

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

Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Pazour Petr

Praha 2018

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

Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou

Bakalářská práce

Pazour Petr

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová

Praha 2018



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

PAZOUR Petr

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

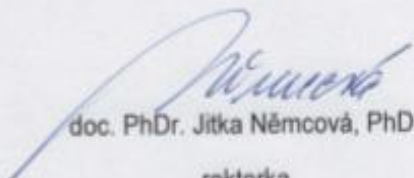
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou

Nursing Process of Stroke Patients

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolina Moravcová

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval 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 12. dubna 2018

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych poděkoval své vedoucí bakalářské práce PhDr. Karolině Moravcové za její trpělivost, podporu, odborné vedení a cenné rady i připomínky.

ABSTRAKT

PAZOUR, Petr. *Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou*.
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.).
Vedoucí práce: PhDr. Karolina Moravcová. Praha. 2018. 60 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je stručně popsána medicínská problematika nemoci. Dále je zde rozebrána ošetrovatelská péče v dané problematice a role všeobecné sestry včetně následné péče při daném onemocnění. V praktické části je popsána kazuistika u pacienta s cévní mozkovou příhodou a ošetrovatelský proces ve všech 5 fázích, závěrečné zhodnocení a doporučení pro praxi. Cílem práce je stanovení ošetrovatelského plánu u pacienta s cévní mozkovou příhodou podle modelu Marjory Gordon. Na podkladě zjištěných ošetrovatelských problémů jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II 2015-2017. U vybraných ošetrovatelských diagnóz jsou stanoveny ošetrovatelské cíle, plán ošetrovatelských intervencí, popsána realizace ošetrovatelských intervencí, na závěr je zde zhodnocení stanovených cílů.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda. Deficit sebepéče. Pacient. Rehabilitace. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

PAZOUR, Petr. Nursing Process of Stroke Patients. University of Health Care, B.Sc. Classification: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Karolina Moravcová. Prague. 2018. 60 s.

The subject of the bachelor thesis is the nursing process in a patient with cerebral stroke. The thesis is divided into the theoretical and practical part. In the theoretical part there is a brief description of the medical problem of the disease. There is also analyzed the nursing care in the given subject and the role of the general nurse, including the subsequent care for the given illness. The practical part describes a case report in a stroke patient and the nursing process in all 5 phases, a final evaluation and recommendations for practice. The aim of this work is to establish a nursing plan for a patient with stroke according to Marjory Gordon model. On the basis of the identified nursing problems, nursing diagnoses according to NANDA I Taxonomy II 2015-2017 are determined. Selected nursing diagnoses set out nursing goals, nursing interventions plan, describing the implementation of nursing interventions, and finally the evaluation of the set goals.

Keywords

Stroke. Deficit of self-care. Patient. Rehabilitation. General nurse.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 ANATOMIE	12
1.2 Cévní zásobení mozku	13
1.2.1 Cévní mozkové příhody	13
1.2.2 Klasifikace.....	14
1.2.3 Ischemické cévní mozkové příhody	15
1.2.4 Hemoragické cévní mozkové příhody	15
1.2.4.1 Subarachnoideální krvácení	15
1.2.4.2 Intracerebrální krvácení	16
2 EPIDEMIOLOGIE.....	16
3 RIZIKOVÉ FAKTORY	17
3.1 Faktory neovlivnitelné	17
3.2 Faktory ovlivnitelné	18
4 KLINICKÝ OBRAZ.....	19
4.1 Porucha hybnosti	19
4.2 Porucha citlivosti.....	19
4.3 Porucha zraku.....	19
4.4 Poruchy vyšší nervové činnosti.....	20
4.5 Mozečkové a vestibulární poruchy	20
4.6 Kmenové poruchy	20
4.7 Poruchy vědomí	20
4.8 Cefalea.....	20
4.9 Nauzea a vomitus	21
5 DIAGNOSTIKA.....	22
5.1 Vyšetřovací metody ve vybraných případech	23
6 TERAPIE.....	24
6.1 Trombolytická terapie	24
6.2 Antiedematózní terapie	25
6.3 Podíl všeobecné sestry na účinné rehabilitaci pacienta s CMP.....	25
7 KOMPLIKACE CMP	27
8 PROGNÓZA A PRACOVNÍ SCHOPNOST	28
8.1 Organizace péče	28

8.2 Přednemocniční péče	29
8.3 Nemocniční péče.....	29
8.4 Následná péče.....	29
8.5 Práce všeobecné sestry	30
9 KAZUISTIKA	31
9.1 Identifikační údaje pacienta	32
9.2 Lékařská anamnéza	33
9.3 Farmakologická anamnéza.....	34
9.4 Medicinský management ze dne 8. dubna 2016	35
9.5 Konzervativní léčba	36
10 POSOUZENÍ PACIENTA ZE DNE 8. DUBNA	37
11 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE MAJORY GORDON.....	39
12 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 8. DUBNA 2016	43
13 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	44
13.1 Plán ošetrovatelské péče	48
13.2 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče.....	54
14 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	55
14.1 Doporučení pro sestry	55
14.2 Doporučení pro pacienty	56
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
PŘÍLOHY.....	60

Seznam použitých zkratk

Cl- chlór

CMP - cévní mozková příhoda

CRP- C- reaktivní protein

CS - dokončený iktus (completed stroke)

CT- počítačová tomografie

CTA - počítačová tomografie s angiografií

EEG - elektroencefalografie

ES - vyvíjející se iktus (evolving stroke)

FS - fibrilace síní

FW - sedimentace

GCS - Glasgow coma scale

i.v. - intravenózně

ICMP - ischemická cévní mozková příhoda

ICHS - ischemická choroba srdeční

K- draslík

MR - magnetická rezonance

Na- sodík

NIHSS - National Institute of Health stroke scale

P- puls

RIND - reverzibilní ischemický neurologický deficit

SAH- subarachnoideální hemoragie

TIA - tranzitorní ischemická ataka

TK- krevní tlak

TT- tělesná teplota

(HERZZIG, 2008, KALINA, 2008, ORSZÁCH, KÁŠ, 1995, VOKURKA, 2007.)

Seznam použitých odborných výrazů

- Cor pulmonale – plicní srdce, souvisí se zvyšujícím odporem v plicním řečišti
- Hemipareza – částečné ochrnutí poloviny těla
- Hemiplegie – úplné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla
- Hypercholesterolemie – vysoká hladina cholesterolu
- Hypertenze – zvýšený krevní tlak
- Hypoxie – nedostatek kyslíku ve tkáni
- Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu
- Koagulopatie – krvácivé stavy, příčinou je snížená koncentrace koagulačních faktorů
- Kóma – kvantitativní porucha vědomí, pacient nereaguje na oslovení ani na bolestivý podnět
- Kvadruplegie – úplné ochrnutí všech čtyřkončetin
- Kvadruparéza – částečné ochrnutí všech čtyř končetin
- Nauzea – pocit na zvracení
- Parestezie – pocit brnění
- Paréza – obrna, částečná neschopnost volního pohybu
- Perfuze – průtok krve tkání
- Plegie – úplná ztráta hybnosti končetin
- Ruptura – trhlina
- Sopor – kvantitativní porucha vědomí, lze pacienta probudit silným podnětem

(HERZZIG, 2008, KALINA, 2008, ORSZÁCH, KÁŠ, 1995, VOKURKA 2007.)

Seznam tabulek

tabulka 1 Klasifikace CMP	14
tabulka 2 Identifikační údaj	32
tabulka 3 Medikace pacienta	34
tabulka 4 Biochemické vyšetření krve	35
tabulka 5 Hematologické vyšetření krve	35
tabulka 6 Medikamentózní léčba za hospitalizace	36

ÚVOD

Světová zdravotnická organizace definuje CMP jako rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení. Synonymem pro CMP je iktus. (HERZIG, 2008).

Cévní mozkové příhody (dále jen jako CMP) přitahovaly pozornost lékařů od dávných dob. Teprve v polovině 17. století byla pochopena podstata CMP, problematikou CMP se zabýval Johann Jakob Wepfer a Thomas Willis. S trochou nadsázky lze říci, že onemocnění CMP provází neurologii od samých začátků. Zásadní změny v postoji však nastaly až v posledních patnácti letech, největším mezníkem v léčbě bylo schválení tkáňového aktivátoru plasminogenu. Zmínky o pokusech rozpuštění trombu streptokinázou jsou známy z období 80. let minulého století. Cévní mozková příhoda je velice obsáhlé téma, problematika onemocnění mozku je náročná, jak z ošetrovatelského, tak lékařského hlediska. Z medicínského hlediska udělala léčba iktů obrovský pokrok oproti minulému století. V současné době se k diagnostice a léčbě využívá nejmodernějších metod, které se neustále vyvíjejí. Ošetřování pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě je náročné pro personál, rodinu a v neposlední řadě je to náročná situace i pro pacienta samotného. Jednoduše řečeno léčba, rehabilitace a péče o pacienta s iktem je běh na dlouhou trať, ve kterém ne pokaždé dosáhneme očekávaného výsledku. (SEIDL, 2004).

CMP je jednou z hlavních příčin morbidit na celém světě a to i přesto, že se nacházíme v době, kdy se klade velký důraz na prevenci a kontrolu hypertenze. Zvyšuje se tak informovanost o rizikových faktorech způsobující CMP. Iktus zaujímá 3. místo v příčinách smrti. Incidence CMP v České republice je 350 nemocných na 100 000 obyvatel ročně. Z toho plyne, že ročně onemocní až 35 000 osob. Polovina postižených pacientů je dále handicapována a odkázána na pomoc druhé osoby nebo na ústavní péči, dvě třetiny pacientů přežívají. Velkou hrozbou je, že se výskyt CMP přesouvá do mladších věkových kategorií, kdy jedna třetina pacientů je mladších 60 let. (KOLÁŘ, 2009., HERZIG, 2008.)

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat medicínskou problematiku pacienta s cévní mozkovou příhodou.

Cíl 2: Vymežit základní pojmy a specifikovat teoretickou část.

Cíl 3: Stanovit specifika ošetrovatelské péče u pacienta s cévní mozkovou příhodou a roli všeobecné sestry.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou.

Cíl 2: Shrnout všechny poznatky a doporučení pro praxi.

Vstupní studijní literatura:

HERZIG, Roman, 2014. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. Druhé vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-373-2.

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

KÁŠ, Svatopluk, 1995. *Cévní příhody mozkové*. Třetí přepracování. Praha: Brána. ISBN 80-901783-8-3.

KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-571.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2010. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1211-6.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborné literatury a odborných článků, které byly využity pro bakalářskou práci s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou, proběhlo v období listopad 2017 až březen 2018. Pomocí klíčových slov byla zpracována rešerše v lékařské knihovně. Pro tvorbu bakalářské práce bylo z rešerše využito 5 knih, 2 elektronické zdroje.

1 ANATOMIE

Abychom lépe porozuměli tomu, co je cévní mozková příhoda, je nutné uvést několik důležitých informací o centrální nervové soustavě a základní stavební jednotce celé soustavy, a to neuronu.

Nervová soustava je nejvyšší řídicí centrum celého lidského těla. Vytváří se postupně z dorzálního ektodermu časného embrya od 5. týdne plodu. Ovládá všechny naše smysly, má pod dohledem každý náš pohyb, stav vědomí, myšlení a rozum. Řídí podmíněné i nepodmíněné reflexy, emoce, vegetativní a hormonální život. Dělíme ji na dvě základní části a to centrální nervový systém (mozek a mícha) a periferní nervový systém (hlavové nervy) (NAŇKA et al., 2009).

