

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

**KAZUISTIKA U KLIENTKY
S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE VOTAVOVÁ

Praha 2017

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

**KAZUISTIKA U KLIENTKY
S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU**

Bakalářská práce

LUCIE VOTAVOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Kaníková

Praha 2017



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

Votavová Lucie
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 20. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kazuistika u klienta s dětskou mozkovou obrnou

A Case Study of a Client with Cerebral Palsy

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kaníková Marcela

Konzultant bakalářské práce: MUDr. Jiří Vejvoda

V Praze dne: 1. 11. 2016

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Marcele Kaníkové, za odborné vedení mé práce, za vstřícnost, cenné rady a trpělivost.

ABSTRAKT

VOTAVOVÁ, Lucie. *Kazuistika u klientky s dětskou mozkovou obrnou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Marcela Kaníková Praha. 2017. 60 s.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem práce je vytvořit kazuistiku ošetrovatelského procesu klientky s dětskou mozkovou obrnou. V teoretické části je uvedena historie, etiologie, klinický obraz, klasifikace, přidružená onemocnění, diagnostika a léčba dětské mozkové obrny a její ucelená rehabilitace. Praktická část je založena na kazuistice u klientky s dětskou mozkovou obrnou, která je zpracovaná pomocí ošetrovatelského modelu dle Marjory Gordon. Na základě kazuistiky je vypracován ošetrovatelský plán pro klientku, která je umístěna v Domově Petra Mačkov. Součástí praktické části je vypracování ošetrovatelské prognózy pro pacientku a edukační plán pro nelékařský personál.

Klíčová slova: Dětská mozková obrna. Edukace. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient. Ucelená rehabilitace.

ABSTRACT

VOTAVOVÁ, Lucie. *A case study of a client with Cerebral Palsy*. Medical College Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Marcela Kaníková. Prague. 2017. 60 p.

The thesis has a theoretical and a practical part. Its goal is to work up a case report and a nursing process for a client with Cerebral Palsy. The theoretical part is focused on history, etiology, classification, associated diseases, diagnostics and treatment of Cerebral Palsy and its comprehensive rehabilitation. The research is based on a case study of a client with Cerebral Palsy which is processed by using a nursing model Marjory Gordon. Nursing care plan is prepared for the patient who is hospitalized in Domov Petra Mačkov based on the case report. A part of this thesis is to develop a nursing prognosis for the patient and an educational plan for non-medical staff.

Keywords: Cerebral Palsy. Comprehensive rehabilitation. Education. Nursing care. Nursing process. Patient.

OBSAH

ÚVOD	10
1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA	12
1.1 Etiologie	13
1.2 Klinický obraz DMO	13
1.3 Klasifikace	14
1.3.1 Spastické formy DMO	14
1.3.2 Dystonicko-dyskinetická forma DMO	15
1.3.3 Atakická (mozečková) forma DMO	15
1.3.4 Smíšená forma DMO	16
1.4 Další postižení provázející DMO	16
1.5 Diagnostika	17
1.6 Léčba DMO	18
1.7 Ucelená rehabilitace v souvislosti s DMO	19
1.7.1 Léčebné rehabilitační prostředky	20
1.7.2 Sociální prostředky rehabilitace	22
1.7.3 Pedagogické prostředky rehabilitace	22
1.7.4 Pracovní prostředky rehabilitace	23
2 KAZUISTIKA U KLIENTKY S DMO	25

3 OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA A EDUKACE	56
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
PŘÍLOHY	

Úvod

Dětská mozková obrna patří k nejzávažnějším a také nejnápadnějším zdravotním postižením u dětí. Výskyt nových případů narůstá především v důsledku negativního dopadu udržování vysoce rizikových těhotenství, zlepšení porodní a novorozenecké péče, při níž přežívají i ty děti, které dříve neměly naději na záchranu. Ve speciálně pedagogické odborné literatuře se uvádí 2–5 případů DMO (dětské mozkové obrny) na 1000 živě narozených dětí a 50–60 % výskytu z celkového počtu pohybových poruch. Cílem současné perinatální péče je zabránit vzniku těchto nenadálých situací. Matka i plod jsou pravidelně vyšetřovány nejmodernějšími přístroji (BARTOŇOVÁ a kol., 2013).

Cílem bakalářské práce je vypracovat kazuistiku a ošetrovatelský proces u klientky s dětskou mozkovou obrnou.

Teoretická část je zaměřena na historii onemocnění, etiologii, klinický obraz, klasifikaci, diagnostiku a léčbu dětské mozkové obrny, jejíž nedílnou součástí je ucelená rehabilitace. Praktická část je založena na kazuistice u klientky s dětskou mozkovou obrnou, která byla vytvořena pomocí ošetrovatelského procesu.

Tato práce byla vypracována jako možný příklad ošetrovatelské péče osobám, které pečují o pacienta s dětskou mozkovou obrnou.

Vstupní literatura:

BARTOŇOVÁ, M., D. OPATŘILOVÁ, a M. VÍTKOVÁ. *Přístupy k dětem a mládeži se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním mimo školu: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2013. 211 s.: ilustrace; 23 cm. ISBN: cnb002569596; 978-80-7315-242-0.

OPATŘILOVÁ, D., Z. NOVÁKOVÁ, a M. VÍTKOVÁ. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. 159 s.: il.; 23 cm. ISBN: 978-80-7315-240-6; cnb002569595.

VÍTEK, J., a M. VÍTKOVÁ. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. 1. vyd. Brno: Paido, 2010. 250 s.: il., tab.; 23 cm. ISBN: 978-80-7315-210-9; cnb002223219.

Popis rešeršní strategie:

Publikace, které byly vyhledány za účelem tvorby bakalářské práce s názvem *Kazuistika u klientky s dětskou mozkovou obrnou*, proběhlo v období září 2016 až leden 2017. Vyhledání proběhlo v knihovně Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., Praha 5.

Jako klíčová slova byla zvolena v českém jazyce: *dětská mozková obrna, DMO, spasticita, poruchy hybnosti*. V anglickém jazyce byla zvolena slova: *cerebral palsy, CP, spasticity, movement disorders*.

Hlavním kritériem pro vyřazení některých publikací bylo jejich datum vydání starší, než 10 let a obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce.

1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Dětská mozková obrna je definována jako časné postižení hybnosti a postury způsobené neprogresivním poškozením nezralého mozku. Patří mezi neurovývojová onemocnění (AMBLER, 2011). Jedná se o soubor příznaků, pro které je společným a vedoucím znakem porucha centrální kontroly hybnosti projevující se v prvních letech života. Ačkoliv se jedná o poškození neprogresivní, neurologický nález není neměnný, jeho dynamika je podmíněna vývojově. Vedoucím znakem u DMO je porucha centrální kontroly hybnosti, která se projevuje v prvních letech života. Porucha hybnosti vzniká na podkladě léze nezralého mozku. Nepatří sem poruchy motoriky způsobené onemocněním periferních nervů a svalů, které se mohou též projevoval v raném období života (OŠLEJŠKOVÁ, 2011).

První historická zmínka o tomto onemocnění byla nalezena u římského dějepisce Tranquilla, který žil v letech 117-138 n.l., kde popisuje římského císaře Claudia jako kulhajícího, koktajícího, s mimovolnými pohyby. Jednalo se o dyskinetickou formu dětské mozkové obrny.

Autorem prvního výtvarného zobrazení dětské mozkové obrny je José de Ribery, který v roce 1642 ztvárnil chlapce s pravděpodobně hemiparetickou formou DMO. Obraz se jmenuje Le pied-bot (Koňská noha) a je vystaven v pařížském Louvru. V historii lze nalézt mnoho slavných osobností, které byly postiženy dětskou mozkovou obrnou, například anglický král Richard III. (1452-1485), lord Georgie Gordon Byron (1788-1824).

V padesátých letech 19. Století popsal velmi přesně a podrobně diparetickou formu dětské mozkové obrny londýnský porodník James Little. Potom již přibývaly práce jiných autorů o tomto onemocnění, hlavně kazuistické zprávy.

V roce 1897 shrnul tehdejší znalosti o dětské mozkové obrně v Nothnagelově učebnici Sigmund Freud. Extrapiramidovou formu popsal v roce 1895 Anton, v roce

1905 zpracoval hemiparetickou formu Lewandovský a hypotonickou formu DMO popsal jako první O. Foerster v roce 1909 (LESNÝ, 1998).

1.1 Etiologie

Obecně lze DMO rozdělit na DMO vzniklou v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Etiologie bývá u poloviny 20 až 30% případů nejasná a důvody vzniku jsou různorodé, často se jedná o kombinaci dvou a více příčin (AMBLER, 2011).

Ke vzniku tohoto onemocnění v době prenatální dochází hlavně z důvodu infekce (např. rubeola, toxoplazmóza, cytomegalický virus), gestozy, Rh inkompability, úrazu matky, dále pak z důvodu fyzikálních a toxických činitelů, metabolických poruch u matky (např. diabetes mellitus), anomálií dělohy, placenty, karečních vlivů, nedonošenosti a přenošenosti. Vyšší riziko vzniku dětské mozkové obrny je u matek s epilepsií či mentální retardací.

V období při porodu, tedy perinatálním mají hlavní význam novorozenecké asfyxie, porodní traumata, obtížný a protražovaný porod, intrakraniální krvácení.

Příčiny DMO, které jsou méně časté, spadají do období prvních měsíců po porodu, postnatální období, jedná se především o stavy po bakteriální či virové infekci, kontuzi mozku či hypoxii novorozence (PANTELIADIS, 2004).

1.2 Klinický obraz DMO

Pacienti s dětskou mozkovou obrnou mohou mít široké spektrum klinických projevů a také hloubku postižení. Porucha motoriky je základním a vedoucím příznakem, ale pacienti s dětskou mozkovou obrnou mají mnoho potíží, ke kterým patří postižení intelektu, sensorických a senzitivních funkcí, epilepsie, poruchy řeči a komunikace, behaviorální problémy, inkontinence, gastrointestinální problémy, poruchy příjmu potravy a poruchy růstu (SLEZÁKOVÁ, 2014).

Klinický obraz DMO je dán vývojem a zráním CNS, k manifestaci poškození většinou dochází až v době, kdy se daná část mozku stává funkční (např. zhoršená funkce dolní končetiny se projeví až v době lezení či chůze). V novorozeneckém a časném kojeneckém věku v klinickém obraze dominuje tonusová porucha, abnormní

postury, poruchy spontánní hybnosti, přetrvávající novorozenecké reflexy nebo naopak předčasně vyhasínající, převládá opoždění ve vývoji motorickém (event. mentálním). Definitivní klinickou podobu nabývá pacient s DMO kolem 2. roku věku (OŠLEJŠKOVÁ, 2011).

1.3 Klasifikace

Formy DMO se rozdělují na 4 základní skupiny:

- forma spastická,
- dystonicko-dyskynetická,
- ataktická (mozečková),
- smíšená.

Klasifikace je založena na charakteru změn svalového tonu a typu hybné poruchy a postury (KRAUS, 2005).

1.3.1 Spastické formy DMO

Společným faktorem je spasmus - křeč, která zasahuje tonus svalových skupin. Jedná se o nejčastější skupinu (60-80%).

