

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Věra Příbková**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Věra Příbková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO CÉVNÍ  
MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Martina Šellingová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 23. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Martině Šellingové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům neurologické kliniky FN v Plzni za vstřícnost. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za psychickou podporu a trpělivost během mého studia.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Příbková Věra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě

Vedoucí práce: Mgr. Martina Šellingová

Počet stran – číslované: 82

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova:

cévní mozková příhoda – ošetrovatelská péče – porucha hybnosti – deficit soběstačnosti

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta po cévní mozkové příhodě.

V teoretické části jsou popsány základní informace o cévní mozkové příhodě a její patogenezi, klasifikaci, etiologii, klinických příznacích, diagnostice, léčbě, rizikových faktorech, prevenci a ošetrovatelské péči o pacienta.

V praktické části popisují dvě pacientky po cévní mozkové příhodě s levostrannou hemiparézou se zaměřením na jejich soběstačnost.

## **Annotation**

Surname and name: Příbková Věra

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing care of a patient after vascular cerebral accident

Consultant: Mgr. Martina Šellingová

Number of pages – numbered: 82

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 34

Keywords:

vascular cerebral accident – nursing care – movement disorder – deficit of self-sufficiency

Summary:

This thesis deals with a nursing care of a patient after vascular cerebral accident.

In the theoretical part are described information about vascular cerebral accident and her pathogenesis, classification, etiology, clinical signs, diagnostics, treatment, risk factors, prevention and nursing care of a patient.

In the practical part are described two patients after vascular cerebral accident with left-sided hemiparesis with focusing on her self-sufficiency.



# OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA .....	11
1.1 Definice cévní mozkové příhody .....	11
1.2 Cévy mozku a míchy .....	12
2 KLASIFIKACE CMP.....	12
2.1 Cévní mozková příhoda ischemická .....	12
2.1.1 Patogeneze .....	12
2.1.2 Klasifikace .....	13
2.1.3 Etiologie .....	14
2.1.4 Klinické příznaky .....	15
2.1.5 Diagnostika.....	17
2.1.6 Léčba .....	19
2.2 Cévní mozkové příhody hemoragické .....	23
2.2.1 Intracerebrální krvácení .....	23
2.2.2 Subarachnoidální krvácení .....	26
2.3 Trombóza mozkových žil a splavů .....	27
3 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD .....	28
3.1 Rizikové faktory .....	28
3.2 Prevence.....	28
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ .....	29
4.1 Hygiena.....	29
4.2 Výživa a příjem tekutin.....	30
4.3 Vylučování .....	31
4.4 Pohyb .....	32
4.5 Komunikace .....	34
4.6 Psychika .....	35
4.7 Sociální péče .....	37
PRAKTICKÁ ČÁST .....	39
5 OBECNÁ ČÁST.....	39
5.1 Formulace problému .....	39
5.2 Cíl výzkumu.....	40
5.2.1 Dílčí cíle .....	40
5.2.2 Operacionalizace pojmů .....	40
5.2.3 Výzkumné otázky .....	40

5.3	Druh výzkumu a výběr metodiky .....	40
5.3.1	Metoda .....	41
5.3.2	Výběr případu .....	41
5.3.3	Způsob získávání informací .....	41
5.4	Organizace výzkumu .....	42
6	SPECIÁLNÍ ČÁST.....	43
6.1	Kazuistika č. 1.....	43
6.2	Ošetrovatelský model Nancy Roperové.....	44
6.3	Fyzikální vyšetření pacientky .....	47
6.4	Plán ošetrovatelské péče .....	48
6.4.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	48
6.4.2	Potencionální diagnózy .....	54
6.4.3	Edukační plán .....	55
6.5	Rozhovor s pacientkou č. 1 .....	56
6.6	Kazuistika č. 2.....	62
6.7	Ošetrovatelský model Nancy Roperové.....	65
6.8	Fyzikální vyšetření pacientky .....	68
6.9	Plán ošetrovatelské péče .....	69
6.9.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	69
6.9.2	Potencionální diagnózy: .....	77
6.9.3	Edukační plán .....	79
6.10	Rozhovor s pacientkou č. 2 .....	80
	DISKUZE .....	86
	ZÁVĚR.....	91
	LITERATURA A PRAMENY.....	92
	SEZNAM ZKRATEK .....	95
	SEZNAM PŘÍLOH .....	97

## ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. Cévní mozková příhoda dokáže během vteřiny pacientovi i jeho rodině obrátit život naruby svými rychle se rozvíjejícími symptomy. Je to zálučné postihnutí, které může dotyčnému způsobit, buď to smrt, nebo mu způsobí problémy, které poté vyžadují dlouhodobou ošetrovatelskou péči a hlavně pomoc a podporu od druhé osoby.

Velkým problémem u většiny pacientů, kteří prodělali mrtvici, je postižení řeči nebo hybnosti, které se pak odráží na soběstačnosti pacienta, kdy není schopen se samostatně obsloužit. Při omezené pohyblivosti a nesoběstačnosti pacienta je nutné pohlížet i na psychický stav pacienta, neboť se ocitá v náročné situaci a potřebuje vědět, že není sám a má se ještě o koho opřít. Jelikož bych chtěla více nahlédnout do problematiky, co se týče soběstačnosti pacienta po cévní mozkové příhodě, zvolila jsem si tohle téma k bakalářské práci, kde budu zjišťovat, jak cévní mozková příhoda ovlivnila právě soběstačnost pacienta.

Práce má část teoretickou a praktickou. V části teoretické definuji pojem, cévní mozková příhoda, uvádím její klasifikaci a popisuji jednotlivé patogeneze, klasifikace, etiologie, klinické příznaky, diagnostiku a léčbu. Dále uvádím rizikové faktory a prevenci cévních mozkových příhod a zmiňuji ošetrovatelskou péči o pacienta po prodělané příhodě. Praktická část je rozdělena na obecnou a speciální část. V obecné části je popsána formulace problému, cíl výzkumu, dílčí cíle, operacionalizace pojmů, výzkumné otázky, druh výzkumu a výběr metodiky, metoda, výběr případu, způsob získávání informací a organizace výzkumu. V části praktické jsem mezi sebou porovnala dvě pacientky s levostrannou hemiparézou. U obou jsem vytvořila kazuistiku, plán ošetrovatelské péče, edukační plán a použila jsem hodnotící škály. Dále jsem zpracovala ošetrovatelský model podle Nancy Roperové a obohatila praktickou část rozhovorem s pacientkami. Díky rozhovoru jsem měla možnost pacientky lépe poznat a navázat s nimi důvěrný vztah potřebný k získání důležitých informací.

V této práci jsem si stanovila několik následujících cílů. Zjistit, jak cévní mozková příhoda ovlivnila soběstačnost pacienta, zjistit, jaké jsou pocity pacienta při ztrátě soběstačnosti, dále zjistit, v jaké oblasti sebestačnosti má největší problémy a zjistit, co pacientovi nejvíce pomáhá zvládat ztrátu soběstačnosti. Výsledky cílů uvedu v diskuzi.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

### 1.1 Definice cévní mozkové příhody

*„Podle WHO je cévní mozková příhoda (dále CMP nebo iktus) definována jako rychle se rozvíjející klinické symptomy a/nebo fokální příznaky a náhlé globální poškození mozkové funkce se symptomy trvajících více než 24 hodin po vyloučení jiné příčiny než cévní.“ (1, s. 546)*

Jak v rozvojových, tak i v rozvinutých zemích jsou cévní mozkové příhody druhou nejčastější příčinou úmrtí a světová zdravotnická organizace (WHO) odhaduje, že i v roce 2020 tomu tak bude. Celosvětově jsou mrtvice odpovědné za více než 5 milionů úmrtí ročně, to představuje kolem 10% všech úmrtí a počet nových případů (incidence) je odhadovaný okolo 250-300/100 tisíc obyvatel/rok. (7, s. 124)