Mozek je centrem vědomí. Jedná se o životně důležitý orgán, který řídí a kontroluje životně důležité funkce. Je uložen v dutině lební, váží kolem 1300-1400g. Mozek je chráněn třemi vazivovými obaly. Tento obal tvoří tvrdá plena (dura mater), měkká plena (pia mater) a pavoučnice (arachnoideu). Prostor mezi pavoučnicí a měkkou plenou je vyplněn mozkomíšním mokem (likvorem). Mozkomíšní mok slouží k mechanické ochraně celého mozku ze všech stran před otlakem vlastní vahou, nebo před poškozením otřesy vznikající při chůzi. Anatomicky je mozek tvořen ze čtyř hlavních oddílů, z koncového mozku (telencephalon), mezimozku (diencephalon), mozečku (cerebelu) a mozkového kmene (truncus encephali). Telencephalon je největší oddíl mozku, je rozdělen na pravou a levou hemisféru. Tyto hemisféry jsou vzájemně spojeny ve střední čáře kalózním tělesem (corpus callosum). Povrch hemisfér tvoří šedá kůra mozková, která je zprohýbaná do závitů (tzv. gyry). Pod mozkovou kůrou je uložena vrstva bílé hmoty, kde se nachází ganglia, která odpovídají za zpracování iniciačních impulsů určených pro hybnost. Kůru hemisféry rozdělují jednotlivé mozkové laloky. Čelní lalok (lobus frontalis), temenní lalok (lobus parietalis), týlní lalok (lobus occipitalis), spánkový lalok (lobus temporalis). Okolo třetí mozkové komory se nachází mozkové struktury, které tvoří mezimozek. Mezimozek je tvořen z hypothalamu, subthalamu, thalamu, epithalamu a metathalamu. Důležitou částí mozku je mozkový kmen, ve kterém se nachází důležitá centra řídicí dýchání, srdeční činnost a činnost trávicího traktu. Dále se v mozkovém kmeni nachází většina jader hlavových

nervů. Mezi další části patří prodloužená mícha (medulla oblongata), Varolův most (pons Varoli), střední mozek (mesencephalon) a mozeček (cerebellum), který se nachází na dorzální straně.

Hřbetní mícha (medulla spinalis) je spojena s mozkem za pomoci mozkového kmene, nachází se tedy v páteřním kanálu. Páteřní kanál začíná v oblasti prvního krčního obratle a končí u druhého bederního obratle. Mícha je tvořena 31 segmenty, z každého segmentu odstupuje jeden pár míšních nervů. Míšní nerv je propojen pomocí zadního a předního míšního kořene. Přední kořeny vedou odstředivá vlákna a zadní dostředivá vlákna. V samotném středu hřbetní míchy se nachází kanálek (canalis centralis), který je obalený šedou hmotou mozkovou. Šedá hmota je seskupena do sloupce, který se na průřezu jeví jako rohy. Přední a postranní buňky jsou autonomní, zadní jsou senzitivní. Bílá hmota je tvořena nervovými vlákny, je uložena v okolí šedé hmoty mozkové. Tato vlákna jsou obalena myelinovou pochvou. Svazky vláken se nazývají dráhy. Bílá hmota je rozčleněna na provazce (NAŇKA et al., 2009), (DYLEVSKÝ, 2000).

1.2 Cévní zásobení mozku

Mozek je zásoben čtyřmi magistralními tepnami, dále párovými vnitřními krkavicemi a vertebrálními krkavicemi, které jsou spojeny v artérii bazilární. Tyto tepny tvoří na spodině mozku Willisův okruh, který je důležitým spojníkem mezi karotickými a vertebrálními cévami, dále spojuje pravou a levou mozkovou cirkulaci. Průtok krve je řízen autoregulačními mechanismy, které vykazují energetické nároky na kyslík. (NEVŠÍMALOVÁ, 2005).

1.2.1 Cévní mozkové příhody

„Světová zdravotnická organizace definuje CMP jako rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, trvající déle než 24 hodin nebo vedoucí ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení. Synonymem pro CMP je iktus.

Tranzitorní ischemickou ataku lze definovat jako rychle rozvinuté klinické známky fokální cerebrální dysfunkce, odeznívající do 24 hodin, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení.

V praxi odeznívají příznaky TIA většinou do jedné hodiny. Pokud je při zobrazení (počítačovou tomografií – CT, magnetickou rezonancí – MR) nalezen morfolologický korelát (ischemický infarkt) neurologických symptomů, označujeme CMP jako mozkový infarkt, a to i v případě, že dojde k regresi příznaků do 24 hodin“ (HERZIG, 2008, s. 10).

1.2.2 Klasifikace

Dělení CMP je na příhody ischemické (73 – 80 %) a hemoragické (20 – 27 %). Mezinárodní klasifikace vymezuje mozkový infarkt jako uzávěr – okluze, zúžení – stenóza cerebrálních tepen končící mozkovým infarktem. (HERZIG, 2008, s. 10)

Tabulka 1 Klasifikace CMP

Symbol	Název	Charakteristika
TIA	Tranzitorní ischemická ataka	Fokální cerebrální dysfunkce cévní etiologie trvající v řádu sekund, minut až hodin, kompletně odeznívají do 24 hodin
RIND	Reverzibilní ischemický neurologický deficit	Výpad funkce způsobený ischemií, kompletně odeznívá déle než za 24 hodin
ES	Vyvíjející se iktus	Subakutní, narůstající porucha funkce, bez stabilizace v posledních 24 hodinách
CS	Dokončený iktus	Chronický stav bez vývoje v posledních 24 hodinách, setrvalé reziduum

(HERZIG, 2008)

1.2.3 Ischemické cévní mozkové příhody

Ischemické mozkové příhody patří mezi nejčastější typy cévních mozkových příhod. Ischemické příhody vznikají po uzávěru, zúžení tepny nebo vlivem nedostatečného přítoku krve do mozku. Aterosklerotické pláty vedou k zúžení určité cévy, při jejím uzávěru dochází k blokáde cévy trombem nebo embolem. Dojde-li k blokáde artérie mozku způsobenou sraženinou, jedná se o trombózu. Blokáda způsobená oddělením trombu, který vznikl v jiném místě a pomocí toku krve byl přiveden do mozku, se nazývá embolie (AMBLER, 2012).

Fyziologická mozková perfuze je 50 – 60 ml/100g mozkové tkáně za minutu. Jestliže dojde k poklesu průtoku pod hodnotu 20 ml/100g mozkové tkáně, vzniká porucha neuronů a dochází k rozvoji klinických příznaků, které pocházejí z ischemické léze. Změny struktury z důvodu hypoxie tkáně jsou příčinou mozkových infarktů (KOLÁŘ, 2009), (KRHUT, 2005).

1.2.4 Hemoragické cévní mozkové příhody

Hemoragické cévní mozkové příhody jsou méně časté, jejich příčinou je ruptura mozkové tepny, jejím důsledkem je subarachnoideální nebo intracerebrální krvácení. Z důvodu krvácení se zvyšuje v dutině lebeční nitrolební tlak a následně se rozvíjí příznaky typické pro hemoragické krvácení (KALINA, 2008).

1.2.4.1 Subarachnoideální krvácení

Subarachnoideální krvácení je charakterizováno prudkou bolestí hlavy, nauzeou, zvracením, psychickou alterací. U masivního krvácení se rozvíjí kóma. Dále se pozvolně rozvíjí meningeální syndrom, kde je výrazným příznakem opozice šije.

Je nutné říci, že při subarachnoideálním krvácení dochází ke krvácení do intermeningeálního prostoru mezi arachnoideu a pia mater. Typickou příčinou pro tyto stavy jsou aneurysmata, méně častou příčinou je ruptura aterosklerotické cévní stěny nebo disekce (JEDLIČKA, 2005).

1.2.4.2 Intracerebrální krvácení

Jedná se o krvácení bez zjevné příčiny – bez úrazu, aneurysmatu, AV malformace, nádoru, kolagulopatie, nejčastější příčinou je systémová hypertenze. Rozdělujeme tři základní typy pacientů, a to ty, kteří jsou indikováni ke konzervativní terapii, dále vhodní na neurochirurgické řešení a posléze ti, jejichž postižení je neovlivnitelné – pacienti rychle exitují. Při subarachnoideálním krvácení vzniká náhlá prudká bolest hlavy, zvracení, nauzea, fotofobie, psychická alterace. U závažnějších stavů se rychle rozvíjí kóma. Pozvolně se rozvíjí meningeální dráždění a patrná opozice šije.

2 EPIDEMIOLOGIE

Cévní mozkové příhody mají ve vyspělých zemích přední místo mezi příčinami smrti. V roce 2005 byla CPM v ČR mezi příčinami úmrtí u mužů na 5. místě a u žen na místě 3. V roce 2006 byla v ČR standardizována úmrtnost na cévní nemoci mozku, u mužů to činí 113,4 a u žen 90,8 na 100 000 obyvatel. Pozitivní je, že nastal pokles oproti roku 1970, kdy se hodnoty pohybovaly u mužů okolo 229,5 a u žen 187.

Cévní mozkové příhody představují významný socio-ekonomický problém. Například ve Švédsku byly náklady na léčbu iktu do smrti pacienta vyčísleny na 79 000 €. S prodlužováním délky života a nárůstem osob vyšších věkových kategorií je znatelné zvýšení prevalence CMP (HERZIG, 2008).

3 RIZIKOVÉ FAKTORY

Rizikové faktory se dělí do dvou skupin a to na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi neovlivnitelné patří:

3.1 Faktory neovlivnitelné

- **Věk:** Je prokázána závislost výskytu na věku.
- **Pohlaví:** CMP se vyskytuje v nižším věku a častěji u mužů než u žen a to v poměru 1,3:1. S nárůstem věku se tento rozdíl mění.
- **Genetika:** Genetika má v tomto případě nemalé zastoupení, zejména u lidí s těmito rizikovými faktory, jako např. familiární hypercholesterolemie, pozitivita lipoproteinu nebo sklon k výskytu diabetu. Od těchto vlivů je důležité odlišit rodinné faktory, jako jsou dietní návyky, životní styl (včetně pohybových aktivit, sklon k užívání návykových látek).
- **Rasa:** CMP se vyskytuje častěji u černé rasy než u rasy bílé.
- **Geografické faktory:** Vyšší incidence CMP je v USA v jihovýchodních státech, Skotsku, Velké Británii, Finsku. Tento výskyt je však ovlivněn působením dalších faktorů, jako je užívání živočišných tuků, měkčí voda, nižší obsah magnesia, kalcia, kalia, mědi a manganu v půdě. V době bývalého Československa byl vyšší výskyt v českých zemích oproti Slovensku. Tento jev může být zapříčiněn vyššími hodnotami krevního tlaku u pacientů s arteriální hypertenzí.
- **Meteorologické faktory:** Jsou známy studie, ve kterých je zjištěna korelace mezi výskytem CMP a nízkými teplotami, ale také s poklesem atmosférického tlaku nebo při vzestupu teploty nad 40 °C. Větší význam než hodnota meteorologických faktorů je rychlost jejich změny.

3.2 Faktory ovlivnitelné

- **Krevní tlak:** Představuje rizikový faktor obou typů CMP, bez ohledu na věk, pohlaví, rasu či zemi. V mnoha studiích byl vliv léčby arteriální hypertenze ve vztahu k ICMP hodnocen kladně. Pokud nelze vysoký krevní tlak snížit změnou životosprávy, je nutné přistoupit na farmakologickou terapii.
- **Srdeční onemocnění:** Příčinou CMP může být kardiální dekompenzace, jako je např. infarkt myokardu, FS, chlopenní vady nebo cor pulmonale. Při akutní fázi ICMP se zvyšuje přítomnost ICHS (ischemická choroba srdeční), to v důsledku neschopnosti myokardu udržet dostatečnou mozkovou perfuzi.
- **Ateroskleróza:** Význam aterosklerózy závisí na lokalizaci a rozsahu změn, které podmiňuje.
- **Diabetes mellitus:** Ve vztahu k ICMP je na třetím až šestém místě, důležitým úkazem je porucha glycidového metabolismu: Patologický orální glukozový toleranční test je větším rizikem pro vznik cévního onemocnění mozku.
- Mezi další ovlivnitelné faktory patří dyslipidemie, obezita, alkohol, kouření, hormonální antikoncepce (HERZIG, 2008).