-forma paraparetická (diparetická)- převládá spastická paraparéza dolních končetin, zvýšený tonus je výrazný hlavně na adduktorech a stehna na plantárních flexorech, což zapříčiňuje i typický charakter chůze - nůžkovitá (stehna a kolena se třou o sebe) a po špičkách. V případě výraznějšího postižení je chůze s pokrčenými koleny a předklonem trupu. U této formy bývá chůze často obtížná a vyžaduje použití kompenzačních pomůcek (LESNÝ, 2005).

-forma hemiparetická- je charakterizována spastickou hemiparézou s větším postižením na horních končetinách, s flexním držením horních a s extenzním držením dolních končetin. Postižená strana je často hypoplastická. Může dojít i k oboustrannému hemiparetickému postižení, které se od formy kvadraparetické liší výraznějším postižením horních končetin.

U lehčích forem se klinický obraz může ozřejmit až okolo 4. - 5. měsíce. U kojenců se projevuje predilekcí hlavy k nepostižené straně, chudší motorika na postižené straně, časté je preferování jedné horní končetiny v období rozvoje úchopu.

Dle hloubky postižení je opožděný vývoj ve vzpřimování, pasení koníků a lezení. Častá jsou přidružená onemocnění, jako jsou poruchy řeči, strabismus, epilepsie, v neposlední řadě může dojít v pozdějším věku vlivem špatného držení těla ke skoliózám.

-forma kvadraparetická- jedná se o nejtěžší typ dětské mozkové obrny, často vývoj zůstává na úrovni patologického novorozence. Dominuje kvadruspasticita s větším postižením horních končetin, u kterých se nevyvine úchopová funkce, rovněž je postiženo bulbární svalstvo. Vždy je přítomen mentální deficit a závažné opoždění motorického vývoje. Často bývá přidružena epilepsie, mikrocefalie, konvergentní strabismus, poruchy polykání, bronchopneumonie. Jedinci jsou zcela závislí na péči a pomoci okolí (OŠLEJŠKOVÁ, 2011).

1.3.2 Dystonicko-dyskinetická forma DMO

Etiologicky vzniká na podkladě hypoxie, vzácně hyperbilirubinémie. Vyznačuje se dystonií (náhlé změny svalového tonu) nebo mimovolními pohyby. V kojeneckém období je to zejména nestabilní poloha na zádech, zvýšená úleková reakce, poruchy polykání, poruchy řeči ačkoliv mentální deficit nemusí být přítomen. Progrese nálezu je vývojově ukončena po 2. roce věku. Bývá postiženo i svalstvo obličeje, což vede ke grimasování. V důsledku nedostatečné koordinace dosáhne jen málo jedinců samostatné chůze. Rehabilitace u této formy přináší malý efekt.

1.3.3 Atakická (mozečková) forma DMO

Patří mezi nejvzácnější formu DMO, etiologicky vzniká v prenatálním období. Uplatňují se vývojové vady a destruktivní léze mozečku. Perinatálně a postnatálně jsou to hlavně ischemie a traumata. Projevuje se výraznou a dlouho přetrvávající hypotonií, apatií, poruchou koordinace očních bulbů, strabismem. Jedinci špatně somaticky prospívají. Často je přítomen mentální deficit. Jedinci se neudrží v sedu, mají opožděné lezení a následně chůzi (až k 6. roku života).

1.3.4 Smíšená forma DMO

Jedná se o velmi častou formu DMO, mezi nejčastější patří kombinace spasticity a dystonie (KAŇOVSKÝ, 2007).

1.4 Další postižení provázející DMO

DMO provázejí zejména postižení intelektu různého stupně, to se týká až poloviny jedinců s DMO. Prevalence a hloubka postižení jsou různé dle forem DMO, nejtěžší postižení provázejí kvadruparetickou formu DMO.

Pokud je přítomna epilepsie, postižení intelektu je větší. U jedinců s DMO jsou často přidružené behaviorální a emoční problémy, výskyt ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) a specifických poruch učení, poruchy řeči. U těžce mentálně retardovaných jedinců se řeč vůbec nevyvíjí.

Časté jsou i poruchy zraku (strabismus, retinopatie), poruchy citivosti, poruchy propriocepce. Méně časté jsou poruchy sluchu. Gastrointestinální problémy, jako jsou problémy s polykáním, hypersalivace. Problémy s denticí, nejčastěji je přítomen gastroezofageální reflux, obstrukce (KUDLÁČEK, 2012).

U jedinců s DMO je časté somatické neprospívání z důvodu nedostatečné výživy. Kojenci mají nedostatečné hmotnostní přírůstky, nedosahují stejného vzrůstu jako vrstevníci. U jedinců těžšími formami postižení není na místě používat jako indikátor malnutrice BMI (Body mass index), vzhledem k obtížnému měření jedince s kontrakturami. Jako nejvhodnější ukazatel malnutrice se jeví síla kožní řasy tricepsu (SÜSSOVÁ a kol., 2011).

Jedinci s DMO mají díky řadě neurologických a anatomických dysfunkcí vyšší incidenci respiračních onemocnění, stejně tak mají vysoké riziko vzniku onemocnění spojených s uropoetickým traktem (např. inkontinence, retence, infekce) (PAPEŽ a kol., 2015).

1.5 Diagnostika

Včasná diagnostika a co nejdříve zahájená léčba má stěžejní význam pro budoucí stav a prognózu pro jedince s DMO. Důraz je kladen na včasnou identifikaci příznaků, které se ovšem často objevují až po několika měsících (KOMÁREK, 2008). Z tohoto důvodu je důležité určit rizikové jedince, tyto sledovat a popřípadě léčebně ovlivňovat jejich patologické projevy do doby stanovení závěrečné diagnózy.

Součástí určování rizikových jedinců je klinické vyšetření, patří sem anamnéza matky (průběh těhotenství a porodu, přidružená onemocnění, užívané léky, rodinná zátěž) a dítěte od porodu až do současnosti (poporodní období, prospívání, vývojové milníky, první projevy postižení).

Dále neurologické a vývojové vyšetření, biochemické a hematologické vyšetření a vyšetření na kongenitální infekce, využívají se také zobrazovací (sonografie, počítačová tomografie mozku, magnetická rezonance) a elektrofyziologická vyšetření. Základním úkolem zobrazovacích metod je rozpoznat možnou jinou příčinu, která vyvolává obdobný klinický obraz jako DMO, například cévní malformace či nádory mozku (OŠLEJŠKOVÁ, 2015).

Vývojové vyšetření se zaměřuje na hodnocení psychomotorického vývoje, využívá se hodnocení tří základních oblastí: vývoj hrubé motoriky (v poloze na zádech, na břiše a ve vzpřímené poloze), vývoj jemné motoriky (úchop) a vývoj sociálního chování a řeči. (KOMÁREK, 2008). *Nejčastějšími vyšetřovacími vývojovými schémata jsou v současnosti polohové testy dle Vlacha a dle Vojty. Protože se tyto testy částečně vzájemně překrývají, dáváme přednost modifikovanému postupu, který využívá přednosti obou metod* (KOMÁREK, 2008, s. 102).

Neurologické vyšetření se provádí jako součást vývojového vyšetření, v poloze na zádech. Provádí se vyšetření svalového tonu, vývojových reflexů, hlavových nervů, pyramidových jevů. Mezi nejvýznamnější reflexy z vývojového hlediska patří asymetrický tonický šíjový reflex, reflexní úchop na horních i dolních končetinách a labyrintový reflex.

U jedinců s DMO je poměrně obtížné stanovit prognózu vzhledem k počtu faktorů, které na ni mají vliv. Mezi tyto faktory patří klinický typ DMO, přítomnost patologických reflexů a míra opoždění v dosažení vývojových milníků. Významnou roli

hraje stupeň přidružených kognitivních deficitů a abnormálních behaviorálních projevů. Nejvýznamnějším faktorem pro stanovení prognózy je dosažený stupeň inteligence určující kvalitu života (KAŇOVSKÝ, 2007).

Pro stanovení opoždění v motorickém vývoji a hodnocení úspěšnosti léčby, stejně tak odvození další prognózy slouží funkční hodnoty a hodnotící škály, jako např. Retardační kvocient, Globální škály hodnotící spasticity, modifikované Ashworthovy škály svalového tonu, Gross Motor Function Measure (GMFM) a další funkční testy (KRAUS, 2005).

1.6 Léčba DMO

Léčba není kurativní, jedná se hlavně o symptomatickou léčbu. Péče o jedince s DMO je komplexní a jejím cílem je co nejvíce zlepšit motorické schopnosti, zmírnit provázející komplikace, zlepšit kvalitu života postiženého a umožnit co nejlepší integraci do společnosti. Péče o každého jedince je individuální, závisí na míře postižení a individuálních potřebách.

Péče o jedince s DMO by měla být multioborová a komplexní, zahrnuje profese jako pediatr, neurolog, rehabilitační lékař, fyzioterapeut, neurochirurg, ortoped, psycholog, logoped, speciální pedagog, sociální pracovník. Nejdůležitějšími pilíři léčby jsou pravidelná fyzioterapie, logopedie a ergoterapie (OŠLEJŠKOVÁ, 2012).

U medikamentózní léčby je hlavním cílem snížení spasticity paretických končetin. Spasticita může být překážkou pro pokrok v rehabilitaci, omezuje pohyblivost jedince, v krajních případech může znesnadňovat ošetrovatelskou péči. Navíc je příčinou vzniku deformit, rozvoje kontraktur a zdrojem bolesti (KAŇOVSKÝ, 2007).

Medikace může mít účinek lokální nebo celkový. Lék bývá aplikován perorálně, intramuskulárně nebo intratékálně. Patří sem hlavně preparáty s centrálně myorelaxačním účinkem (benzodiazepiny, Baclofen, nevýhodou těchto preparátů je jejich neselektivita, která vede k celkové svalové slabosti, útlumu, ospalosti, hypotenzi, zmatenosti a změnám kognitivních funkcí (SEIDL a kol., 2004).

Další možností podávání léčiv je intratékální aplikace Baclofenu. Používá se implantabilní pumpa, která Baclofen dodává kontinuálně do mozkomíšního moku, účinek spočívá ve snížení vzrušivosti nervových buněk na míšní úrovni a tím snížení spasticity. Tímto způsobem podání účinkuje Baclofen mnohem efektivněji, dávkování

může být upraveno a sníženo. Nežádoucí účinky nejsou časté, naproti tomu je zde vysoké riziko infekce.

Lokálně používané léčivo je botulotoxin, který snižuje spasticitu a nadměrnou dystonii. Principem účinku botulotoxinu je denervace cílového svalu. Botulotoxin se aplikuje přímo do postiženého svalu. Při účinné rehabilitaci přetrvává efekt 6 až 9 měsíců (KAŇOVSKÝ, 2007).

Chirurgická léčba má stejně jako léčba medikamentózní za cíl zmírnění patologických vlivů spasticity, podporu rehabilitace a prevenci vzniku sekundárních změn, popřípadě zmírnění jejich následků. Při léčbě DMO se uplatňují hlavně zákroky neurochirurgické (selektivní zadní rhizotomie) a zákroky ortopedické (MENKES a kol., 2011).

