jizev, do zarudlého, oteklého a bolestivého místa.

Kam aplikovat injekci už víme, tak teď si podrobně probereme následující kroky.

Před aplikací injekce si umyjte ruce.

Zvolené místo očistěte (nemněte) tampónem či čtverečkem s dezinfekcí. Pro každou injekci si vyberte jiné místo v dolní části břicha.



Zdroj: autorka, 2017

Vyjměte stříkačku z obalu a sejměte z jehly ochranný kryt.



Zdroj: autorka, 2017

Před podáním injekce nevytlačujte ze stříkačky vzduchovou bublinu.

Pohodlně si sedněte nebo lehněte a vytvořte kožní řasu mezi ukazovákem a palcem.

Jehlu držte v pravém úhlu ke kůži a vstříkněte injekci do kožního záhybu. Úhel aplikace je 90° . Kožní záhyb držte po celou dobu aplikace injekce. Použijte všechnen lék, který je obsažen ve stříkačce.



Zdroj: autorka, 2017

Jakmile aplikujete celou dávku léku a úplně stlačíte píst dolů, aktivuje se bezpečnostní zařízení. To zabraňuje poranění. Vytáhněte stříkačku a místo vpichu nemasírujte.



Zdroj: autorka, 2017

Použitou stříkačku ihned odhod'te do nádoby určené pro ostrý odpad.



Zdroj: autorka, 2017

A teď nastal čas na **velkou pochvalu**. Krásně jste zvládl celý postup, úžasné, jste velice šikovný. Nezapomeňte se odměnit!

Použité zdroje:

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: GradaPublishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 9788024734217.

Tento informační materiál vznikl v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o.p.s.,
Duškova 7, Praha 5 a je výstupem bakalářské práce.



Příloha C – Potvrzení o profesionálním překladu abstraktu

V Rakovníku, 10. 3. 2017

Tímto potvrzuji, že anglický překlad abstraktu bakalářské práce na téma „*Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou*“ byl vypracován odbornými překladateli Jazykové školy ArinaRa.



Michaela Chytrá
ředitelka

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne.....

.....

Jméno a příjmení studenta

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Vostatková Jana

Název práce: Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení:

dle zadavatele (není-li uvedeno jinak, tak 5-10 let, tzn. 2006-2016), práce jsou seřazeny od nejnovější k nejstarší

Druhy dokumentů:

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

BibliographiamedicaČechoslovaca (BMČ – články)

Medline