4 KLINICKÝ OBRAZ

Příznaky CMP jsou velmi rozmanité, jejich tíže zaleží na velikosti poškození cévy, rychlosti rozvoje iktu a na celkovém stavu organismu.

4.1 Porucha hybnosti

Typickým příznakem pro CMP je porucha hybnosti končetin, která může být různého stupně. Oslabení svalové síly označujeme jako částečná (paréza) nebo úplná (plegie), dále může být lokalizovaná na jedné polovině těla (hemiparéza, hemiplegie). Můžeme se setkat i s poruchou jemných pohybů při zachované svalové síle. V případě hemisferálních iktů je ochrnutí končetin přítomno na stejné straně jako léze motorických mozkových nervů, vždy na opačné straně vzhledem k lokalizaci iktu. V případě kmenových lézí nebo při postižení obou hemisfér, se můžeme setkat s ochrnutím tří (triparéza, triplegie) nebo čtyř (kvadruparéza, kvadruplegie) končetin.(HERZIG, 2008.)

4.2 Porucha citlivosti

Porucha citlivosti se projevuje ve formě snížení citlivosti (hypestezie), vyhasnutí (anestezie) a ve změně vnímání kvality (dysstezie). Pacienti také mohou udávat pocity brnění, mravenčení (parestezie). U některých pacientů se můžeme setkávat pouze s porušeným čítím.

4.3 Porucha zraku

Porucha zraku je velmi obtížná, rozlišit musíme především poruchu zraku přítomnou na jednom oku nebo výpadek zorného pole. „*Porucha zraku na jednom oku může být i prchavá, tzv. amaurosis fugax, která je následkem hemodynamicky významné stenózy ACI nebo i důsledkem embolizace do a. ophthalmica, jak arteriálního tak i kardiálního původu*“ (HERZIG, 2008, s. 25). Nemusí se vždy jednat o ischemii, ale její význam může spočívat v tom, že nás může varovat před jiným cévním poškozením, které může vyvolat TIA nebo ICMP.

4.4 Poruchy vyšší nervové činnosti

Jedná se o složitou problematiku. Můžeme se setkat s celou řadou poruch jako je porucha řeči (fatické poruchy), psaní (dysgrafie, agrafie), čtení (dyslexie, alexie), počítání (dyskalkulie, akalkulie), prostorové orientace, porucha vykonávat složitější a účelové pohyby (dyspraxie, apraxie). V této řadě se vyskytuje i problém se vyjádřit. Lehkou poruchu označujeme jako dysfázii, těžší poruchu označujeme jako afázii. Lze je velmi zjednodušeně rozlišovat, porucha porozumění, porucha tvorby řeči nebo kompletní, tzv. globální afázie (HERZIG, 2008).

4.5 Mozečkové a vestibulární poruchy

Projevují se jako nesystematické závratě s vegetativními příznaky jako je nauzea, vomitus, porucha koordinace hybnosti končetin a výraznou okcipitální cefaleou.

4.6 Kmenové poruchy

Kromě výše uvedených hemiparéz a hemiplegií, sem patří celá řada dalších poruch mozkových nervů, které vycházejí z kmene a jejichž léze vyvolá tyto obtíže poruchy okohybné, poruchy artikulace, dysfagie. Kmenové poruchy zahrnují i další život ohrožující stavy jako je porucha dýchání a porucha krevního oběhu (HERZIG, 2008).

4.7 Poruchy vědomí

Poruchy vědomí obecně rozdělujeme na kvalitativní a kvantitativní. Mezi kvantitativní poruchy řadíme somnolenci, sopor, kóma. Ke kvalitativním poruchám vědomí patří amence, halucinace, delirium a obnubilace. K hodnocení poruchy vědomí se používá GCS (Glasgow coma scale), hranicí mezi těžkými a lehkými poruchami je 8 bodů z 15 bodů.

4.8 Cefalea

Vyskytuje se u ICMP embolické etiologie, dále bývá projevem zvýšení intrakraniálního tlaku. V případě ischemického iktu vyvolává edém, kdy maximální bolest bývá v poloze ležmo.

4.9 Nauzea a vomitus

Doprovází ICMP různé lokalizace, nejčastěji se objevují při postižení vertebrobazilární oblasti. U intrakraniální hypertenze je vomitus bez nauzey, doprovází výraznější nebo akutní zvýšení nitrolebního tlaku. (HERZIG, 2008)

5 DIAGNOSTIKA

„Jak již vyplývá z definice, CPM diagnostikujeme na základě přítomnosti rychle rozvinutých klinických známek fokální cerebrální dysfunkce, trvajících déle než 24 hodin nebo vedoucích ke smrti, a to bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cerebrovaskulárního postižení. Tyto jiné příčiny vylučujeme pomocnými vyšetřovacími metodami“ (HERZIG, 2008, s. 27).

Hlavním cílem klinického vyšetření je důležité rychlé zhodnocení a zjištění závažnosti neurologického deficitu. Pomocí diferenciálních diagnostických metod pak zhodnotit možnost jiné příčiny potíží než CMP. Důležitým vyšetřením pacienta s iktem je interní vyšetření, které se zaměřuje především na zhodnocení vitálních a kardiovaskulárních funkcí (TK, P, TT).

- CT mozku – je jedna ze základních diagnostických metod. Pomůže nám odhalit, zda se jedná o ischemii nebo hemoragii, a v neposlední řadě nám pomůže zjistit, zda není v mozku přítomný i nějaký patologický útvar,
- EKG,
- RTG – srdce a plic,
- Laboratorní vyšetření – aPTT, Quick-INR, protrombinový čas, krevní obraz, minerály (Na, K, Cl), renální funkce, glykemie, CRP, FW, Astrup – při podezření na hypoxii,
- Lumbální punkce – provádí se při podezření na SAH, pokud je CT mozku negativní,
- Neurosonologické vyšetření - extra a intrakraniálního řečiště. Jedná se o neinvazivní vyšetření magistrálních tepen, je dostupné.

5.1 Vyšetřovací metody ve vybraných případech

- **EEG** – využívá se k diferenciálnímu vyšetření a k odlišení od epileptických záchvatů,
- **MR** – umožňuje lepší zobrazení, lokalizaci a velikost čerstvého infarktu,
- **MRA nebo CTA** – za pomoci i.v. podání jodové kontrastní látky nebo za pomoci paramagnetického kontrastu nám toto vyšetření umožní lepší vyobrazení extrakraniálního řečiště,
- **TEE** – slouží k vyloučení kardiogenní příčiny, neprovádí se v akutní fázi CMP, indikováno pacientům, u kterých nelze vyloučit kardioembolickou nebo jinou kardiální příčinu. (SVATOPLUK, KÁŠ, 1995).

6 TERAPIE

Cílem léčby ICMP je pokud možno co nejdříve dosáhnout úpravy klinického i funkčního stavu pacienta a v rámci sekundární prevence zabránit její recidivě.

Léčba iktu zahrnuje stabilizaci stavu pacienta, specifickou terapii, profylaxi a léčbu komplikací, včasnou rehabilitaci, sekundární prevenci (SVATOPLUK, KÁŠ, 1995).

Terapie zahrnuje celou řadu úkonů jako je zajištění dostatečné oxygenace, monitorování EKG, dále je důležitá dostatečná hydratace, kontrola iontového hospodářství. Výživa je hrazena parenterálně nebo enterálně za pomoci nazogastrické sondy. Důležitá je i kontrola hladiny glykémie v krvi, kontrola tlaku, který je důležitý pro perfuzi mozkové tkáně.

V neposlední řadě je důležitá komplexní ošetrovatelská péče zahrnující péči o potřeby pacienta, prevenci vzniku dekubitů, rozvoj imobilizačního syndromu. S malým časovým odstupem léčba zahrnuje rehabilitaci, nácvik sebeobsluhy.

Z hlediska dlouhodobého sledování pacienta po prodělaném iktu je důležité se zaměřit na kompenzaci DM, hypertenze, sledování koagulačních faktorů a iontového hospodářství. V rámci dispenzarizace pacient dochází na pravidelné kontroly do neurologické ambulance.(BEDNAŘÍK, 2010)

6.1 Trombolytická terapie

Trombolytická terapie je indikována u pacientů do tří hodin od prvních příznaků s neurologickým deficitem trvajícím déle než 30 minut. Pacient se hodnotí pomocí NIHSS, což je standardizované neurologické vyšetření sloužící k popsání deficitu u pacienta s iktem. Cílem této škály je, aby různí vyšetřující hodnotili pacienty obdobně a výsledky byly srovnatelné. Hodnotíme pouze to, co pacient v danou chvíli dokáže zvládnout bez pomoci druhé osoby. Stupnice se začíná hodnotit při příjmu pacienta, za 2 hodiny, za 24 hodin a po 7 dnech. Kontraindikace k trombolytické terapii jsou věk < 18 a > 80 let, prokázané intrakraniální krvácení na CT, neurologický deficit menší než cca NIHSS < 4 nebo rychle odeznívající příznaky, vyšší počet NIHSS > 25, epileptické

záchvaty, dřívější výskyt CMP v anamnéze, postižení CNS tumorem, aneurismatem, chirurgické výkony, hemoragická retinopatie při DM, bakteriální endokarditida a další.

Trombolytická terapie vede k rozpuštění trombu a k následné rekanalizaci poškozené cévy. Trombolýza se provádí intravenózně nebo intraarteriálně. K trombolýze se využívá urokináza, alteplasa nebo rekombinantní tkáňový aktivátor. (BEDNAŘÍK, 2010)

6.2 Antiedematózní terapie

Tento způsob terapie brání v rozvoji mozkového edému, rozvoj může nastat v 24-48 hodinách, možnosti léčby edému nejsou velké. Podává se antiedematózní terapie, která spočívá v podávání kortikoidu a roztoku Manitolu, který působí osmoticky, díky účinku nastává snížení edému. V neposlední řadě je důležité podávání analgetik, dostatečná oxygenace, stabilizace tělesné teploty, nutná je i drenážní poloha.

6.3 Podíl všeobecné sestry na účinné rehabilitaci pacienta s CMP

V rámci iktových center pacienti po odeznění akutní fáze iktu začínají s rehabilitací. Nejprve s pasivní rehabilitací v lůžku, později se k rehabilitaci využívá i moderních mechanických pomůcek jako je motomed, ribstol, ergoterapeutické pomůcky, chodítka, míče, dlahy. Kromě rehabilitace jako takové se využívá i ergoterapie, zejména k nácviku sebeobsluhy a běžných denních činností. Jednoduše řečeno slouží k navrácení pacienta do běžného života.

Při rehabilitaci je důležitá dobrá motivace pacienta a aktivní přístup ze strany rodiny. Rehabilitace je běh na dlouhou trať, ale snažíme se o co nejmenší invalidizaci pacienta a co nejlepší kvalitu života. Rehabilitace probíhá jak na půdě nemocnice, tak i ve specializovaných rehabilitačních ústavech jako je Luže Košumberk, Kladruby, atd.

Nedílnou součástí v procesu rehabilitace je všeobecná sestra, která zajišťuje nepřetržitou péči u pacienta. Sestra se stará o potřeby pacienta, jak o ty biologické, tak i o ty duševní. V akutní fázi iktu sestra téměř nahrazuje pacienta v oblasti sebepéče, dopomáhá mu při hygieně, vyprazdňování, oblékání, jídle, pití a při pohybu. Mnohdy se jedná o pohyb v rámci lůžka. Všeobecná sestra se snaží motivovat pacienta k co nejvyššímu stupni soběstačnosti a to tím, že mu veškeré pomůcky připraví

k dosahu a pacient se snaží danou situaci zvládnout sám. Pokud se mu nedaří, pak je nutná pomoc druhé osoby. Při zlepšujícím se stavu je pacient téměř samostatný a veškeré úkony zvládá sám. Zde tedy všeobecná sestra působí jako dohled. Důležitou součástí rehabilitace pacienta po iktu je kladný a vstřícný přístup ošetřujícího personálu, který dokáže pacienta správně motivovat a navrátit ho zpět do běžného života. (PFEIFFER, 2007).