Principem rhizotomie je chirurgická redukce množství nervových vláken, které vstupují dorzálními kořeny do míšních segmentů. Cílem je zachovat senzitivní inervaci a současně snížit spasticitu a usnadnit rehabilitaci svalových skupin.

Ortopedická léčba spočívá stejně jako předchozí léčby v napomáhání rehabilitaci. Její možnosti spočívají v pomoci zabránit sekundárním změnám, jako jsou subluxace a luxace kloubů, odstraňování kontraktur znemožňující dosažení poloh jako je sed nebo stoj. Ortopedické výkony u jedinců s DMO se dělí na měkkotkáňové a kostní a provádí se hlavně na dolních končetinách, přičemž je třeba, aby veškeré uvolňovací výkony ve svalech a šlachách byly provedeny do 6 let věku (SEIDL, 2008).

1.7 Ucelená rehabilitace v souvislosti s DMO

Ucelená rehabilitace je celospolečenský proces, který představuje poměrně složitou, koordinovanou a zpravidla dlouhodobou, často i trvalou činnost všech složek společnosti. Cílem ucelené rehabilitace je zařadit, resp. znovu navrátit člověka, se zdravotním postižením následkem nemoci, úrazu či vrozené vady do aktivního a jemu vlastního společenského života (JANKOVSKÝ, 2006).

Tato činnost je řešena v celé své komplexnosti v jednotlivých složkách a na příslušných úrovních především v systému zdravotní a sociální péče, dále v kulturní oblasti, jako pedagogický proces a posléze na pracovní, technické, legislativní, ekonomické, organizační a politické úrovni (KUDLÁČEK, 2012).

PROSTŘEDKY UCELENÉ REHABILITACE

K základním prostředkům ucelené rehabilitace se řadí:

- léčebné rehabilitační prostředky;
- sociální rehabilitační prostředky;
- pedagogické rehabilitační prostředky;
- pracovní prostředky rehabilitace.

1.7.1 Léčebné rehabilitační prostředky

Léčebná rehabilitace je komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření, směřujících k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince se zdravotním postižením.

Léčebnou rehabilitaci realizují týmy odborníků, mezi nimiž jsou zastoupeni rehabilitační lékaři, lékaři dalších klinických oborů, logopedi, psychologové, nelékařští rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další odborníci. Naprosto nezbytná je zde velmi úzká mezioborová spolupráce, důležitá je také spolupráce se sociálními pracovníky a sociálními institucemi na všech úrovních.

Často je onemocnění provázeno dlouhodobými následky (např. invalidita). V takových případech je třeba zajistit návaznost ostatních prvků systému ucelené rehabilitace na léčebnou rehabilitaci v rámci komplexního systému péče o dlouhodobě či trvale zdravotně postižené. Zapojují se zde složky zejména sociální rehabilitace, kterou obvykle provádějí a garantují instituce, působící v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (KUDLÁČEK, 2012).

Formy a techniky léčebné rehabilitace

Terapeutických přístupů v léčebné rehabilitaci dětské mozkové obrny je celá řada, k nejpoužívanějším patří:

Fyzikální terapie - využívá fyzikálních stimulů a prostředků k prevenci, diagnostice a terapii. Jako fyzikální podněty využívá přírodní i umělé zdroje energie

tepelné, mechanické, chemické, elektrické, světelné, akustické a jejich kombinace a terapii pohybovou, včetně metod reflexních.

Fyzioterapie - představuje terapeutické postupy, které využívají různých forem energií (včetně pohybové) a postupů (včetně reflexních) k léčbě patologických stavů.

Ergoterapie - je terapeutický postup, který využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti u léčby jedinců, s různým typem postižení, kteří jsou trvale postiženi fyzicky, psychicky, smyslově či mentálně. Cílem je znovunabytí či udržení dovedností a postupů v praktickém životě a dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti pacientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí, tím zvýšení kvality jejich života. Ergoterapie by měla být vždy součástí léčebné rehabilitace (MEDICÍNA PRO PRAXI, 2013).

Balneoterapie - zabývá se léčebným využitím přírodních léčivých zdrojů a jejich účinků na lidský organismus.

Akupunktura - využívá znalostí tradiční čínské medicíny, obohacené o nové poznatky získané moderním výzkumem, na které v dnešní době navazuje. V rehabilitaci se používá fyziologických a klinických vlastností aktivních bodů a zón na periférii i v oblasti CNS (centrálního nervového systému) ke zmírnění a odstranění bolestí, spasmů, zlepšení atrofie a obnovení motorických funkcí. Bývá využívána samostatně i jako cílená složka reflexní terapie.

Animoterapie - zvláště hipoterapie, která využívá k léčebným účelům koně. Do této skupiny se řadí i canisterapie, kterou lze definovat jako léčbu pomocí kontaktu se psem.

Specifické terapie - patří sem hlavně arteterapie. Je to léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku. Muzikoterapie (terapie hudbou), fototerapie (léčba světlem) a další.

Do léčebné rehabilitace se zahrnuje také **farmakoterapie**. Používají se léky ke snížení svalového napětí, ke zvýšení prokrvení svalů, protizáchvatové léky a preparáty, které omezují a tlumí mimovolní pohyby. V poslední době se jako velmi účinný lék v léčbě spasticity u dětí s DMO ukázal botulotoxin. Zlepšuje možnosti ošetřování, kvalitu pohybů a oddaluje eventuální nutné ortopedické operace. Botulotoxin má i po těchto operacích velmi dobré možnosti použití k ovlivnění lokální

spasticity. Na horních končetinách aplikace botulotoxinu zlepšuje i jemnou motoriku (MAREŠOVÁ a kol., 2004).

1.7.2 Sociální prostředky rehabilitace

Hlavním úkolem této části ucelené rehabilitace je co nejvhodněji integrovat osobu s postižením do společnosti. Jedná se o proces, ve kterém osoba s dlouhodobým či trvalým zdravotním handicapem absolvuje nácvik potřebných dovedností, směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře. A to za účelem co nejvyššího stupně sociální integrace, která je důležitým předpokladem pro pracovní rehabilitaci, rekvalifikaci a nalezení vhodného pracovního uplatnění.

Sociální rehabilitace představuje souhrn určitých specifických činností (velmi často služeb), které jsou aktivními nástroji, jež mají působit na snižování míry závislosti osoby, vyplývající z jejího zdravotního postižení a následného sociálního znevýhodnění. Jedná se zejména o nácvik sebeobsluhy, vedení domácnosti, nácvik speciálních komunikačních dovedností a nácvik používání kompenzačních pomůcek, nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu, poradenství atd. (JANKOVSKÝ, 2006).

1.7.3 Pedagogické prostředky rehabilitace

Zahrnují výchovu a vzdělávání osob se zdravotním postižením uskutečňované za pomoci speciálně pedagogických činností, při respektování individuálních nároků a možností osob s handicapem, směřující k dosažení co nejvyššího stupně vzdělání jako předpokladu samostatnosti, společenského a pracovního uplatnění.

Specifické pedagogické činnosti zahrnují především:

- speciálně pedagogickou a psychologickou činnost;
- diagnostiku;
- edukaci;
- reedukaci;
- kompenzaci;

- stimulaci;
- pedagogicko-psychologické poradenství,
- speciálně pedagogickou prevenci (KUDLÁČEK, 2012).

Aplikace pedagogických prostředků rehabilitace umožňuje získání klíčových kompetencí, které představují soubor předpokládaných dovedností, schopností, vědomostí, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj, další uplatnění jedince a jeho maximálně možné zapojení do společnosti (JANKOVSKÝ, 2006).

1.7.4 Pracovní prostředky rehabilitace

Jedná se o souvislou péči poskytovanou osobě se zdravotním postižením na základě individuálního plánu s cílem umožnit handicapované osobě získat a zachovat si vhodné zaměstnání a tak jí usnadnit její zapojení nebo znovuzapojení do společnosti.

Pracovní rehabilitace je chápána jako nástroj aktivní politiky zaměstnanosti ve vztahu k osobě se zdravotním postižením, k vyrovnání její příležitosti na trhu práce, jako součást komplexu činností a opatření vedoucích k co nejvíce možné integraci osoby s postižením. Zařazení zdravotně postiženého jedince do procesu pracovní rehabilitace se uskutečňuje na základě objektivního posouzení jeho pracovních schopností. Využitím motivačních kurzů mu je umožněn vstup do následné přípravy k práci, včetně rekvalifikace s cílem umožnit zachovat si či získat zaměstnání (PAPEŽ a kol., 2015).

Pracovní rehabilitace využívá následující nástroje:

- speciální poradenství k volbě povolání, změně a udržení zaměstnání;
- přizpůsobené kvalifikační a rekvalifikační kurzy;
- přechodné zaměstnání;
- podporované zaměstnání;
- chráněné pracoviště,
- sociální zaměstnávání.

Speciální poradenství k volbě povolání, změně a udržení zaměstnání spočívá v nalezení vhodné profese s ohledem na zdravotní postižení osoby, v návrhu opatření

spojených s udržení pracovního místa této osoby u zaměstnavatele a vybavení pracoviště zvláštními pomůckami.

Přizpůsobené kvalifikační a rekvalifikační kurzy jsou určeny osobám se zdravotním postižením se speciálními potřebami v oblasti vzdělávání a získávání kvalifikace.

Přechodné zaměstnání je zaměstnání na přechodnou dobu je využíváno zejména pro osobu se zdravotním postižením v době její pracovní neschopnosti.

Podporované zaměstnání spočívá v nalezení konkrétního pracovního místa pro konkrétní osobu. Na základě dohody mezi úřadem práce a subjektem akreditovaným k provádění této služby, je pro osobu se zdravotním postižením vyhledáno pracovní místo na otevřeném trhu práce (KUDLÁČEK, 2012).

Chráněné pracoviště, jedná se o speciální pracoviště, které je plně přizpůsobené osobě se zdravotním postižením, jak pracovním prostředím, tak formou i produktivitou práce.

Sociální zaměstnávání je služba, při které osoba se zdravotním postižením dochází pracovat dle svých možností. Nejde o výdělečnou činnost, ale o aktivizaci klienta, možnost zachování určitých pracovních dovedností a o možnost kontaktu s lidmi. (JANKOVSKÝ, 2006).

2 KAZUISTIKA U KLIENTKY S DMO

Následující kazuistika je specifickým případem klienta s těžší formou kombinovaného postižení. Pro získání potřebných informací byla použita zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace, fyzikální vyšetření a pozorování klientky. Posouzení aktuálního stavu potřeb bylo provedeno za využití koncepčního modelu Marjory Gordon. Ošetrovatelské diagnózy byly vytvořeny podle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL.

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1996	Věk: 21
Adresa bydliště a telefon: XXX	Adresa příbuzných: XXX
RČ: 960000/0000	Číslo pojišťovny: XXX
Vzdělání: 0	Zaměstnání: 0
Stav: svobodná	Statní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 7.6. 2002	Typ přijetí: plánované
Oddělení: Domov Petra Mačkov	Ošetřující lékař: MUDr. J. H.

Medicínské diagnózy hlavní:

Centrální tonusová porucha – kvadruspastická forma DMO,
Hluboká mentální retardace.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Periventrikulární leukomalacie,
Hepatitis chronica HBsAg pozitivní,
Anémie hypochromní mikrocytární,
Recidivující respirační infekty.

KATANAMNÉZA

Klientka, 21 let, byla v roce 2002 přijata do ústavu sociální péče - Domov Petra Mačkov. Matka Klára, zdravá, rozvedená, nezaměstnaná, nejeví po porodu o dítě zájem. Otec Jaroslav, zdravý, rozvedený, t.č. ve výkonu trestu, není uveden v rodném listě. Bratr klientky byl

svěřen do péče prarodičů, zdrav. Sestra v současné době vyrůstá v dětském domově, zdráva. Klientka je ze třetího těhotenství matky, porod ve 31. týdnu těhotenství. Apgar score po porodu 10 - 10 - 10 bodů.

Pro rozvíjející se dechové obtíže přeložena klientka na jednotku intenzivní péče, kde stav vyžadoval umělou plicní ventilaci. Ve stáří dvou měsíců byla přeložena na standardní dětské oddělení, poté byla umístěna do kojeneckého ústavu. Klientka zde užívala hepatoprotektiva, anémie byla korigována železem, neurologicky byla sledována pro mentální retardaci a byla zahájena rehabilitace, v šesti letech byla klientka přijata do ústavu sociální péče Domov Petra Mačkov.

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A SCREENINGOVÉ VYŠETŘENÍ SESTROU

Hlava a krk: Sliznice vlhké bez patologické sekrece, růžové, bez povlaku. Chrup nesanován, dentice osmi stálých zubů, zubní protézu nemá. Nos a uši fyziologického vzhledu bez výtoků, otočení za zvukem. Zraková postižení strabismus, praktická slepota. Krk bez patologických změn, souměrný, polyká dobře, náplň krčních žil nezvětšena.

Hrudník a dýchací cesty: Hrudník souměrný, bez patologických změn. Dýchání pravidelné, mírně zrychlené s chrůpky bazálně vlevo, počet dechů 30/min. Prsa souměrná, bez deformit, bradavky bez výtoků a vpáčení.

Srdce a cévní systém: Puls klientky je pravidelný, dobře hmatný 75/min. Krevní tlak 125/65 mmHg. Dolní končetiny dobře prokrvené, nebolestivé, bez defektů.

Břicho a GIT: Břicho měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence. Peristaltika špatně slyšitelná. Klientka je inkontinentní, má problémy s vyprazdňováním, trpí chronickou zácpou. Frekvence stolice je jednou za dva dny po podání laxativa.

Vylučování a pohlavní ústrojí: Klientka je inkontinentní, z důvodu retence zaveden permanentní močový katétr. Moč čirá, fyziologické barvy. Denní diuréza je 1500 ml/24h. Menarché nemá.

Pohybový aparát: Jemná motorika, klientka má pevný stisk rukou, zachována supinace a pronace asi 75° v kloubech předloktí, klientka celkově svalově ztuhlá. Hrubá motorika nevyvinuta. Klientka je odkázána na veškerou ošetrovatelskou péči personálu.

Nervový systém: Pacientka bez hodnotného kontaktu. Řeč nevyvinuta.

Endokrinní systém: Bez souvisejících onemocnění.

Imunitní systém: Tělesná teplota 36,7°C. Lymfatické uzliny bez patologických změn.

Kůže a její adnexa: Barva kůže normální, kožní turgor dobrý, otoky nemá. Pocení přiměřené, bez zápachu. V sakrální oblasti dekubitus I. stupně 2x3 cm.

HODNOCENÍ KLIENTKY DLE M. GORDONOVÉ

Vnímání zdraví

U klientky je diagnostikována dětská mozková obrna – kvadruspastická forma a hluboká mentální retardace. Je léčena pro chronickou hepatitidu a hypochromní mikrocytární anemii. V loňském roce prodělala tři ataky respiračních infekcí. Nyní má vlhký kašel, který je léčen mukolytiky. Za pobytu v zařízení neměla žádný úraz, v předchozí anamnéze není znám. V sakrální oblasti má klientka dekubitus druhého stupně o velikosti 2x3cm. Klientka je stravována dle zásad zdravé výživy, se zaměřením na hepatoprotektivní dietu. Nekouří a nepije alkohol. Na aktivity prováděné v rámci udržení zdraví reaguje kladně. Úkolem personálu je udržet současný zdravotní stav klientky a předcházet komplikacím.

Výživa a metabolismus

Klientka dodržuje dietu číslo 4. s omezením tuku, potravu přijímá per os. Stravuje se 5krát denně malými porcemi, má vyváženou energetickou stravu, která je lehce stravitelná, nenadýmavá se sníženým obsahem tuků a cholesterolu. Strava je v mleté úpravě kvůli stavu chrupu a snadnějšímu polykání. Problémem je časté odmítání stravy, nebo nedojedení celé porce. Klientka má nejraději krupicovou kaši. Klientka váží 51 kg a měří 167 cm, BMI 18,29, tělesná teplota 36,7°C. Klientka nemá optimální hmotnost, proto je jako doplněk stravy podáván nutridrink. Denní příjem tekutin je 2000 ml, převážně pramenitá voda a čaj. Klientka má v oblibě ovocné šťávy. Za poslední rok se zvýšila hmotnost o 3 kg. Kůže je narůžovělá, dostatečně hydratovaná, s dekubitem v sakrální oblasti a zahojené jizvě v pravém třísle po operaci tříselné kýly. Lůžka nehtů zdravé, nelámavé, vlasy jsou husté a pevné. Sliznice jsou vlhké a hydratované.

Vylučování

Klientka má zavedený permanentní močový katétr. Denní diuréza je 1,5 l / 24 hod. Moč je bez příměsí, normální barvy, bez zápachu. Klientka má problémy s vyprazdňováním stolice, trpí chronickou zácpou. Jednou za tři dny je klientce aplikován glycerinový čípek. Po aplikaci čípku je stolice formovaná. Klientka užívá preparáty železa, z tohoto důvodu je stolice tmavé až černé barvy, nepříjemného zápachu. Klientka se potí přiměřeně bez zápachu.

Aktivita a cvičení

Klientka je zcela nesoběstačná. V rámci měsíčního harmonogramu Domova Petra Mačkov navštěvuje plavecký bazén, vířivku, hipoterapii, bazální stimulaci a jiné aktivizační činnosti. Dvakrát denně dochází fyzioterapeutický pracovník k lůžku a procvičuje důležité svalové partie. Během dne se aktivita střídá s odpočinkem v terapeutickém lůžku nebo v klientčině lůžku. Výčet aktivit se střídá v celém týdnu. Krevní tlak je fyziologický 125/65 mmHg, puls pravidelný, hmatný, 78 P/min, dýchání pravidelné, břišní 30 D/min. Stisk ruky je u klientky pevný, rozsah pohybu je zachován přibližně na 75° v předloktích a prstech ruky. Ostatní svaly jsou atrofované a spastické. Klientka není schopna chůze, vydrží v sedu s oporou, často jezdí na projížďky po parku ve speciálně upraveném invalidním vozíku. Klientka je nyní mírně dušná a má vlhký kašel, proto byly veškeré aktivity omezeny.

Spánek a odpočinek

Klientka spí denně 9 – 10 hodin. Obvykle usíná mezi 19. - 20. hodinou a probouzí se kolem 6. hodiny ranní. Přes den občas pospává, večer nemá problém s usnutím. Nyní se z důvodu akutního respiračního onemocnění v noci často budí, což se projevuje špatnou náladou po probuzení. Rituálem pro navození spánku je poslech zvuků přírody. Léky na spaní neužívá.

Vnímání – poznávání

Klientka je apatická, není orientována. Problémy se sluchem nemá, slyší dobře. Klientka má diagnostikovaný strabismus a praktickou slepotu, vnímá jen světlo a tmou. Řeč není rozvinuta, klientka komunikuje pomocí neartikulovaných výkřiků, smíchů

s grimasováním a pláčem. Klientka je těžce omezena ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím a vyhovět jim. U klientky převládají funkce pudové, afektivní a vegetativní. Nepoznává své okolí. K rozvinutí smyslových vjemů je používána vjemová terapie. Reaguje na tón hlasu, na známý hlas nebo dotek ošetrovatelského personálu. Podle těchto dorozumívacích schopností klientky se usuzuje, že v současné době nepocítuje žádnou bolest.

Sebepojetí

Klientka je usměvavá. Úsměvem a smíchem reaguje na činnosti, které se jí líbí, například hipoterapie, plavání v bazénu, projížďky v přírodě ve speciálně upraveném invalidním vozíku, různé činnosti z vjemové terapie, hlavně poslech zvuků přírody. Pokud se jí něco nelíbí, reaguje křikem, grimasami a neochotou pomoci personálu při manipulaci.

Role – vztahy

Rodina o klientku nejeví zájem, proto se její „rodinou“ stali pracovníci ústavu sociální péče. Dokáže poznat jednotlivé pracovníky Domova Petra Mačkov, kteří s ní denně pracují. Reaguje na ně úsměvem, mimikou, otočením hlavy za hlasem. Lépe spolupracuje při činnostech, u kterých jsou přítomny v její blízkosti známé osoby.

Sexualita

Menarché nemá. Klientka podstupuje preventivní gynekologické prohlídky. Gynekologickou operaci nepodstoupila.

Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Klientka jedná na základě pudů. Na nelibý pocit reaguje pláčem, křikem nebo grimasou. Pokud se klientku nedaří uklidnit, je aplikováno psychofarmakum.

Víra, životní hodnoty

U klientky je nejdůležitější uspokojování základních biologických potřeb.

Jiné

Alergie nezjištěny.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: žádná vyšetření nejsou ordinována lékařem.

Konzervativní léčba: *Dieta:* č. 4 (hepatorprotektivní), mletá

RHB: za klientkou 2x denně dochází fyzioterapeutický pracovník

Výživa: perorální příjem

Intravenózní léčba: nenaordinováno.

Per rectum: nenaordinováno

Chirurgická léčba: nenaordinováno.

Medikamentózní léčba:

Baclofen – Polpharma 10 mg	2 – 2 – 2 tbl. (myorelaxancium)
Tegretol CR 200	1 – 1 – 1 tbl. (antiepileptikum, antikonvulzivum)
Diazepam 5 mg	1 – 1 – 1 tbl.(antipsychotikum, neuroleptikum)
Neurol 0,25 mg	2 – 2 - 2 tbl. (anxiolytikum)
Trittico AC 150 mg	0 – 0 – 2 tbl. (psychofarmakum)
Aktiferrin	1 – 0 – 0 tbl. (antianemikum)
Ambrobene 15 ml / 5 ml sirup	4 ml – 4 ml – 4 ml (mukolytikum)
Codein tbl. 15 mg	0 – 0 – 1 tbl. ve 20:00 (antitusikum)

SITUAČNÍ ANALÝZA

Klientka byla přijata v roce 2002 do Domova Petra Mačkov. Posouzení stavu pacientky a sepsání situační analýzy proběhlo druhý den vypracování kazuistiky tj. 8.2. 2017. V současné době je klientka odkázána na celkovou ošetrovatelskou péči, potřebuje neustálý dohled a pomoc ošetrovatelského personálu při veškerých denních aktivitách. Klientka je zcela nesoběstačná v oblasti oblékání a přijímání stravy, stravování a hygieně.