7 KOMPLIKACE CMP

- Mozkový edém – představuje vyšší obsah vody v mozkové tkáni. Může vést i ke zvýšení intrakraniálního tlaku, následkem je prohloubení příznaků samotného iktu.
- Epileptické záchvaty – můžou se vyskytovat v akutní fázi CMP. Epilepsie u pacientů po iktu se rozvíjí asi u 3-4 %.
- Kardiální komplikace – mezi ně řadíme srdeční selhání, arytmie, akutní infarkt myokardu, náhlé úmrtí z kardiální příčiny.
- Hyperglykemie, hypoglykemie – častý výskyt dekompenzovaného diabetu, zhoršuje stav pacienta, hypoglykemie může napodobit iktus.
- Aspirační pneumonie – je způsobena bakteriemi, ve většině případů je způsobená aspirací, riziko aspirace je až u 50 % pacientů v prvních několika dnech u pacientů s porušeným polykáním.
- Respirační insuficience.
- Uroinfekty.
- Neklid, zmatenost – nejsou typickým příznakem iktu, častěji doprovází horečku, infekci nebo dehydrataci.
- Dehydratace – se často vyskytuje u pacientů při příjmu s CMP, negativně tak ovlivňuje jejich stav.
- Malnutrice – se rozvíjí u pacientů s porušeným polykáním, výrazný úbytek bílkovin vede ke zhoršení stavu.
- Dekubity – rozvoj dekubitů je známkou nekvalitní ošetrovatelské péče, dispozice k nim mají pacienti zejména s malnutricí.
- Spasticita – patří mezi významné komplikace CMP, její rozvoj ztěžuje rehabilitaci a zvyšuje závislost pacienta.
- Deprese – patří také k významnějším komplikacím CMP, vede ke zhoršení efektu rehabilitace, nejvyšší výskyt se udává v období 1-6 měsíců od iktu. (HERZIG, 2008)

8 PROGNOZA A PRACOVNÍ SCHOPNOST

Jak je již patrné z klasifikace mozkových ischemií, jako je TIA, RIND, dochází k úplné úpravě zdravotního stavu. U dalších typů CMP dochází k zlepšení stavu v prvních třech měsících od prvních příznaků. Závisí to tedy na lokalizaci, velikosti poškození, vyvolávající příčině a doprovodných příznacích. Riziko recidivy je závislé na režimových opatřeních, farmakoterapii a eliminaci vyvolávajících příčin. Úmrtnost se na území Evropy pohybuje od 31,5 až po 362,8 na 100 000 obyvatel. V roce 2006 byla úmrtnost v ČR u mužů 113,4 a u žen 90,8 na 100 000 obyvatel.

„CMP představují významnou příčinu dlouhodobé invalidity. Plný návrat do pracovního procesu je zpravidla možný po TIA a CMP typu RIND. U ostatních typů ischemických iktů pak pracovní schopnost závisí na stupni reziduálního postižení, který mnohdy přinutí pacienta změnit své pracovní zařazení, event. mu umožní nadále pracovat jen na částečný úvazek. U některých pacientů je reziduální deficit natolik závažný, že přecházejí do plného invalidního důchodu“(HERZIG, 2008, s. 31).

8.1 Organizace péče

Současné dělení organizace práce u pacientů s CMP hraje v poskytování péče velkou roli. Dělíme ji na přednemocniční, nemocniční a následnou rehabilitaci.

Jestliže pacient po ukončení léčby není těžce handicapován, lze jej propustit do domácí péče. Pokud však poškození neumožní rekonvalescenci v domácím prostředí, je nutné hledat jinou alternativu, jako jsou rehabilitační lůžka v rámci iktových center, rehabilitační ústavy nebo léčebny dlouhodobě nemocných.

Pokud se stav pacienta vyvíjí příznivě, je možné jej umístit do domácí péče, zároveň lze zajistit pacientovi pečovatelskou službu různého charakteru.(KOLÁŘ, 2009)

8.2 Přednemocniční péče

Podmínkou dobře zvládnutého iktu je včasný transport do nemocnice. Při rozvoji neurologického deficitu je nutné, aby někdo z rodiny zavolal RLP/RZP. V tomto bodě má populace velké vědomostní rezervy, proto je nutná neustálá edukace veřejnosti. Cílem přednemocniční péče je zajištění neodkladné odborné péče. Každý pacient s projevy akutní CMP je pokládán za kriticky nemocného. Posádka rychlé záchranné služby zajistí základní životní funkce nemocného a během převozu provede triáž pozitivního pacienta (klinický stav, časové hledisko, komorbidity), vyplní tzv. iktovou kartu (přesný čas začátku příznaků, telefonické kontakty na rodinu a svědky, klinický obraz, další závažná onemocnění, trvalá medikace a dávkování). Kontaktuje iktové centrum a podle doporučení co nejrychleji dopraví pacienta většinou na nejbližší primární iktové centrum, iktovou jednotku, popřípadě na specializované cerebrovaskulární centrum. (SLEZÁKOVÁ, 2007).

8.3 Nemocniční péče

„Akutní iktová jednotka představuje funkční část lůžkové kapacity neurologického oddělení nebo neurologické kliniky, zajišťující ve spolupráci se svým komplementem kvalifikovanou multidisciplinární intenzivní diagnostickou a terapeutickou péči o pacienta s akutní fází CMP. Na poskytování této péče se podílejí lékaři, zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál, specializovaní na péči o pacienty s iktem, a to v kombinaci a s dalšími odbornostmi (rehabilitace, psycholog, logoped).“
(HERZIG, 2008, s. 32)

8.4 Následná péče

Cílem je motivovat pacienta k soběstačnosti a zvládnání běžných denních činností. Rehabilitace je nastavena tak, aby došlo k postupnému ústupu nebo k úplnému vymizení neurologického deficitu. Rehabilitace probíhá pomocí metod, jako je Vojtova metoda, metoda Bobathových, neuromuskulární facilitace a ergoterapie. Důležitou složkou je polohování pacienta v akutní fázi. Rehabilitace by měla být zahájena co nejdříve. Pokud pacient trpí fatickou poruchou, je nutná přítomnost logopeda. Cílem rehabilitace je dosáhnout u pacienta určitého stupně nezávislosti. Pacienty, kteří nejsou schopni se z iktového centra vrátit do domácího prostředí, je nutné umístit do rehabilitačního ústavu nebo léčebny dlouhodobě nemocných. (KOLÁŘ, 2009)

8.5 Práce všeobecné sestry

Práce všeobecná sestry je zcela zásadní při péči u pacienta s CMP. Práce sestry zahrnuje celkovou ošetrovatelskou péči, které spočívá v uspokojení základních potřeb pacienta. Všeobecná sestra zabezpečuje podávání medikací dle rozpisu lékaře, pečuje o invazivní vstupy pacienta, podává vhodnou stravu, provádí kontrolní odběry krve a zajišťuje další potřeby pacienta. Z ošetrovatelského hlediska sestra hodnotí stav pacienta jedenkrát za dvanáct hodin, výsledek zaznamená do příslušné ošetrovatelské dokumentace. Zápis službu konající sestry by měl obsahovat celkové hodnocení, zda pacient nemá bolest, nauzeu, jaké se u pacienta vyskytly nové potíže, zda se neprohloubily již známé problémy. Důležité je zde zaznamenat veškeré úkony všeobecné sestry, které během své přítomnosti u pacienta vykonala. Všeobecná sestra v pravidelných intervalech přehodnotí stav pacienta podle příslušných hodnotících škál, jako je hodnocení soběstačnosti, hodnocení vzniku dekubitů, hodnocení rizika pádu a nutriční skóre. Zmíněné hodnotící škály se hodnotí při příjmu pacienta a pak každý sedmý den. Pokud všeobecná sestra zjistí hodnotící škálou přítomnost nějakého problému, či deficitu, zavede ošetrovatelskou diagnózu a stanoví ošetrovatelský plán. Při odstranění deficitní oblasti všeobecná sestra vyhodnotí stanovené cíle, zda jich bylo dosaženo. Pokud ano, došlo k odstranění deficitní oblasti a nevznikly žádné komplikace, pokud ne, je nutné stanovit nový plán. Ošetrovatelská péče o pacienta s iktem je velmi náročná a specifická, proto je nutný dostatek síly a motivace jak pro pacienta, tak i pro ošetřující personál.

9 KAZUISTIKA

„Kazuistika je specifickou technikou kvalitativního výzkumu, protože jde o výzkum jedné osoby a jedné situace. Jde o souhrnný popis jednotlivých případů, např. choroby s údaji od vzniku, vývoje a průběhu, nebo případné komplikace. Kazuistika v ošetrovatelství může sloužit jako návrh pro řešení ošetrovatelské praxe, může doplnit kvantitativní výzkum nebo může být použita ve výuce“ (PLEVOVÁ A KOL., 2011, s. 230).

Ošetrovatelský proces je děj cyklický a neustále pokračující, který může v kterékoliv části skončit, je-li problém vyřešen. Kvalitní ošetrovatelská péče je cílem ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces se orientuje na potřeby fyzické, psychické, sociální a spirituální. Ošetrovatelský proces je charakteristický sbíráním informací o pacientovi. Tento proces je brán jako hlavní činnost ošetrovatelské praxe, má 5 základních fází. Zhodnocení stavu pacienta, diagnostika potřeb, plánování ošetrovatelské péče, realizace intervencí a zhodnocení stanovených cílů. K vypracování ošetrovatelského procesu byla využita didaktická pomůcka Vysoké školy zdravotnické, Duškova 7, Praha 5. (TRACHTOVÁ, 2006), (MASTILIAKOVÁ, 2003), (MARKOVÁ, 2006).

V praktické části bakalářské práce je rozpracován ošetrovatelský proces u pacienta ve věku 54 let, který je postižen cévní mozkovou příhodou. Ošetrovatelská péče u pacienta byla rozpracována od přijetí pacienta do nemocnice, a to od 8. dubna 2016, až do propuštění pacienta, které proběhlo 13. května 2016. K rozpracování a posouzení stavu pacienta byla využita lékařská dokumentace a poznatky z praktické péče o pacienta. Ošetrovatelská anamnéza byla rozpracována podle koncepčního modelu Marjory Gordon. K rozpracování ošetrovatelských diagnóz byla použita NANDA I taxonomie II. Ošetrovatelské diagnózy byly zformulovány a následně vyhodnoceny.

9.1 Identifikační údaje pacienta

Tabulka 2 identifikační údaje

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1962	Věk: 54
Rodné číslo: 62.../...	Číslo pojišťovny: XXX
Adresa bydliště: XX	Státní příslušnost: ČR
Telefon: 000000000	Zaměstnání: OSVČ
Stav: ženatý	Ošetřující lékař: MUDr. XXX
Vzdělání: středoškolské	
Oddělení: jednotka intenzivní péče	

Zdroj: vlastní tvorba

Důvod přijetí: Důvod přijetí udávaný pacientem: „ V noci se vzbudil, pociťoval závrať, chtěl dojít na záchod, pociťuje slabost levostranných končetin, pak šel spát, probudil se ráno, stav pokračoval, proto si zavolal sanitku.“

Medicínská diagnóza: I64 Cévní mozková příhoda, neurčená jako krvácení nebo infarkt
R739 Hyperglykémie

Medicínské diagnózy vedlejší: Diabetes mellitus 2. typu na POAD decomp.

Hypertenze decomp. Jaterní léze v dokumentaci.