Ošetrovateľské problémy:

Nevyvážená výživa: menej než je potreba organizmu, reflexná inkontinencia moči, zhoršená telesná pohyblivosť, deficit sebestarosty pri kúpaní, deficit sebestarosty pri obliekaní, deficit sebestarosty pri stravovaní, deficit sebestarosty pri vyprazdňovaní, labilné ovládanie emócií, riziko infekcie, neefektívna priechodnosť dýchacích ciest, riziko pádov, narušená integrita kože, riziko narušenia integrity kože, riziko opoždeného vývoja.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORITY:

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

Aktuální diagnózy:

Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu 00002

Neefektivní průchodnost dýchacích cest 00031

Narušená integrita kůže 00046

Deficit sebepéče při stravování 00102

Deficit sebepéče při koupání 00108

Deficit sebepéče při vyprazdňování 00110

Deficit sebepéče při oblékání 00109

Reflexní inkontinence moči 00018

Zhoršená tělesná pohyblivost 00085

Rizikové diagnózy:

Riziko infekce 00004

Riziko pádů 00155

Riziko narušení integrity kůže 00047

Riziko opožděného vývoje 00112

Název, kód: Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu 00002

Doména: 2 Výživa

Třída: 1 Příjem potravy

Definice: *Příjem živin nepostačuje k uspokojení potřeb metabolismu.*

Určující znaky: Odpor k jídlu.

Příjem potravin je menší než doporučená denní dávka.

Související faktory: Biologické faktory.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Zvýšit hmotnost o 1 kilogram do 1 měsíce.

Cíl krátkodobý: Klientka má větší příjem potravin, než je doporučená denní dávka, denně.

Očekávané výsledky:

Personál konzultuje výživu klientky s nutričním terapeutem 1krát týdně.

Klientka má vyvážený jídelníček do 1 dne.

Personál zná nutriční potřeby klientky do 1 dne.

Plán intervencí:

Konzultuj sestavení jídelníčku do 2 hodin, všeobecná sestra.

Zajisti vyvážený jídelníček do 1 dne, všeobecná sestra.

Zhodnoť nutriční potřeby klientky do 1 dne, všeobecná sestra, nutriční terapeut.

Zjisti, zda klientce chutná nově upravená strava do 3 dnů, všeobecná sestra.

Zaznamenávej příjem potravy do deníku vždy po jídle, všeobecná sestra.

Sleduj hmotnost klientky každý čtvrtek, všeobecná sestra.

Podávej tekutiny po celý den, všeobecná sestra.

Hodnocení:

Klientka má jídelníček sestavený nutričním terapeutem, který doporučil užívání nutridrinků. Klientka vypije každý den jeden nutridrink. Personál se snaží, aby klientka snědla celou porci jídla. Klientka má často v jídelníčku krupicovou kaši, která je její oblíbené jídlo. Personál vede deník příjmu potravy, kde zaznamenává, jaké množství stravy pacientka snědla. Personál zajišťuje během dne pitný režim. Průběžné vážení klientky se provádí každý čtvrtek. Krátkodobý cíl byl splněn a pokračuje do dalších dnů, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Neefektivní průchodnost dýchacích cest 00031

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 2 Tělesné poškození

Definice: *Neschopnost odstraňovat sekrety nebo překážky z dýchacích cest a udržovat je čisté.*

Určující znaky: Změny frekvence dýchání.

Nadměrná produkce sputa.

Související faktory: Infekce.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Klientka má průchodné dýchací cesty do jednoho týdne.

Cíl krátkodobý: Objektivně lze vyhodnotit zlepšení dyspnoe do jednoho dne.

Očekávané výsledky:

Klientka má vhodně přizpůsobené prostředí zdravotnímu stavu do 1 hodiny, všeobecná sestra.

Personál zná zásady pokleповé a polohové drenáže do 2 hodin.

Personál využívá poklepové a polohové drenáže 3krát denně.

Klientka přijímá dostatek tekutin po celý den.

Plán intervencí:

Zajisti vhodné prostředí v pokoji klientky do 1 hodiny, všeobecná sestra.

Udržuj dostatečnou vlhkost v pokoji po celý den, všeobecná sestra.

Zopakuj zásady poklepové a polohové drenáže do 2 hodin, všeobecná sestra, fyzioterapeutický pracovník.

Zajisti potřebné pomůcky k odkašlávání do 10 minut, všeobecná sestra.

Používej poklepové a polohové drenáže 3krát denně, všeobecná sestra, fyzioterapeutický pracovník.

Zajisti dostatečný příjem tekutin průběžně po celý den, všeobecná sestra.

Podávej léky dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.

Sleduj účinky léků po podání, všeobecná sestra.

Hodnocení:

Během dne se pravidelně větral pokoj v krátkých intervalech. Zvlhčování vzduchu zajišťuje zvlhčovač zabudovaný v klimatizaci, který je neustále zapnutý. Klientce byly podány léky pro snadnější vykašlávání. Lůžko v oblasti úst bylo podloženo buničitou vatou pro zabránění znečištění lůžkovin a udržení čistoty. Klientce byly personálem prováděny poklepové a polohové drenáže. Klientka odkašlávala dobře. Tělesná teplota zůstala po celý den fyziologická 36,1°C. Na noc byly ordinovány antitusika pro zajištění klidného spánku. Cíl nebyl splněn, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Narušená integrita kůže 00046

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 2 Tělesné poškození

Definice: *Změna v epidermis a/nebo dermis.*

Určující znaky: Změny integrity.

Související faktory: Vlhkost.

Nevyvážená výživa.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Klientka nemá porušenou kožní integritu do 14 dnů.

Cíl krátkodobý: Objektivně lze vyhodnotit hojení defektu do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

Personál převazuje ránu sterilně každý den.

Personál sleduje hojení rány při převazování.

Klientka má obohacenou stravu o bílkoviny do 1 dne.

Plán intervencí:

Převazuj ránu sterilně každý den, všeobecná sestra.

Dodržuj zásady aseptického postupu při převazování, všeobecná sestra.

Sleduj hojení rány, popřípadě sekret při převazování, všeobecná sestra.

Zaznamenávej stav rány do ošetřovatelské dokumentace po převazu, všeobecná sestra.

Konzultuj změnu jídelníčku s nutričním terapeutem do 1 dne, všeobecná sestra.

Zajisti dostatečnou výživu obohacenou o bílkoviny do 1 dne, všeobecná sestra, nutriční terapeut.

Polohuj klientku dle polohovacího záznamu, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Kontroluj ložní prádlo při každé činnosti, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Vyměňuj ložní prádlo dle potřeby, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Dodržuj léčebné postupy dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.

Hodnocení:

Za dodržení aseptických postupů se rána převazovala denně. Kontrolovala se velikost, prokrvení, hloubka, sekrece a zápach defektu a jeho okolí. Lůžkoviny byly převlékány dle potřeby až třikrát denně. Klientka byla pravidelně polohována každé dvě hodiny, v noci každé tři hodiny. Lékař naordinoval na defekt sterilní krytí s jodovou dezinfekcí. Cíl nebyl splněn, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Deficit sebekpěče při stravování 00102

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 5 Sebekpěče

Definice: *Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.*

Určující znaky: Zhoršená schopnost samostatně sníst celé jídlo.

Zhoršená schopnost žvýkat jídlo.

Související faktory: Neuromuskulární poškození.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Udržet úroveň sebekpěče klientky při stravování, 6 měsíců.

Cíl krátkodobý: Zajistit péči při každém jídle.

Očekávané výsledky:

Klientka sní celou porci, při každém jídle.

Klientka má stejnou hmotnost, popřípadě se její hmotnost zvýší, po dobu 1 měsíce.

Personál používá asistenční pomůcky ke stravování při každém jídle.

Personál podává klientce stravu společensky přijatelným způsobem, vždy.

Plán intervencí:

Zjistí funkční úroveň klientky při jídle, všeobecná sestra.

Dohlédni, aby klientka snědla celou porci, vždy při podávání stravy, všeobecná sestra.

Kontroluj hmotnost každý čtvrtek, všeobecná sestra.

Zajisti asistenční pomůcky ke stravování vždy, všeobecná sestra.

Podávej klientce stravu společensky přijatelným způsobem při každém stravování, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Nakrm klientku, pětkrát denně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Nabízej tekutiny během dne, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Podávej tekutiny během dne, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Hodnocení:

Klientka není se schopná samostatně najíst, funkční úroveň klientky při jídle je 4 - klientka je závislá, na tělesné aktivitě se nepodílí. Polykací reflex je zachován, proto není důvod zavádět nasogastrickou sondu. Personál se snaží klientku ke každému jídlu posadit do pojízdného vozíku, ke krmení se používá ergonomická lžička a ubrousek. Krátkodobý cíl byl splněn a pokračuje do dalších dnů, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Deficit sebedpěče při koupání 00108

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 5 Sebedpěče

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

Určující znaky: Zhoršená schopnost umýt si tělo.

Související faktory: Neuromuskulární poškození.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Udržet úroveň sebedpěče klientky při stravování, 6 měsíců.

Cíl krátkodobý: Zajistit péči při koupání dvakrát denně.

Očekávané výsledky:

Klientka má zajištěnou pomoc při hygieně, dvakrát denně.

Personál dbá na správnou hygienu klientky, vždy.

Personál zachovává soukromí při prováděných činnostech, vždy.

Plán intervencí:

Zhodnot' funkční úroveň sebedpěče při koupání a hygieně do 1 dne, všeobecná sestra.

Zajisti péči při koupání a hygieně, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Udržuj klientku v čistotě a suchu vždy, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Používej motorickou a verbální instrukci při provádění hygieny vždy, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Dbej na správnou hygienu klientky vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Dbej na soukromí klienta při provádění hygieny, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Hodnocení:

Hygienu provádí dvakrát denně ošetrovatelský personál, který následně celý den udržuje klientku v suchu a čistotě. Za pomoci motorické a slovní instrukce je klientka schopna v omezené míře pomoci personálu, například zvednutím ruky. Při provádění hygieny je zachováno soukromí klientky zavřenými dveřmi a omezením personálu v místnosti. Funkční úroveň při koupání a hygieně je úroveň 4 – je závislá na tělesné aktivitě se nepodílí. Krátkodobý cíl byl splněn a pokračuje do dalších dnů, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Deficit sebepéče při vyprazdňování 00110

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 5 Sebepéče

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

Určující znaky: Zhoršená schopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu.

Související faktory: Neuromuskulární poškození.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Udržet úroveň sebepéče klientky při vyprazdňování, 6 měsíců.

Cíl krátkodobý: Zabezpečit vyprazdňování klientky, vždy.

Očekávané výsledky:

Klientka umí sdělit potřebu se vyprázdnit.

Klientka má možnost použít signalizační zařízení, vždy.

Personál zajišťuje soukromí při vyprazdňování.

Personál provádí hygienu v soukromí pokaždé, dle potřeby.