Vitální funkce při přijetí ze dne 8. 4. 2016:

TK: 190/100

Výška: 187 cm

P: 85 za minutu

Hmotnost: 97 kg

D: 16 za minutu

BMI: 28

TT: 36,6

Pohyblivost: parestezie levostranných končetin

Stav vědomí: GCS 15

9.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: matka zdravá, otec se léčí s hypertenzí. Bratr zdravý, děti nemá.

Osobní anamnéza: v dětství se léčil s běžnými nemocemi, byl očkován běžnými vakcínami, v minulosti se nechal očkovat proti KENC. Od roku 2010 se léčí s diabetem 2. typu, užívá POAD, diabetes má dekompenzovaný, na pravidelné kontroly nechodí. V roce 2011 se začal léčit s hypertenzí. Závažné operace ani úrazy neprodělal.

Alergologická anamnéza: alergie neguje.

Urologická anamnéza: urologické potíže nemá, na urologii nedochází.

Abúzy: alkohol a kávu nepije, vykouří 15-20 cigaret za den, jiné návykové látky neužívá.

Sociální a pracovní anamnéza: pacient je ženatý, bydlí s manželkou v bytě. Vztahy v rodině jsou dobré. Pracuje jako OSVČ, provozuje s manželkou obchod s chovatelskými potřebami. Jeho záliby jsou sport, turistika, četba, zvířata. Spirituální potřeby nemá.

9.3 Farmakologická anamnéza

Tabulka 3 medikace pacienta

Název léku	Forma podání	Síla	Dávkování	Skupina
Glucophage 500 XR	Per os	500 mg	1-0-1	antidiabetikum
Diaprel MR	Per os	30 mg	3-0-0	antidiabetikum
Amlator 10	Per os	10 mg	1-0-0	antihypertenzivum
Perindopril 8	Per os	8 mg	1-0-0	antihypertenzivum
Anopyrin 100	Per os	100 mg	1-0-0	antiagregancium
Lipanthyl 267 M	Per os	267 mg	1-0-0	antihyperlypidemikum
Guajacuran	Per os		Při bolesti	anxiolytikum

Zdroj: lékařská dokumentace

9.4 Medicinský management ze dne 8. dubna 2016

Tabulka 4 Biochemické vyšetření krve

BIOCHEM. VYŠETŘENÍ	VÝSLEDEK	NORMA
URA	6,4 mmol/l	2,5-7,4 mmol/l
KREATININ	66 μ mol/l	62-106 μ mol/l
CHOLESTEROL	3,10 mmol/l	2,90-5,00 mmol/l
Na	144 mmol/l	132-144 mmol/l
K	4,0 mmol/l	3,7-5,1 mmol/l
Cl	105 mmol/l	97-108 mmol/l
CRP	16 mg/l	0-5 mg/l
GLUKÓZA	19,8 mmol/l	3,6-5,6 mmol/l

Zdroj: lékařská dokumentace

Tabulka 5 Hematologické vyšetření krve

HEMATOL.VYŠETŘENÍ	VÝSLEDEK	NORMA
LEUKOCYTY	8,9 l	4-10 10^9 l
ERYTROCYTY	5,33 l	4-5,8 10^{12} l
HEMOGLOBIN	168 g/l	135-175 g/l
TROMBOCYTY	129 l	150-400 10^9 l

Zdroj: lékařská dokumentace

9.5 Konzervativní léčba

Dieta:diabetická, kašovitá.

Pohybový režim: klid na lůžku

Tabulka 6 Medikamentózní terapie za hospitalizace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Léková skupina
Glucophage XR	Tbl.	750 mg	1-0-1	antidiabetikum
Amlator	Tbl.	10/10mg	1-0-0	antihypertenzivum
Trombex	Tbl.	75 mg	1-0-0	anticoagulantium
Atarax	Tbl.	25 mg	½-0-1	anxiolytikum
Cipralex	Tbl.	10 mg	1-0-0	antidepresivum
Diaprel MR	Tbl.	30 mg	3-0-0	antidiabetikum
Perindopril	Tbl.	8 mg	1-0-0	antihypertenzivum
Lyphanthyl 267M	Tbl.	267 mg	0-0-1	antihyperlipidemikum
Nolpaza	Tbl.	40 mg	1-0-0	antiulcerotikum
Novalgin	i.v.	5 ml	Při bolesti	analgetikum
Plasmalyte	i.v.	1000 ml	Dle příjmu trl.	infuzní roztok
Fraxiparitn multi	s.c.	0,4 ml	0-0-1	antikoagulancium
Novorapid	s.c.	-	5j-5j-5j	inzulín
Levemir	s.c.	-	0-0-0-15j v19h	inzulín

Zdroj: lékařská dokumentace

10 POSOUZENÍ PACIENTA ZE DNE 8. DUBNA

Hlava a krk:

Subjektivně: „občas trpí bolestí hlavy a krční páteře.“

Objektivně: hlava normocefalická, pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, reagují, bulby symetrické, volně pohyblivé, bez nystagmu. Nosí brýle na čtení i na dálku. Spojivky růžové, skléry bez známek ikteru. Oči, uši, nos bez sekrece. Poruchy sluchu nemá, jazyk se plazí ve střední čáře. Chrup plný, zachovalý. Krk bez zjevné patologie, pulzace karotid symetrická, bez šelestů, štítná žláza nehmatná, uzliny nehmatné nebolestivé.

Hrudník a dýchací cesty:

Subjektivně: „bolesti na hrudi nemá, dušností netrpí“.

Objektivně: hrudník symetrický, bez patologie, ozvy srdeční pravidelné, bez šelestů. Dýchání volné, čisté, alveolární, SpO₂ 95 % bez kyslíku.

Srdečně cévní systém:

Subjektivně: „delší dobu se léčí s vysokým tlakem.“

Objektivně: srdeční rytmus pravidelný 87/nim, na periférii dobře hmatný. Tlak krve 185/124. Pacient má známky dekompenzované hypertenze. Dolní končetiny bez známek otoku, flebotrombózy.

Břicho a GIT:

Subjektivně: „bolesti břicha nemívá, nauzeou ani nechutenstvím netrpí, občas cítí pálení žáhly“.

Objektivně: na pohmat nebolestivé, bez patologické rezistence, poklep bubínkový, játra nezvětšená, nehmatná. Peristaltika zachována, poslední stolice 7. 4. 2016. Břišní reflexy výbavné.

Močový a pohlavní systém:

Subjektivně: „potíže s močením nemá, chodí močit jednou za noc.“

Objektivně: moč je čirá, nezahuštěná, bez známek příměsí. Příjem tekutin má kolem 2 litrů denně.

Kosterně svalový systém:

Subjektivně: „občas mě pobolívá za krkem, jiné bolesti nemívám“.

Objektivně: pohyblivost je neomezená, přiměřená věku. Problémy s chůzí nemá, doma chodí bez opory. Páteř nebolestivá, krční páteř do pravostranné i levostranné rotace bez problémů. Občas pociťuje bolest krční páteře VAS 4. Užívá běžná analgetika.

Nervový systém a smysly:

Subjektivně: „dnes je 8. 4. 2016, je v nemocnici. Slyší dobře, nosí brýle. Zavolal si RZP, protože se mu motala hlava, pociťoval slabost levostranných končetin.“

Objektivně: pacient orientovaný, místem, časem, osobou, spolupracuje. Pacient slyší dobře, nosí brýle, čich, chuť bez patologie, citlivost končetin a výbavnost reflexů na pravostranných končetinách bez patologie, u levostranných končetin hůře výbavné reflexy. Zornice izokorické, reagují na osvit. Řeč bez fatické poruchy, přítomná lehká dysartrie.

Endokrinní systém:

Subjektivně: „žádné problémy nemá, se štítnou žlázou se neléčí.“

Objektivně: Štítná žláza nebolestivá, nezvětšená. Poruchy endokrinního systému nezpozorovány.

Imunologický systém:

Subjektivně: „alergie nemám.“

Objektivně: lymfatické uzliny nebolestivé, nezvětšené, tělesná teplota 36,6 °C.

Kůže a její adnexa:

Subjektivně: „kůži suchou nemám, občas používám tělové mléko.“

Objektivně: Turgor kůže v normě, kůže bez patologického nálezu. Nehty krátké upravené.

11 UTRÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MAJORY GORDON

Ošetřovatelská anamnéza je rozpracována podle modelu Marjory Gordon, byla zpracována se souhlasem pacienta. Sběr informací proběhl dne 8. 4. 2016, kdy byl pacient přijat na jednotku intenzivní péče pro ischemickou cévní mozkovou příhodu, s levostrannou hemiparezezií.

DOMÉNA 1: Podpora zdraví.

Pacient hodnotí svůj zdravotní stav špatně. Současné onemocnění mu způsobuje stres, má strach, zda se bude moci věnovat svým zájmům. Zdraví hodnotí jak nejdůležitější hodnotu života, snaží se dodržovat lékařská doporučení. Alkohol nekonzumuje, diabetickou dietu dodržuje sporadicky. Pacient se věnuje ve volném čase rekreačnímu sportu. V dětství neprodělal závažná onemocnění a podstoupil běžná očkování, z vlastní iniciativy se nechal očkovat proti KENC.

Ošetřovatelský problém: nezdravý životní styl.

DOMÉNA 2: Výživa.

Stav výživy je normální, pacient netrpí obezitou. Výška pacienta je 187 cm, jeho hmotnost je 97 kg, což znamená hodnotu BMI 28. Výrazné potíže s váhou nikdy neměl, svoji váhu si snaží udržovat. Od roku 2010 se léčí s DM 2. typu. Pacient byl edukován o dietě a správném užívání antidiabetik. Dietu dodržuje sporadicky, pohybová aktivita je přiměřená věku, snaží se sportovat. V současné době dietu nedodržuje, proto má dekompenzovaný diabetes. Výrazný přírůstek na váze nezaznamenal. Během dne příjem 4-5 porcí jídla, tedy snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina a večeře. Pivo ani tvrdý alkohol nekonzumuje. Pacient je dostatečně hydratován, vypije 2 litry denně. Kožní turgor je v normě.

Ošetřovatelský problém: nevyvážená výživa.

Měřicí technika: BMI: 28

DOMÉNA 3: Vylučování a vyprazdňování.

Na stolici chodí pacient pravidelně, zácpou netrpí, poslední stolice dle pacienta byla 7. 4. 2016. Během dne pacient vypije 2 litry tekutin. V noci chodí 1x na toaletu. S urologickými problémy se neléčí. Dne 8. 4. 2016 byl pacientovi zaveden permanentní močový katetr číslo 16.

Ošetřovatelský problém: porucha vylučování moče.

DOMÉNA 4: Aktivita a odpočinek.

Pacient se věnuje spíše rekreačnímu sportu, rád jezdí na kole, s manželkou občas provozují procházky v přírodě. V důsledku akutního onemocnění je fyzická aktivita pacienta velmi omezená. Má problémy v oblasti sebepěče z důvodu levostranné hemiparestezie. U pacienta je nutná dopomoc při jídle, pití, oblékání, vyprazdňování a hygieně. Pacient si stěžuje na nespavost, doma běžně usíná kolem půlnoci, hypnotika doma neužívá. Spánek je nekvalitní, občas se cítí ráno unavený a nevyspalý.

Ošetřovatelský problém: deficit sebepěče při jídle, pití, vyprazdňování, oblékání a hygieně, narušený vzorec spánku, zhoršená tělesná pohyblivost.

Měřicí technika: Barthelová test: 40 bodů - vysoce závislý.

DOMÉNA 5: Percepce a kognice.

Pacient orientovaný osobou, místem i časem. Řeč je dysartrická, hůře se mu vyslovuje. Se svým zdravotním stavem je seznámen, na veškeré dotazy dostal odpověď. Používá brýle.

Ošetřovatelský problém: zhoršená verbální komunikace.

DOMÉNA 6: Sebe percepce.

Pacient býval optimistický, nyní je úzkostný a negativistický. Vzhledem ke svému postižení se bojí budoucnosti, zda bude moci zastávat veškeré své povinnosti a zájmy. Pacient se chce co nejrychleji navrátit do běžného života.

DOMÉNA 7: Vztahy mezi rolemi.

Pacient bydlí s manželkou v bytě, děti ani vnoučata nemá. Má spoustu přátel, kteří se zajímají o jeho zdravotní stav. S manželkou mají harmonický vztah. Manželka dochází na pravidelné návštěvy a podporuje ho v léčbě a rehabilitaci.

DOMÉNA 8: Reprodukce a sexualita.

Pacient nemá problém hovořit o sexuální oblasti. Téma oblasti reprodukce je pro něj velmi citlivé. Trápí jej, že nemá děti.

DOMÉNA 9: Zvládání zátěže.

V tuto chvíli pacient pocituje strach, bojí se budoucnosti, zda bude moci žít aktivní život a pomáhat manželce s podnikáním. Pro zvládání stresu mu dříve pomohlo zapálit si cigaretu.

Ošetrovatelský problém: strach.

DOMÉNA 10: Životní principy.

Pro pacienta je nejdůležitější jeho manželka a její blaho. Věřící není, víru okolí respektuje.

DOMÉNA 11: Bezpečnost - ochrana.

Pacient nebyl limitován žádným pohybovým omezením. Současný stav pacienta limituje při pohybu, je tak ohrožen pádem. Edukace o riziku pádu je vhodná.

Ošetrovatelský problém: riziko pádu.

Měřicí technika: hodnocení rizika pádu: 4 body – střední riziko pádu.

DOMÉNA 12: Komfort.

Pacient udává závrať, nauzeu a slabost levostranných končetin. Tyto potíže pacienta omezují při pohybu. Pro pacienta je značně nepříjemný zavedený močový katetr. Bolí jej místo vpichu po zavedení PŽK, jiné bolesti neudává. Díky potížím je pacient podrážděný a unavený.

Ošetrovatelský problém: zhoršený komfort, nauzea, akutní bolest.

Měřicí technika: numerická škála bolesti, hodnocení infekce dle Madona.

DOMÉNA 13: Růst a vývoj.

Z rozhovoru s pacientem, lékařské a ošetrovatelské dokumentace nebyly nalezeny odchylky ve vývoji pacienta.

12 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 8. DUBNA 2016

Pacient XY ve věku 54 let, ženatý, žijící s manželkou v bytě. Orientovaný místem, časem i osobou. Dne 8. 4. 2016 si v ranních hodinách zavolal RZP pro vertigo, levostrannou hemiparestezii a lehkou dysartrii. Při převzetí pacienta mu byly změřeny fyziologické funkce TK 185/124, P 87/min, TT 36,6 °CD 16, SpO2 99%. Dále bylo pacientovi indikováno statimově CT mozku, rentgen hrudních orgánů, EKG, dále provedeny statimově odběry na biochemii a hematologii. Pacient přijat pro ischemickou cévní mozkovou příhodu, byl uložen na lůžko, připojen na monitor. Vyhodnoceno střední riziko pádu se 4 body.

Pacient trpí diabetem 2. typu, při hladině glykémie 19,8 mmol/l, léčí se s arteriální hypertenzí. Z výše uvedených hodnot je zřejmé, že je pacient v dekompenzovaném stavu. V současné době dietu příliš nedodržoval, proto má dekompenzovanou hladinu glykémie. Kožní turgor má v normě, vypije 2 litry tekutin denně. Alkohol a kávu nepije, vykouří 15 cigaret za den.

Pacient má problémy se spánkem, hypnotika neužívá, nočním močením netrpí. Dle testu Barthelové byl pacient zhodnocen jako vysoce závislý se 40 body. Potřebuje tedy pomoc při jídle, pití, vyprazdňování, hygieně a oblékání. Při současném stavu je pacient neschopen chůze. Pociťuje strach, bojí se o svoji budoucnost. Díky zjištěným rizikovým faktorům byl pacient edukován v rámci léčby diabetu, dále byl seznámen s rizikem pádu. Pacient všemu porozuměl.

13 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly seřazeny podle priorit. Stanovených je celkem 15, aktuálních je 14 a 1 riziková.

Diagnózy byly sestaveny dle NANDA I taxonomie II 2015-2017.

00132 AKUTNÍ BOLEST

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Priorita: Střední

Určující znaky: označení bolesti, sdělení pacienta, změna chuti k jídlu, výraz pacienta.

Související faktory: biologičtí původci zranění.

00134 NAUZEJA

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Priorita: Střední

Určující znaky: odpor k jídlu, dávivý pocit.

Související faktory: biochemická dysfunkce, onemocnění jícnu, Menierova nemoc.

00051 ZHORŠENÁ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 5: Komunikace

Priorita: Střední

Určující znaky: potíže s mluvením, potíže s vyjadřováním, potíže s tvorbou vět.

Související faktory: poškození centrálního nervového systému, fyziologický stav.

00103 **PORUŠENÉ POLYKÁNÍ**

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Priorita: Střední

Určující znaky: neschopnost vyprázdnit dutinu ústní, navalování před polknutím.

Související faktory: zhoršení neuromuskulárních funkcí, poškození mozku, neurologické problémy.

00016 **ZHORŠENÉ VYLUČOVÁNÍ MOČI**

Doména 3: Vylučování a výměna

Třída 1: Funkce močového systému

Priorita: Střední

Určující znaky: dysurie.

Související faktory: mnohočetná kauzalita.

00155 **RIZIKO PÁDU**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Priorita: Střední

Určující znaky: alterace kognitivních funkcí, akutní onemocnění, zhoršená mobilita, potíže s chůzí.

Související faktory:

00108 **DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Priorita: Střední

Určující znaky: zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt si tělo, zhoršená schopnost usušit si tělo, zhoršená schopnost opatřit si potřeby ke koupání.

Související faktory: neuromuskulární poškození, překážky v prostředí, zhoršená schopnost vnímat část těla.

00109 **DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Priorita: Střední

Určující znaky: zhoršená schopnost obléknout si potřebné části oděvu, zhoršená schopnost svléknout si potřebné části oděvu.

Související faktory: alterace kognitivních funkcí, neuromuskulární poškození.

000102 **DEFICIT SEBEPÉČE PŘI STRAVOVÁNÍ**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Priorita: Střední

Určující znaky: zhoršená schopnost dostat jídlo na příbor, zhoršená schopnost zacházet s příborem, zhoršená schopnost uchopit hrnek, zhoršená schopnost připravit si jídlo, zhoršená schopnost polykat jídlo.

Související faktory: alterace kognitivních funkcí, neuromuskulární poškození.

00110 **DEFICIT SEBEPÉČE PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ**

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Priorita: Střední

Určující znaky: zhoršená schopnost přemístit se na toaletu, zhoršená schopnost sedět na toaletě, zhoršená schopnost vstát z toalety, zhoršená schopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu.

Související faktory: alterace kognitivních funkcí, zhoršená mobilita, neuromuskulární poškození.

00085 **ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST**

Doména 4: Aktivita/odpočinek
Třída 2: Aktivita/cvičení
Priorita: Střední
Určující znaky: změna chůze, zhoršené provádění jemných motorických dovedností.
Související faktory: alterace kognitivních funkcí, snížená svalová síla, neuromuskulární poškození.

00198 **NARUŠENÝ VZOREC SPÁNKU**

Doména 4: Aktivita/odpočinek
Třída 2: Spánek/odpočinek
Priorita: Střední
Určující znaky: potíže s usínáním, změna normálního vzorce spánku, nechtěné probouzení.
Související faktory: nedostatek soukromí při spánku, imobilizace.

00148 **STRACH**

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže
Třída 2: Reakce na zvládání zátěže
Priorita: Střední
Určující znaky: pociťuje strach, pociťuje obavy, zvýšené napětí.
Související faktory: neznámé prostředí.

00214 **ZHORŠENÝ KOMFORT**

Doména 12: Komfort
Třída 1: Tělesný komfort
Priorita: Střední
Určující znaky: změněný vzorec spánku, strach, pocity diskomfortu, neklid, nelehkost situace.
Související faktory: symptomy související s nemocí, nedostatečná kontrola nad situací.

00188 CHOVÁNÍ NÁCHYLNÉ KE ZDRAVOTNÍM RIZIKŮM

Doména 1: Podpora zdraví
Třída 2: Management zdraví
Priorita: Nízká
Určující znaky: nedosažení optimálního smyslu pro kontrolu.
Související faktory: nízká vlastní efektivita, kouření, stresory.

13.1 Plán ošetřovatelské péče

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA:

DEFICIT SEBEPÉČE PRO STRAVOVÁNÍ (00102)

Doména 4: Aktivita/odpočinek
Třída 5: Sebepéče
Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.
Určující znaky: zhoršená schopnost dostat jídlo na příbor, zhoršená schopnost zacházet s příborem, zhoršená schopnost uchopit hrnek, zhoršená schopnost připravit si jídlo, zhoršená schopnost polykat jídlo.
Související faktory: alterace kognitivních funkcí, neuromuskulární poškození.
Priorita: střední
Cíl krátkodobý:
pacient je schopen sníst připravenou potravu do 3 dnů.
Cíl dlouhodobý:
pacient je schopen si sám připravit potravu do 3 měsíců.
Očekávané výsledky:
pacient umí jíst za pomoci lžice, vidličky do 2 dnů,
pacient se samostatně nají do 2 dnů,
pacient si sám připraví potravu do 7 dnů,
pacient se cítí po jídle dostatečně sytý do 1 hodiny.

Plán intervencí:

- Posuď schopnost pacienta jíst samostatně, všeobecná sestra při každém jídle.
- Akceptuj pacientovy stravovací návyky, všeobecná sestra při každém jídle.
- Respektuj pacientův dietní režim, všeobecná sestra po celou dobu hospitalizace.
- Zajisti pacientovi vhodné doplňky stravy, všeobecná sestra jedenkrát denně.
- Sleduj schopnost polykání pacienta, všeobecná sestra při každém jídle.
- Pomáhej pacientovi s přípravou jídla, všeobecná sestra dle potřeby.
- Nauč pacienta soběstačnosti při příjmu potravy, všeobecná sestra do jednoho týdne.
- Pozoruj pacientovy schopnosti při jídle, všeobecná sestra při každém jídle.

Realizace intervencí:

8. dubna 2016

Pacient přijat na jednotku intenzivní péče pro ischemickou CMP s levostrannou hemiparezezií. Ve spolupráci s pacientem byl vyhodnocen test Barthelové s celkovým výsledkem 40 bodů, který je hodnocen jako vysoce závislý. V levé ruce není schopen udržet žádný předmět, pravou rukou je schopen sníst připravenou stravu. Při polykání se občas rozkašle. Pacient byl seznámen s dietním opatřením. Za pomoci všeobecné sestry je schopen přijímat potravu.

10. dubna 2016

Po dvou dnech byl pacient schopen napichovat stravu na vidličku, používat lžíci. Je schopen se sám najíst bez pomoci všeobecné sestry. Potíže s polykáním téměř odezněly, kašel jej trápí pouze při požívání suché stravy. Pacient má radost, že se stav zlepšuje, po jídle se cítí sytý.

15. dubna 2016

Pacient byl schopný si připravit stravu sám, zvládá otevřít jogurt, namazat si chleba. Stěžuje si na délku přípravy jídla, ale je rád, že už to zvládá sám.

Hodnocení dne 30. 4. 2016

Stanovené cíle byly dosaženy, pacient je schopen sám připravit potravu, zvládá sám jíst, používat vidličku a lžici. Pacient aktivně spolupracoval, dodržoval doporučená opatření. Pacient je pozitivně naladěný. Celý plán péče a jeho realizace byl zapsán do dokumentace. Pacient není závislý na pomoci druhé osoby při jídle.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA:

DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ 00108

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

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

Priorita: Střední

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

Související faktory: neuromuskulární poškození, zhoršená schopnost vnímat část těla.