Klientka žije v čistém prostředí, vždy.

Plán intervencí:

Pobízej klientku k vyjádření pocitu na stoličce po zavedení glycerinového čípku, všeobecná sestra.

Poskytni signalizační zařízení vždy, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Informuj klientku o použití signalizačního zařízení vždy, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Demonstruj použití signalizačního zařízení vždy, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Zajisti potřebné pomůcky k vyprazdňování vždy, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Umožni použití podložní mísy při vyprazdňování, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Zajisti soukromí při vyprazdňování, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Prováděj hygienickou péči genitálu po vyprazdňování, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Vyměňuj lůžkoviny dle potřeby, všeobecná sestra, ošetřovatelský personál.

Hodnocení:

Vzhledem k nepravdělnému vyprazdňování je ordinován glycerinový čípek každé tři dny. Krátkodobý cíl byl splněn a pokračuje do dalších dnů, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Deficit sebeděče při oblékání 00109

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 5 Sebeděče

Definice: *Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.*

Určující znaky: Zhoršená schopnost obléknout si oblečení na dolní část těla.

Zhoršená schopnost obléknout si oblečení na horní část těla.

Související faktory: Neuromuskulární poškození.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Udržet úroveň sebeděče klientky při oblékání, 6 měsíců.

Cíl krátkodobý: Zajistit péči při oblékání, vždy.

Očekávané výsledky:

Klientka má zajištěnou péči při oblékání a úpravě zevnějšku.

Klientka pomáhá při oblékání a úpravě zevnějšku na úrovni svých schopností, vždy.

Personál aktivizuje klientku při oblékání a úpravě zevnějšku, vždy.

Plán intervencí:

Zjistí funkční úroveň oblékání a úpravy zevnějšku klientky do 30 minut, všeobecná sestra.

Zachovávej dosavadní úroveň sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku, všeobecná sestra, fyzioterapeutický pracovník.

Připrav oblečení spolu s klientkou před oblékáním, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Zajisti péči při oblékání a úpravě zevnějšku, vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Aktivizuj klientku, vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Motivuj pochvalou, vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Hodnocení:

Klientka denně procvičuje, zdokonaluje a udržuje s personálem základní činnosti sebeobsluhy. Příčiny deficitu sebeobsluhy jsou trvalé. Funkční úroveň oblékání a úpravy zevnějšku byla vyhodnocena na úroveň 4 – je závislá, na tělesné aktivitě se nepodílí. Krátkodobý cíl byl splněn a pokračuje do dalších dnů, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Reflexní inkontinence moči 00018

Doména: 3 Vylučování a výměna

Třída: 1 Funkce močového systému

Definice: *Mimovolná ztráta moči ve víceméně očekávaných intervalech, když dojde k naplnění močového měchýře do určitého objemu.*

Určující znaky: Nepocitování plnosti močového měchýře.

Nepocitování potřeby se vymočit.

Nepocituje, že se vyprazdňuje.

Neschopnost vědomě potlačit močení.

Neschopnost vědomě zahájit močení.

Související faktory: Neurologické poškození na úrovni pontinního mikčního centra.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Zabránit vzniku komplikací při reflexní inkontinenci moči po dobu 6 měsíců.

Cíl krátkodobý: Zajistit komfort klientky při reflexní inkontinenci, vždy.

Očekávané výsledky:

Personál používá metody k zabránění vzniku komplikací při reflexní inkontinenci, vždy.

Klientka má ošetřenou kůži při každé výměně plenkových kalhotek.

Klientka nemá retenci moči, vždy.

Plán intervencí:

Používej metody prevence možných komplikací, vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Udržuj klientku v suchu po celý den i noc, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Pečuj o zavedený permanentní močový katétr při každé výměně plenkových kalhotek, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Kontroluj kůži při každé výměně plenkových kalhotek, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Ošetřuj kůži při každé výměně plenkových kalhotek, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Kontroluj množství moči, které odejde do sběrného sáčku denně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Hodnocení:

Personál udržuje klientku v suchu, aplikuje preventivně pasty proti opruzeninám. Personál klientku dostatečně hydratuje po celý den. Permanentní močový katétr má dnes 8. den. Denní diuréza je 1,5l, moč je bez příměsí, bez zápachu. Krátkodobý cíl byl splněn a pokračuje do dalších dnů, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Zhoršená tělesná pohyblivost 00085

Doména: 4 Aktivita/odpočinek

Třída: 2 Aktivita/cvičení

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

Určující znaky: Zhoršené provádění jemných motorických funkcí.

Zhoršené provádění hrubých motorických funkcí.

Omezený rozsah pohybu.

Související faktory: Alterace kognitivních funkcí.

Kontraktury.

Opožděný vývoj.

Neuromuskulární poškození.

Farmaka.

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: Udržet stávající úroveň pohyblivosti klientky po dobu 6 měsíců.

Očekávané výsledky:

Klientka se aktivně zapojuje do rehabilitačního programu, vždy.

Klientka nemá zhoršené nynější kontraktury, po dobu 6 měsíců.

Personál používá vhodné kompenzační pomůcky dle potřeby.

Plán intervencí:

Motivuj klientku k rehabilitaci vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Aktivizuj klientku při každé rehabilitaci, všeobecná sestra, fyzioterapeutický pracovník.

Využívej pochvaly vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Procvičuj malé i velké svalové skupiny dle časového harmonogramu, všeobecná sestra, fyzioterapeutický pracovník.

Používej vhodné kompenzační pomůcky dle potřeby, všeobecná sestra, fyzioterapeutický pracovník.

Spolupracuj s fyzioterapeutickým pracovníkem při rehabilitaci, všeobecná sestra.

Hodnocení:

Klientku motivuje personál k zapojení do rehabilitace například pohlazením. Fyzioterapeut dvakrát denně dochází k lůžku a procvičuje celé tělo. Ošetrovatelský personál, dle pokynů fyzioterapeuta, procvičuje svalové skupiny při provádění hygieny, nebo při polohování. Polohování se provádí pomocí polohovacích pomůcek, vypodložením velkých kloubů do fyziologické polohy. Cíl nebyl splněn, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Riziko infekce 00004

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 1 Infekce

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

Rizikové faktory: Invazivní vstupy.

Priorita: Střední.

Cíl: Klientka nemá infekci po dobu zavedení permanentního močového katétru.

Očekávané výsledky:

Personál pečuje o permanentní močový katétr po dobu zavedení.

Personál zná způsoby předcházení infekce, do 30 minut.

Personál monitoruje případné známky infekce, průběžně.

Plán intervencí:

Pečuj o permanentní močový katétr každý den, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Předcházej infekci spojené s permanentním močovým katétrem po dobu zavedení, při každé hygieně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Udržuj invazivní vstup v čistotě při každé hygieně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Vyměňuj permanentní močový katétr jednou za 21 dní, všeobecná sestra.

Monitoruj případné známky infekce průběžně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Kontroluj průchodnost permanentního močového katétru denně, všeobecná sestra.

Hodnocení:

Personál dvakrát monitoruje známky infekce při každé prováděné hygieně, jako je zarudnutí, teplota, bolest, aj. Při zavádění permanentního močového katétru byl dodržen aseptický postup. Při každé manipulaci s invazivním vstupem personál používá ochranné pomůcky. Cíl nebyl splněn, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Riziko pádů 00155

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 1 Infekce

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

Rizikové faktory: Alterace kognitivních funkcí.

Zhoršená mobilita.

Priorita: Střední.

Cíl: Předejít pádu při manipulaci s klientkou, vždy.

Očekávané výsledky:

Personál zná a dodržuje bezpečnostní opatření, do 1 hodiny.

Personál používá správné pomůcky při manipulaci s klientkou, vždy.

Klientka má zajištěno bezpečné prostředí do 30 minut.

Plán intervencí:

Zopakuj si zásady bezpečnostních opatření do 30 minut, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Dodržuj bezpečnostní opatření, vždy, veškerý personál.

Používej správné pomůcky při manipulaci s klientkou, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, fyzioterapeutický pracovník.

Zabezpeč okolí klientky před pádem do 30 minut, všeobecná sestra.

Zajisti bezpečnost klientky při všech léčebných a ošetrovatelských úkonech, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál, fyzioterapeutický pracovník.

Zajisti bezpečnost klientky při přesunu z lůžka na pojízdný vozík, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Hodnocení:

Personál zajišťuje bezpečnost klientky při každé manipulaci. Při přesunu z lůžka na pojízdný vozík se používá zvedák a na vozíku jsou popruhy, sloužící k prevenci pádu. Pokud klientka leží v lůžku, je zabezpečena postranicemi. V Domově Petra Mačkov používají pro přesun klientů do koupelny, terapeutické místnosti nebo na bazén speciální pojezdový systém. Jedná se o závěs, který je připojen ke kolejím na stropě.

Přes veškerá bezpečnostní opatření proti pádu, zde riziko stále je. Cíl byl splněn a pokračuje do dalších dnů, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Riziko narušení integrity kůže 00047

Doména: 11 Bezpečnost/ochrana

Třída: 2 Tělesné poškození

Definice: *Náchylnost ke změně v epidermis a/nebo dermis, což může vést k oslabení zdraví.*

Rizikové faktory: Mechanické faktory (např. střížné síly, tlak, imobilita).

Tlak na kostní výčnělky.

Priorita: Střední.

Cíl: Klientka nemá porušenou kožní integritu, vždy.

Očekávané výsledky:

Personál zná individuální rizikové faktory do 30 minut.

Personál používá techniky k prevenci porušení kůže, vždy.

Personál používá pomůcky k prevenci porušení kůže, vždy.

Plán intervencí:

Zhodnot' riziko vzniku dekubitů dle škály Nortonové do 30 minut, všeobecná sestra.

Kontroluj predilekční místa denně, všeobecná sestra.

Pečuj o predilekční místa při hygieně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Polohuj dle polohovacího záznamu, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Monitoruj změny na kůži průběžně, všeobecná sestra.

Pečuj o kůži při hygieně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Používej dostupné pomůcky k prevenci porušení kůže, vždy, všeobecná sestra.

Udržuj lůžko čisté a suché, vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Hodnocení:

Kůže klientky je kontrolována každý den. Je prováděna zvýšená péče o predilekční místa, klientka je polohována dle polohovacího záznamu. Každý den je přemístěna do speciálně upraveného invalidního vozíku. Při každém polohování se kontroluje čistota lůžka. Cíl byl splněn, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

Název, kód: Riziko opožděného vývoje 00112

Doména: 13 Růst/vývoj

Třída: 2 Vývoj

Definice: *Náchylnost k opoždění o 25 nebo více procent v jedné nebo více oblastech sociálního či samoregulačního chování nebo v kognitivních, jazykových, hrubých či jemných motorických dovednostech, což může vést k oslabení zdraví.*

Rizikové faktory: Infekce.

Poškození mozku.

Vrozené vady.

Priorita: Střední.

Cíl: Zachovat současný stav klientky po dobu 6 měsíců.

Očekávané výsledky:

Personál respektuje odchylku od vývoje, vždy.

Klientka spolupracuje při bazální stimulaci a vjemové terapii, vždy.

Klientka má zajištěné vhodné prostředí při bazální stimulaci a vjemové terapii.