Cíl krátkodobý: pacient se aktivně zapojuje do hygieny.

Cíl dlouhodobý: pacient se aktivně zapojuje do hygieny, je schopen rozhodovat o hygieně.

Očekávané výsledky:

Pacient se aktivně zapojuje do hygieny do 2 dnů,

Pacient se cítí koupelí osvěžen do 1 hodiny,

Pacient zvládá hygienickou péči sám do 14 dnů.

Plán intervencí:

Zhodnot' schopnost pacienta provádět hygienu dle Barthelové, všeobecná sestra každý den.

Akceptuj pacientovy hygienické návyky, všeobecná sestra při každé hygieně.

Chraň stud pacienta, všeobecná sestra při každé hygieně.

Zajisti pacientovi vhodné prostředí pro koupel, všeobecná sestra 1 denně.

Pomáhej pacientovi při jeho hygieně, všeobecná sestra 1 denně.

Pečuj o pacientovu kůži, všeobecná sestra 1 denně.

Pozoruj pacienta při hygieně, všeobecná sestra 1 denně.

Motivuj pacienta k hygieně, všeobecná sestra dle potřeby.

9. dubna 2016

Pacient byl nechopen přesunu do koupelny, celková hygienická péče byla provedena v rámci lůžka. Všeobecná sestra při hygieně komunikovala s pacientem, zjistila veškeré jeho návyky. Kůži řádně očistila, promazala. Po celou dobu hygieny se pacient snažil šikovnější končetinou pomáhat sestře. Pacient se cítí po koupeli osvěžen.

11. dubna 2016

Po třech dnech od přijetí byl pacient schopen přemístit se za pomoci personálu do koupelny, kde byla provedena celková koupel, pacient si přál pomoci s oholením tváře. Po celou dobu komunikuje a spolupracuje, aktivně se zapojuje do hygieny. Pomáhá s použitím mýdla a s utíráním. Zvládá otřít celý trup z přední části. Holení se mu moc nedařilo, bál se, že se pořeže žiletkou. Všeobecná sestra pacienta oholila.

22. dubna 2016

Pacient byl schopen za pomoci jedné osoby přesunu do koupelny. Zde byla provedena koupel, je schopen se sám umývat po celé přední ploše těla. Sestra pomáhala pouze při umývání zad a přesunu. Zvládl se oholit sám. Má radost, že se stav upravuje.

30. dubna 2016

Stanovené cíle byly částečně splněny, pacient zvládá hygienu sám. Je nutná pouze dopomoc a dohled při přesunu. Po celou dobu realizace pacient aktivně spolupracuje a zapojuje se do plánování a realizace hygienické péče. Celý plán péče byl zapsán a vyhodnocen v dokumentaci.

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA:

ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST 00085

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

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

Priorita: střední

Určující znaky: změna chůze, zhoršené provádění hrubých motorických dovedností.

Související faktory: neuromuskulární poškození, snížená svalová síla.

Cíl krátkodobý:

Pacient chápe rizikové faktory spojené se zhoršenou pohyblivostí (riziko pádu) do 1 dne.

Cíl dlouhodobý:

Pacient není ohrožen rizikem pádů do 3 týdnů.

Očekávané výsledky:

Pacient je schopen chůze s oporou do 14 dnů.

Pacient není ohrožen pádem či jiným úrazem do 3 týdnů.

Plán intervencí:

Zhodnot' úroveň soběstačnosti dle Barthelové, všeobecná sestra každý 7. den.

Zhodnot' riziko pádu u pacienta, všeobecná sestra při příjmu a poté každý 7. den.

Pozoruj schopnost pohybu pacienta, všeobecná sestra každý den.

Informuj pacienta o možných komplikacích, všeobecná sestra každý den.

Edukuj pacienta o rehabilitaci, všeobecná sestra a fyzioterapeut každý den.

8. dubna 2016

Pacient při přijetí nebyl schopný samostatného přesunu, byl přeložen z lůžka na lůžko. Při posazování je nestabilní s tahem do leva. Dle stupnice rizika pádu je pacient ohrožen středním rizikem pádu (počet bodů 4). Dle stupnice Barthelové je pacient vysoce závislý na pomoci druhé osoby. Pacient spolupracoval, komunikace bez potíží. Pacient byl poučen o možných nežádoucích událostech, porozuměl, používá signalizaci.

22. dubna 2016

Pacient vydrží sedět s oporou, je schopen se postavit u lůžka. Je schopen s pomocí druhé osoby a ve vysokém chodítku přejít po pokoji. Riziko pádu u pacienta přetrvává, má pomalejší reakce, občas je méně stabilní při chůzi. Dále dodržuje rady fyzioterapeuta, v lůžku aktivně rehabilituje.

Hodnocení dne 30. 4. 2016

Stanovených cílů bylo částečně dosaženo. Pacient chápe veškerá rizika, dbá o svoji bezpečnost. Používá signalizační zařízení. Vyrží sedět s oporou zad, zvládá chůzi v chodítku s dohledem druhé osoby. Soběstačnost se u pacienta upravuje postupně. Nadále se snaží aktivně rehabilitovat a spolupracovat.

13.2 Celkové zhodnocení ošetrovatelské péče

54 letý pacient byl přivezen RZP na urgentní příjem pro rotační vertigo s nauzeou a zhoršenou citlivostí levostranných končetin. Po přesné diagnostice byla pacientovi zjištěná subakutní ischemická cévní mozková příhoda s hemiparestezií. Při přijetí byl pacient negativistický. Při přijetí pacienta na jednotku intenzivní péče byly pacientovi stanoveny ošetrovatelské problémy. První den, tedy od prvního kontaktu s pacientem, problémy byly nalezeny v oblasti komfort, percepce/kognice, výživa, vylučování a výměna, bezpečnost/ochrana, odpočinek, zvládání/tolerance zátěže, komfort a podpora zdraví. Dále byly vyhodnoceny ošetrovatelské diagnózy, dlouhodobé a krátkodobé cíle, intervence a očekávané výsledky. Realizace probíhala na základě stanovených intervencí. Hodnocení bylo provedeno při překladi pacienta do rehabilitačního ústavu. Celkové hodnocení péče můžeme hodnotit jako velice efektivní, péče byla přínosná pro pacienta. V procesu péče nevznikly žádné komplikace. Po celou dobu péče se pacient snažil spolupracovat a aktivně zapojovat do ošetrovatelského procesu. Velkou oporu měl pacient ze strany rodiny a přátel. Velice si oblíbili ošetřující personál, což pacient hodnotil velmi kladně. Z našeho zařízení byl pacient přeložen v dobrém stavu, téměř rozcvičeném, do rehabilitačního ústavu Luže Košumberk. Těší se na rehabilitaci a návrat do svého života.

V rámci rehabilitace v odborném rehabilitačním ústavu pacient musel dodržovat tyto intervence nácvik chůze s francouzskou holí, procvičování jemné motoriky levé horní končetiny. Z ošetrovatelského hlediska musí všeobecná sestra dbát o bezpečnost pacienta v oblasti rizika pádu. Všeobecná sestra motivuje pacienta k soběstačnosti. V pokročilé fázi rehabilitace byl pacient soběstačný, zvládal běžné denní činnosti.

14 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem bakalářské práce bylo na základě praktických zkušeností a odborné literatury přiblížení problematiky cévní mozkové příhody a sepsání doporučení pro praxi jak pro všeobecné sestry, tak pro pacienty.

14.1 Doporučení pro sestry

Vnímat pacienta jako bio-psycho-socio-spirituální bytost.

Nejdůležitějším cílem všeobecné sestry je naučit přijmout pacienta jeho postižení CMP.

Edukovat pacienta o režimových opatřeních a možných komplikacích.

Seznámit pacienta s možnostmi rehabilitačních metod.

Pacienta podporovat a motivovat ho pro jeho uzdravení.

Poskytovat dostatek informací o CMP a rehabilitaci.

Získat si pacientovu důvěru, zajímat se o jeho potřeby a problémy.

Projevovat empatický přístup.

Mít dostatek času na pacienta, komunikovat s pacientem, dávat mu najevo zájem.

Nevyhýbat se očnímu kontaktu a pohlázení, pomáhá to k získání důvěry.

Vhodně zapojit do léčby a procesu rehabilitace pacientovu rodinu.

Aktivně přijímat nové informace a poznatky v oblasti léčby a rehabilitace CMP.

Aktivně nabízet pomoc a dostatek informací pacientovi i jeho rodině.

Sledovat celkový projev pacienta.

Při péči pacienta respektovat, nenadávat mu.

Důsledně popisovat veškeré informace, co s pacientem vykonáváme.

Nepoužívat sugestivní otázky.

Ujistit pacienta, že nám na něm záleží.

Nechovat se odtažitě a uzavřeně před pacientem a jeho rodinou.

Při péči o pacienta s cévní mozkovou příhodou se všeobecná sestra setká se stížnostmi na strach, úzkost, zhoršený spánek, neschopnost přemístit se, nesoběstačnost, neschopnost vyjádřit se nebo pocit beznaděje.

14.2 Doporučení pro pacienty

Včas vyhledat odbornou pomoc.

Dodržovat zásady zdravého životního stylu.

Pravidelně dodržovat dostatečný příjem tekutin.

Dodržovat léčebná a režimová opatření.

Spolupracovat s všeobecnou sestrou, fyzioterapeutem i lékařem.

Odstranit strach.

ZÁVĚR

Cévní mozková příhoda patří mezi jedno z nejčastějších onemocnění v neurologii. Její původ byl popsán již v historii. V akutní fázi nemoci je důležitý rychlý transport do zdravotnického zařízení, pro úspěšné zvládnutí CMP je důležitý čas a včasná diagnostika. Pokud vše proběhne velmi rychle a pacient nemá žádné kontraindikace bránící v trombolýze, má pacient velkou šanci, že se u něj neprojeví neurologický deficit. Pokud má pacient kontraindikace k podání trombolýzy, nastává konzervativní terapie, zde je riziko rozvoje neurologického deficitu.

Cílem této bakalářské práce bylo popsat ošetrovatelskou a medicínskou problematiku u nemocného s cévní mozkovou příhodou. Popsat roli všeobecné sestry a specifika ošetrovatelské péče. Pro tento účel byl sestaven a realizován ošetrovatelský plán dle M. Gordon u vybraného pacienta s cévní mozkovou příhodou. Vytyčený cíl byl splněn.

V teoretické části byla popsána problematika cévní mozkové příhody. Praktická část je zaměřená na ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou dle modelu Marjory Gordon, která byla vypracována u vybraného pacienta v iktovém centru. Jejím obsahem je popsání kazuistiky od přijetí do přeložení pacienta do rehabilitačního ústavu.

Cílem ošetrovatelské péče bylo posoudit zdravotní stav dle NANDA I taxonomie II, následně pokračovat v realizaci a řešení ošetrovatelských diagnóz.

Práce je určena všeobecným sestřám, ale může sloužit i studentům jako studijní materiál.