Plán intervencí:

Respektuj odchylky od vývoje a růstu vždy, veškerý personál.

Motivuj klientku vhodnými doteky a hlasovým vedením při prováděné stimulaci, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Sleduj reakce klientky na vjemovou terapii a bazální stimulaci, vždy, všeobecná sestra.

Využívej verbální a neverbální pochvaly, vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.

Uprav prostředí pro bazální stimulaci a vjemovou terapii před zahájením činnosti, všeobecná sestra.

Eliminuj rušivé faktory při bazální stimulaci a vjemové terapii, všeobecná sestra.

Monitoruj současný stav, popřípadě zlepšení, 3krát denně, všeobecná sestra, fyzioterapeutický pracovník.

Hodnocení:

Ke klientce pravidelně dochází fyzioterapeutický pracovník, je prováděna bazální stimulace a vjemová terapie. Pokoj je upraven, aby působil na její smysly (světlo v pokoji, čerstvý vzduch, hudba). Vzhledem k handicapům klientky se nepředpokládá zlepšení stavu. Jde hlavně o zachování stávajících motorických, sociálních a vyjadřovacích schopností. Cíl nebyl splněn, diagnóza a veškeré intervence přetrvávají.

REALIZACE:

7.2. 2017

V 6:00 hod. ráno jsem klientku vzbudila pozdravením a pohlazením, změřila jsem jí teplotu, která byla fyziologická, 36,5°C. Klientce jsem umyla obličej. Pečlivě jsem vyčistila zuby a vytřela dutinu ústní Pagavitem. Při hygieně horní části těla jsem pozorovala, zda klientka nemá známky opruzení. Dále jsem provedla hygienu

urogenitální oblasti a zkontrolovala jsem permanentní močový katétr. Permanentní močový katétr odvádí čistou moč bez příměsí. Převlékla jsem vlhké lůžkoviny a ošetřila jsem predilekční místa a místa možných opruzenin. Klientku jsem oblékla do připraveného oblečení. Klientku jsem motivovala, aby mi při oblékání pomohla. Při oblékání trička a svetru zdvihla klientka pravou ruku, za to jsem klientku slovně pochválila. Nakonec jsem klientce učesala vlasy. Klientka se po celou dobu nevyjadřovala žádnou mimikou. Po té jsem klientku za pomoci personálu napolohovala na snídani. Léky jsem podala v 7:00 rozdrčené a rozpuštěné v čaji. Snídaně se podávala v 7:15, klientce jsem za pomoci ergonomické lžičky podala celou jablečnou přesnídávku a bílou kávu. Po snídani jsem klientce dávala slámkou napít nutridrinku, vypila polovinu. Do deníku o příjmu potravy jsem zapsala, množství snědené porce. V 8:00 jsem klientku napolohovala na levý bok a připravila jsem ji na převaz dekubitu. Na dekubit jsem aplikovala Braunol a sterilní krytí, podle ordinace lékaře. U dekubitu jsem sledovala hojení rány. Dekubit byl povrchový a tkáň byla prokrvená. Z důvodu odkašlávání jsem dala buničitou vatu pod ústa. Od 8:15 do 9:30 klientka odpočívala a poslouchala hudbu, na kterou reagovala libou mimikou. Klientce jsem za dohledu všeobecné zdravotní sestry dělala poklepovou drenáž, poklepem konečky prstů na stěnu hrudníku směrem do středu. V 9:30 jsem dala klientce broskev a vypila pomerančovou šťávu naředěnou vodou, 300 ml. V 10:00 – 10:30 přišel fyzioterapeutický pracovník a rehabilitoval s klientkou na lůžku. Fyzioterapeutický pracovník protahoval klientce malé i velké svalové partie. Klientka se vyjadřovala nelibou mimikou. Po rehabilitaci jsem klientce zkontrolovala plenkové kalhotky. Ošetřovatelský personál mi pomohl přesunout klientku, za pomoci hydraulického zvedáku, na pojízdný vozík, kde jsem ji zabezpečila proti pádu. Při volné chvíli jsem klientce četla z časopisu. Klientce jsem podala polední léky rozdrčené a rozpuštěné v čaji. K obědu v 11:30 byla bramborová kaše s mletým masem a vývar s nudlemi. Klientku jsem nakrmila, snědla celou porci. Množství jsem zapsala do deníku o příjmu potravy. Po obědě seděla klientka ve vozíku a odpočívala. V 12:30 jsem klientce protahovala velké svalové skupiny, dle pokynů fyzioterapeutického pracovníka. Klientka reagovala nelibou mimikou. V 13:00 měla klientka mít hydroterapii, která byla zrušena vzhledem k jejímu kašli. Klientku jsem zavezla do společenské místnosti, kde poslouchala televizi. Za odpoledne jsem dala klientce vypít zbytek nutridrinku. Na stolicí klientka nebyla. Příjem tekutin byl 800 ml.

Při předávání hlášení byla klientka ještě ve společenské místnosti. Vypadala spokojeně a usmívala se.

8.2. 2017

Ráno jsem klientku probudila pozdravením a oslovením, klientka reagovala otočením hlavy. Změřila jsem teplotu, která byla fyziologická, 36,3°C a vyvětrala jsem rychle pokoj. V 6:30 jsem provedla hygienu na lůžku. Vyčistila jsem klientce zuby a vytřela jsem dutinu ústní štětičkou Pagavit, klientce se tato činnost nelíbila, reagovala křikem. Po uklidnění klientky jsem pokračovala v mytí horní části těla a urogenitálu. Zkontrolovala jsem permanentní močový katétr, který odváděl čistou moč bez příměsí. Znamky infekce v okolí invazivního vstupu jsem nezaznamenala. Klientku jsem pečlivě osušila a promazala predilekční místa. Lůžko jsem přestlala. Klientku jsem oblékla do denního oblečení, slovně a doteky jsem ji motivovala k pomoci při jednotlivých úkonech. Klientka nejevila zájem o prováděné úkony. Provedla jsem poklepovou drenáž, která trvala pět minut. Před snídaní jsem ji napolohovala. Ranní léky, dle ordinace lékaře, jsem připravila rozdrcením a dala jsem je na lžici s čajem, klientka je bez problémů spolkla. Klientku jsem nakrmila pomocí ergonomické lžičky, snědla piškoty s kávou a bílý jogurt. V 8:00 jsem klientku přetočila na levý bok a převázala jsem jí dekubitus na pravém boku, podle ordinace lékaře. Aplikovala jsem mastný tyl, Braunol a sterilní krytí. Hodnocení rány jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace. Ránu jsem zhodnotila z hlediska hloubky, prokrvení a hojení. Rána vypadala, že se dobře hojí, žádná sekrece ani zápach. V 8:30 jsem klientce vyvětrala pokoj, zkontrolovala jsem lůžkoviny a dala jsem jí napít 200 ml sladkého čaje. V 8:45 jsem klientku položila na záda. Dle časového harmonogramu byla prováděna vjemová terapie. Vjemová terapie působila na všechny smysly klientky. Pomocí barevných světel, světelných koulí stimulovala terapeutická pracovnice oči. Do rukou jí podávala různé předměty pro stimulaci hmatu. Pro stimulaci čichu byly využívány různé druhy aromatického koření. Vše bylo doprovázeno slovním vysvětlením prováděných úkonů. Klientka se po celou dobu vjemové stimulace usmívala. V 9:30 přišel fyzioterapeutický pracovník, protahoval klientce svalové partie, po té následovala somatická bazální stimulace pro uvědomění si vlastního těla pomocí pevných a zřetelných doteků. Dále

vibrační bazální stimulaci, jejímž smyslem je posílit stabilitu a uvědomění si sama sebe za pomoci dupání, chvění a klepání. Fyzioterapeutický pracovník aplikoval také vestibulární bazální stimulaci, která se zaměřuje na změny polohy těla na lůžku. Tento druh bazální stimulace napomáhá k prostorové orientaci a uvědomění si polohy těla. Po bazální stimulaci jsem s pomocí ošetrovatelského personálu klientku posadila do pojízdného vozíku a zabezpečila jsem ji popruhy. V 11:30 jsem klientce podala oběd pomocí ergonomické lžičky. Klientka snědla celou porci gulášové polévky a z hlavního chodu, špenát s bramborem a masem, snědla polovinu porce. Množství jídla, které klientka snědla, jsem zapsala do deníku o příjmu potravy. Slámkou jsem podávala vlažný sladký čaj. Po obědě klientka odpočívala v pojízdném vozíku a poslouchala hudbu. Během odpoledne jsem dávala klientce popíjet sladký čaj. Na stolici nebyla. Množství přijatých tekutin bylo 1400 ml. V 13:00 jsem s klientkou protahovala velké svalové partie. Z mimiky a neverbálních projevů klientky je zřejmé, že procvičování svalů se jí nelíbí. Křičela a odstrkovala mě. V 14:30 při předávání hlášení pospávala v lůžku, vypadala unavená.

9.2. 2017

V 6:00 jsem klientku vzbudila, oslovením a pohlazením, klientce se nelíbilo světlo v pokoji. Změřila jsem teplotu 36,5°C a krevní tlak 128/76 mmHg. V 6:05 jsem klientce aplikovala glycerinový čípek, dle ordinace lékaře, pro usnadnění vyprazdňování. Podala jsem ji signalizační zařízení a opakovala jeho použití. Klientka začala točit hlavou a podle mimiky, kterou ošetrovatelský personál pozná, bylo zřejmé, že hlásá svoji potřebu. V 6:25 byla klientka na stolici. Dnes byla při vyprazdňování použita podložní mísa. Poté jsem za pomoci ošetrovatelského personálu klientku dopravila po pojezdovém systému do koupelny, kde jsem ji vysprchovala vleže na pojízdné vaně. Klientce jsem umyla obličej, vlasy a celé tělo. Zkontrolovala jsem permanentní močový katétr, který odváděl čistou moč bez příměsí. V místě invazivního vstupu jsem nezaznamenala známky infekce. Vyměnila jsem sběrný močový sáček. Klientce jsem vyčistila dutinu ústní. Po té jsem klientku pečlivě osušila a namazala celé tělo hydratačním mlékem. Převázala jsem dekubitus dle ordinace lékaře. Aplikovala jsem Braunol a sterilní krytí. Rána byla granulovaná, prokrvená, bez sekretu a zápachu.