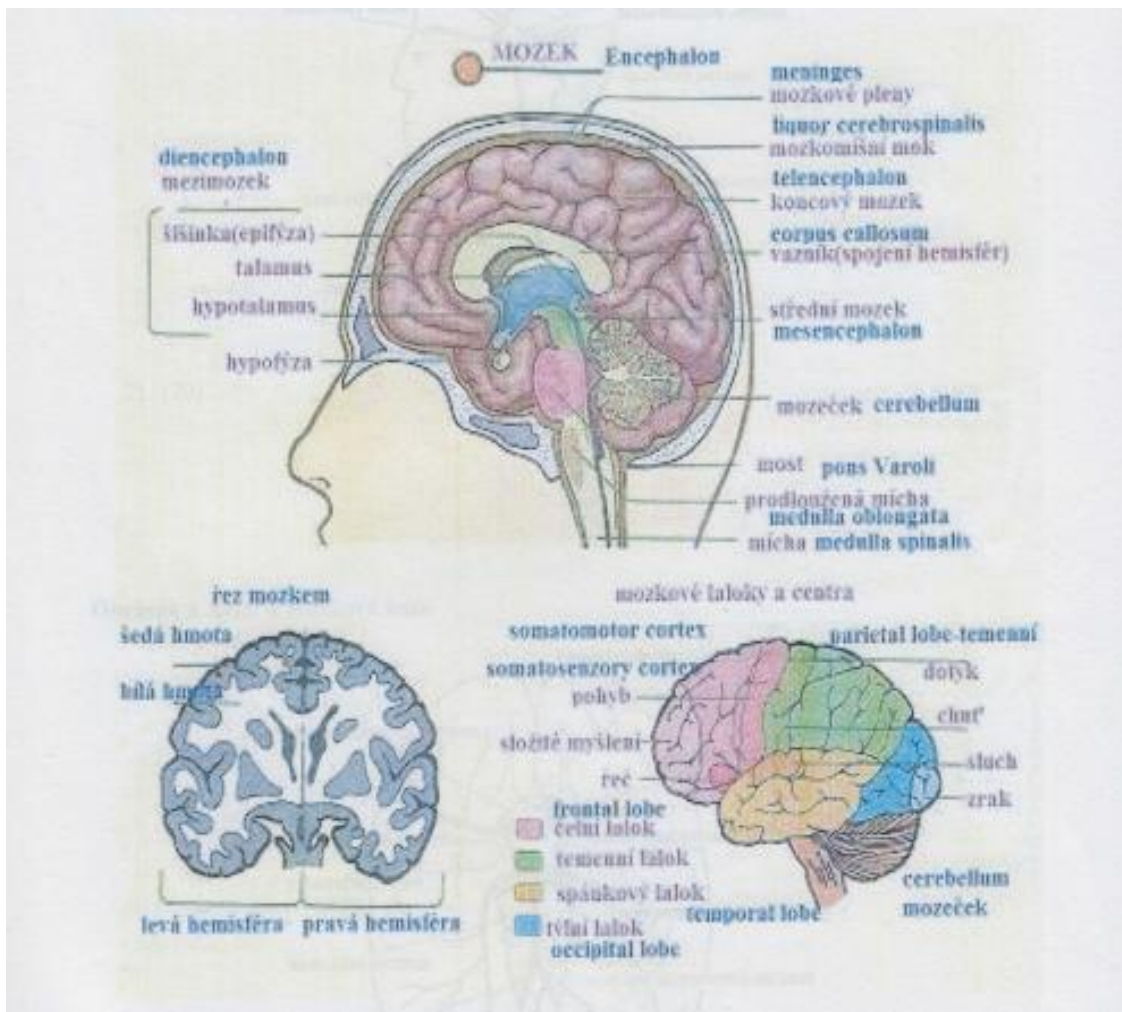
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBLER, Zdeněk, et al. 2004. *Klinická neurologie: část obecná*. První vydání. Praha: Triton. ISBN 80-725-4556-6.
- BEDNAŘÍK, Josef, 2010. *Klinická neurologie*. První vydání. Praha: Triton. ISBN 978-807-3873-899.
- DYLEVSKÝ, Ivan. 2000. *Stomatologie, učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. Druhé vydání. Olomouc: Epava. ISBN 80-86297-05-5.
- HERZIG, Roman, 2014. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. Druhé vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-373-2.
- JEDLIČKA, Pavel, et al. 2005. *Speciální neurologie*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 80-726-2312-5.
- KALINA, Miroslav, a kol., 2008. *Cévní mozková příhoda v praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-107-9.
- KÁŠ, Svatopluk, 1995. *Cévní příhody mozkové*. Třetí přepracování. Praha: Brána. ISBN 80-901783-8-3.
- KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-571.
- KRHUT, Jan, et al., 2005. *Neurourologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-360-5.
- LHOŤAN, Josef, *Vybrané problémy pacienta po CMP*. Sestra. 2014,24(5), 26. ISSN 1210-0404.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2003. *Úvod do ošetřovatelství: systémový přístup*. První vydání. Praha. ISBN 80-246-0429-9 .
- NANDA INTERNACIONAL Inc, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- NAŇKA, Ondřej, et al. 2009. *Přehled anatomie*. Druhé vydání. Praha: Karolínium. ISBN 978-802-4617-176.
- NEBUDOVÁ, Jaroslava, 1998. *Cévní mozkové příhody*. Praha: Triton. ISBN 80-85875-54-3.
- NĚMCOVÁ, Jitka, a kolektiv, 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: Text pro posluchače zdravotnických oborů*. Plzeň: Mauera, s.r.o. ISBN 978-80-902876-9-3.
- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, et al. 2002. *Neurologie*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 80-246-0502-3.

- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2010. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1211-6.
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
- PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1135-5.
- PLEVOVÁ, Ilona, a kolektiv, 2011a. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
- SEIDL, Zdeněk, et al. 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0623-7.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. První vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4717-753.
- TRACHTOVÁ, Eva, et al., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-324-4.
- VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, 2007. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-130-1.
- VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, DUŠKOVA 7, PRAHA 5, 2014.
Ošetrovatelské dokumentace: 2 Ošetrovatelské dokumentace podle vybraných typů péče. *Vysoká škola zdravotnická, Duškova 7, Praha 5* [online]. [cit. 2018-17-02].
Dostupné z:
<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A9%20dokumentace.aspx>

PŘÍLOHY

Příloha A – Anatomie mozku	I
Příloha B – test hodnocení mrtvice, požívaný v Novém Městě na Moravě	II
Příloha C – Iktová jednotka	III
Příloha D – NIHSS	IV
Příloha E – Ředění trombolytika	V
Příloha H – Rešeršní protokol.....	VIII



Příloha A – Anatomie mozku (vlastní zdroj)

Pacient s akutní CMP - Triád pozitivní pacient

1 hlavní příznak

F	- face	- tvář
A	- arm	- končetiny
S	- speech	- řeč
T	- test	

nebo minimálně 2 vedlejší příznaky

- náhle vzniklá kvantitativní nebo kvalitativní porucha vědomí
- porucha čiti na polovině těla
- setřelá řeč (dysartrie)
- výpadek poloviny zorného pole
- ztráta zraku na jednom oku
- dvojité vidění
- atypická bolest hlavy
- ztuhlost šíje
- závratě s nauseou či zvracením

Odběry před i. v. trombolýzou

„všechny indikace“

- glykémie, U_n, Kreatinin, ionty, J5, CB
- albumin, CK, CK-Mb, amylasa, RO, CRP, APTT, INR, fibrinogen, krevní skupina
- objednání 1x mražené plazmy
- objednání 1x ery masy

NEMOCNICE NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ
právní forma: příspěvková organizace

Neurologické oddělení
 Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.
 © 2012

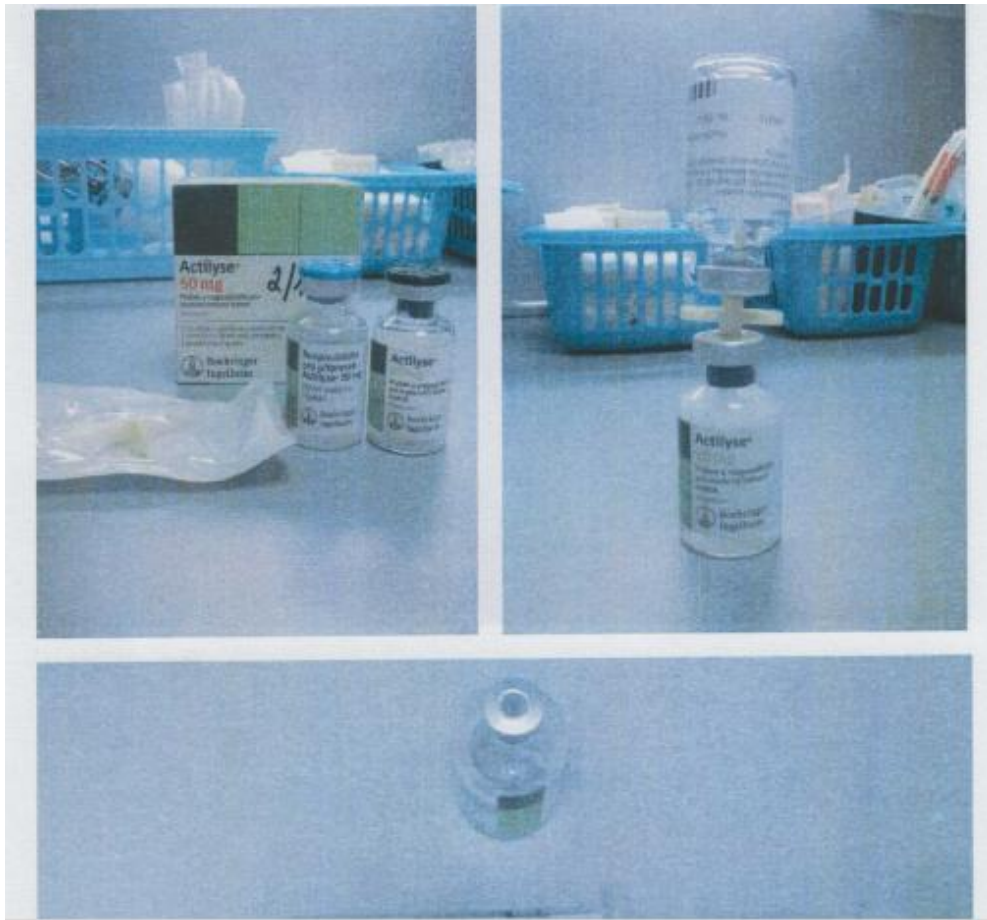
Příloha B – FAST k hodnocení mrtvice, používaný v Novém Městě na Moravě (edukační materiál nemocnice v Novém Městě na Moravě)



Příloha C – iktová jednotka (vlastní zdroj)

NIHSS		Jméno	Rokové Údaje				
Hodnocení		PRJETÍ	2 HOD	24 HOD	72 HOD	7 DNI/ PROP	
Datum							
1a. Úroveň vědomí celkové vědomí (reakce na otázky, otevřené oči, reakce na bolest, reakce na zvuk, reakce na pohyb) 0 - ani při otázkách, ani při otázkách 1 - otevře oči při otázkách nebo bolesti 2 - otevře oči při otázkách nebo bolesti 3 - otevře oči při otázkách	0 - ani při otázkách, ani při otázkách 1 - otevře oči při otázkách nebo bolesti 2 - otevře oči při otázkách nebo bolesti 3 - otevře oči při otázkách						
1b. Slovní odpovědi přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
1c. Vyhovnění výzvěm přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
2. Okružní motorika přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
3. Zorné pole přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
4. Faciální porost přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
5. a 6. Motorika přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)					LHK PHK LDK PDK	
7. Ataxie končetin přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
8. Senzitivita přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
9. Šoš přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
10. Dysartrie přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
11. Neglect přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)						
CELKOVÉ NIHSS							
12. Distanční motorika přímé otázky (např. jméno, věk, adresa) 0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)	0 - žádná odpověď 1 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno) 2 - slova (slova, fráze) dle otázky (např. jméno)					Levá HK Pravá HK	
Vykřeháči							

Příloha D - NIHSS (vlastní zdroj)



Příloha E – ředění trombolýtika (vlastní zdroj)

Příloha F – Rešerše

Ošetřovatelská péče u pacienta s cévní mozkovou příhodou

Jazykové vymezení: čeština.

Klíčová slova: Cévní mozková příhoda, deficit sebepéče, pacient, rehabilitace, všeobecná sestra.

Počet záznamů: 25 (knihy: 24, články a elektronické zdroje: 1).

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů).

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz),
- databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz).

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta s 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 12. dubna 2018

.....

Jméno a příjmení studenta