Provedla jsem záznam o stavu rány do ošetrovatelské dokumentace. Klientka celou dobu koupele reagovala úsměvem. Na pobídku dotekem zvedla ruku, aby mi usnadnila mytí a sušení. Klientku jsem oblékla. Za pomoci personálu jsem klientku posadila do pojízdného vozíku a použila popruhy proti pádu. Klientce jsem vyfénovala a učesala vlasy, na tuto činnost reagovala smíchem. Lůžko jsem převlékla. V 7:10 jsem podala rozdrcené ranní léky na lžičce s čajem. K snídani jsem klientku nakrmila čokoládovým pudinkem a banánem, snídani snědla celou. Do deníku příjmu stravy jsem zapsala množství jídla, které klientka snědla. V 8:30 byla klientce prováděna somatická, vestibulární a vibrační bazální stimulace a základní protahování fyzioterapeutickým pracovníkem. Kašel odezněl, bylo vysazeno antitusikum. Vzhledem k tomu mohla klientka v 9:30 na hipoterapii. Při hipoterapii jsem za pomoci ergoterapeutických pracovníků klientku položila břichem na hřbet koně. Kůň chodil dokola a ergoterapeutičtí pracovníci klientku přidržovali. Klientka reagovala úsměvem a klidným dýcháním. Hipoterapie slouží k udržení pohody klienta a přenosu pohybových impulsů na klienta. Od 10:30 do 11:30 klientka odpočívala a pospávala. Dávala jsem jí napít ovocné šťávy. Polední léky podle ordinace lékaře jsem rozdrtila a rozpustila v čaji, který klientka vypila. K obědu jsem nakrmila klientku pomocí ergonomické lžice hovězím vývarem s kapáním a játry s rýží. Oběda snědla polovinu. Množství, které klientka snědla, jsem zaznamenala do deníku o příjmu stravy. Po obědě jsem klientku za pomoci personálu posadila na speciálně upravenou váhu, klientka vážila 51,1 kg. Klientku jsem uložila do lůžka a zkontrolovala jsem plenkové kalhotky. V 13:00 jsem klientku protahovala na lůžku, opět se jí tato činnost nelíbila, mračila se a zavírala oči. Při verbálním kontaktu otáčela hlavu ode mě. Po ukončení cvičení se usmívala a držela mě za ruku. Dnes byla klientka na stoličce. Množství přijatých tekutin bylo 850 ml. Při předávání hlášení byla klidná, usměvavá a poslouchala hudbu.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PROGNÓZA A EDUKACE

Podstatou dětské mozkové obrny je rané poškození mozku, které má za následek poruchu hybnosti, motoriky. Dětská mozková obrna je nevléčitelná, velmi záleží na včasné diagnostice, terapii a zpomalení nebo zmírnění symptomů.

Ošetřovatelská prognóza je nepříznivá. U klientky se předpokládá stálé zhoršování psychických a motorických funkcí. Nyní je u klientky hlavní snahou zachovat stávající psychické a motorické funkce, pomocí vhodných rehabilitačních cvičení, bazální stimulace, vjemové terapie, arteterapie, hipoterapie, hydroterapie aj, po dobu šesti měsíců.

Vzhledem k lékařské diagnóze nelze klientku edukovat. Edukační plán je připraven pro ošetřovatelský personál. Je připraven na základě zdravotního stavu klientky a možnostech ústavu sociální péče. Nedílnou součástí edukačního plánu je prevence komplikací a udržování současného zdravotního stavu klientky. Je důležité zachovat individuální přístup, motivovat a aktivizovat klientku k činnostem, které je schopná částečně vykonávat sama, popřípadě, které vykonává ošetřovatelský personál.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Kazuistika u klienta s dětskou mozkovou obrnou byla vypracovávána v Ústavu sociální péče Domov Petra Mačkov, na oddělení DOZP (domov pro osoby se zdravotním postižením). Pro vypracování kazuistiky byl zvolen ošetřovatelský model dle Marjory Gordonové: Model funkčních vzorců zdraví. Na základě ošetřovatelského modelu byl vypracován ošetřovatelský proces.

Cílem bakalářské práce bylo prohloubit vědomosti o dětské mozkové obrně na základě získaných informací o daném onemocnění, vypracovat kazuistiku a ošetřovatelský proces u klientky s dětskou mozkovou obrnou. Cíl byl splněn.

Nejdůležitější diagnózou u klientky byla stanovena nevyvážená výživa a neefektivní průchodnost dýchacích cest. U obou diagnóz bylo dosaženo krátkodobého cíle. Všechny ostatní ošetřovatelské cíle stanoveny v této práci byly nesplněny vzhledem k dlouhodobému zdravotnímu stavu klientky a pokračují do dalších dnů.

Kazuistika byla vypracována u klientky s dětskou mozkovou obrnou a hlubokou mentální retardací. Klientka má zrakovou vadu – praktickou slepotu, sluchové vnímání není postiženo. Řeč je neartikulovaná a myšlení odpovídá stupni hluboké mentální retardace. Není schopna sebepéče v jednotlivých denních činnostech. Vzhledem k dlouhodobému pobytu v ústavu sociální péče a nezájmu její rodiny, klientka částečně spolupracuje jen se známým ošetřovatelským personálem. Pro klientku je velmi důležitá pomoc a podpora ze strany ošetřovatelského personálu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. 351 s.: il., tab.; 29 cm. ISBN: 978-80-7262-707-3.

DOMOV PETRA MAČKOV, 2015. Jízda na koni [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.domovpetra.cz/nabidka-sluzeb-pro-verejnost/jizda-na-koni/>

DOMOV PETRA MAČKOV, 2015. Domov Petra Mačkov [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.domovpetra.cz/o-nas/uvod/>

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s.: il., tab.; 20 cm. ISBN: 80-7254-730-5.

KAŇOVSKÝ, P. a R. HERZIG. *Obecná neurologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 242 s.: il., tab.; 30 cm. ISBN: 978-80-244-1663-2.

KOMÁREK, V. a A. ZUMROVÁ. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Galén, c2008. 195 s.: il., tab.; 23 cm. ISBN: 978-80-7262-492-8.

KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 344 s.; 26 cm. ISBN: 80-247-1018-8.

KUDLÁČEK, M. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 186 s.: il., tab.; 21 cm. ISBN: cnb002375177; 978-80-262-0178-6.

LESNÝ, I. *Dětská mozková obrna*. *Medica revue*, 1998, Roč. 5, č. 2, s. 19. ISSN: 1210-9673.

LESNÝ, I. *Dětská neurologie*. Praha: Avicenum, 1980. 397 s.: il.

MAREŠOVÁ, E., P. JOUDOVÁ a S. SEVERA. *Dětská mozková obrna: možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 154 s.: il., tab.; 23 cm. ISBN: 978-80-7262-703-5.

Medicina pro praxi [online]. Katedra Fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci: Solen, 2013, **10** (11-12) [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: [https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201311-](https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201311-0013_Pece_o_pacienta_s_poruchou_pohybu_v_domacim_prostredi-3_cast_pokracovani_Roztrousena_skleroza_m.php)

0013_Pece_o_pacienta_s_poruchou_pohybu_v_domacim_prostredi-3_cast_pokracovani_Roztrousena_skleroza_m.php

MENKES, J. H., H. B. SARNAT a B. L. MARIA. *Dětská neurologie*. 7. vyd. Praha: Triton, 2011. 2 sv.: il., tab.; 24 cm. ISBN: 978-80-7387-341-7.

NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

OŠLEJŠKOVÁ, H. (ed.). *Dětská neurologie*. Olomouc: Solen, s. r. o., 2015. 240 stran: ilustrace, tabulky; 22 cm. ISBN: 978-80-7471-124-4.

OŠLEJŠKOVÁ, H. (ed.). *Učebnice speciální dětské neurologie: pro studenty 4. a 5. ročníku LF MU s rozšířenou výukou pediatrie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 123 s.: il., tab.; 30 cm. ISBN: cnb002348167; 978-80-210-5659-6.

OŠLEJŠKOVÁ, H. *Pracoviště komplexní péče o děti s dětskou mozkovou obrnou a dalšími hybnými poruchami v České republice: prosinec 2010 - březen 2012*. Vyd. 1. Olomouc: Solen, 2012. 48 s.: barev. il.; 21 cm. ISBN: cnb002413232; 978-80-7471-000-1.

PANTELIADIS, C.P. (ed.). STRASSBURG, Hans-Michael (ed.). *Cerebral palsy: principles and management*. Stuttgart: Georg Thieme, 2004. 267 s.: il., tab.; 24 cm. ISBN: 3-13-140021-8; 1-58890-295-1.

PAPEŽ, J., L. MRÁZOVÁ, Z. DOLEŽEL a H. OŠLEJŠKOVÁ. *Komplexní multioborová péče o děti s dětskou mozkovou obrnou je nutností*. Olomouc: Solen, 2015. 18 stran; 21 cm. ISBN: 978-80-7471-131-2; cnb002781073.

SEIDL, Z. a J. OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 363 s.: il.; 24 cm. ISBN: 80-247-0623-7.

SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. : il. ; 21 cm. ISBN: 978-80-247-2733-2.

SLEZÁKOVÁ, Z. *Ošetřovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 232 s.: il.; 24 cm. ISBN: cnb002628299; 978-80-247-4868-9.

SÜSSOVÁ, J. a I. ŠÁCHOVÁ. *Péče o pacienty s dětskou mozkovou obrnou v dospělosti*. *Neurologie pro praxi*, 2011, roč. 12, č. 4, s. 254-255. ISSN: 1213-1814.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7060-7.

VÍTEK, J., a M. VÍTKOVÁ. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. 1. vyd. Brno: Paido, 2010. 250 s.: il., tab.; 23 cm. ISBN: 978-80-7315-210-9; cnb002223219.

PŘÍLOHY

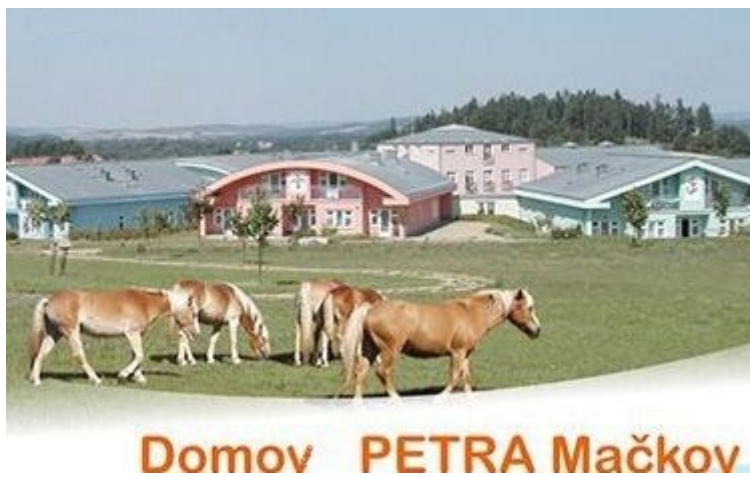
Příloha A - Hipoterapie.....	I
Příloha B – Domov Petra Mačkov	II
Příloha C – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	III
Příloha D – Rešeršní protokol.....	IV

Příloha A – Hipoterapie



Zdroj: DOMOV PETRA MAČKOV, 2015

Příloha B - Domov Petra Mačkov



Zdroj: DOMOV PETRA MAČKOV, 2015

Příloha C - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Kazuistika u klientky s dětskou mozkovou obrnou 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

Kazuistika u klienta s dětskou mozkovou obrnou

Klíčová slova: dětská mozková obrna, DMO, spasticita, poruchy hybnosti
(cerebral palsy, CP, spasticity, movement disorders)

Rešerše č. 2/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů:	celkem 39 záznamů (kvalifikační práce – 4, monografie – 17, ostatní – 18)
Časové omezení:	2007 - současnost
Jazykové vymezení:	čeština, slovenština, angličtina
Druh literatury:	knihy, články a příspěvky ve sborníku
Datum:	16. 1. 2017

Základní prameny:

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