Ve vyspělých zemích patří k nejčastějším příčinám mortality, morbidity, ale také dlouhodobé invalidity, vyžadující dlouhodobou ošetrovatelskou péči má až 30% všech pacientů s následky, soběstačných pacientů s minimálním nebo žádným deficitem neurologickým je pouze 30%. (3, s. 246)

Cévní mozková příhoda je v posledních letech vnímána více jako urgentní stav. Efekt akutní, následné a rehabilitační péče na specializovaných iktových jednotkách, a také efekt terapie revaskularizační byl prokázán u ischemických cévních mozkových příhod, to posunulo terapii CMP dřívější doby, kdy mozková mrtvice byla diagnostikována, ale pacient nebyl následně intenzivně léčen, na rozdíl od současného stavu, kdy lze pacientovi poskytnout nejmodernější terapii. Často však nemůže být podána nejmodernější revaskularizační léčba pacientům s akutní cévní mozkovou příhodou jen, protože se nedostanou včas do nemocnice, a to bývá hlavním problémem. (4, s. 9)

V Evropě je kladen velký důraz na edukaci obyvatelstva a na zvyšování odborných znalostí u zdravotnických pracovníků o této problematice, kdy je cílem, aby zdravotníci i laická veřejnost byli dostatečně informováni o příznacích možného iktu, kdy musí jednat urgentně, neboť člověk s iktem potřebuje být dopraven do nemocnice co nejdříve. (1, s. 543)

## 1.2 Cévy mozku a míchy

Průtok krve mozkiem je velmi důležitý, neboť nervová tkáň je velmi citlivá na jakoukoliv změnu či poruchu v přívodu krve do mozku (viz. příloha č. 1). Zásobení do mozku zajišťují vnitřní krkavice (aa. carotides internae) a páteřní tepny (aa. vertebrales), ty se na ventrální ploše Varolova mostu spojí v jedinou bazilární tepnu (a. basilaris). AA. carotides internae se propojí spojkami s a. basilaris a utvoří tepenný okruh (circulares arteriosus, Willisův okruh) na a. cerebri media a a. cerebri posteriori. Do páteřního kanálu se krev dostává tepnami vedoucími podél míšních kořenů a z a. vertebralis v oblasti krku. Do žilních nitrolebních splavů (sinus durae matris) odtéká z mozku žilní krev, z nich poté do vnitřních hrdelních žil (venae jugulares internae). (5, s. 105)

## 2 KLASIFIKACE CMP

Cévní mozkové příhody jsou děleny z 80% na akutní ischemické příhody a z 20% na příhody hemoragické (subarachnoidální krvácení, mozková hemoragie a arteriovenózní malformace). (6, s. 190)

### 2.1 Cévní mozková příhoda ischemická

K cévní mozkové příhodě ischemické dochází tehdy, není-li určitá oblast mozku dostatečně zásobena krví na dostatečně dlouhou dobu. (11, s. 131)

#### 2.1.1 Patogeneze

Ke své normální funkci potřebuje mozková tkáň nepřetržitě dodávat kyslík a glukózu, nezbytnou pro oxidyvativní metabolické pochody v neuronech. Mozek u dospělého člověka vyžaduje přítok přibližně 750ml krve/min celkově. V šedé hmotě mozkové je normální průtok asi 60 ml krve na 100g tkáně/min a v bílé hmotě mozkové kolem 20 ml krve/100g tkáně/min. Projevy ischemie, tedy sníženého prokrvení tkáně, nastávají při poklesu průtoku na hodnoty okolo 20 ml/100g/min, kdy dochází k přechodnému omezení funkce neuronů. K nevratným změnám struktury gliových buněk a neuronů dochází při poklesu krevního průtoku pod 10ml/100g/min. Počáteční změnou je poškození mitochondriální membrány v ischemickém neuronu vedoucí k zástavě metabolismu neuronu, ztrátě napětí membrány a zániku buňky.

Dojde-li k úplnému zastavení zásobení krve do mozku, nastane do 3-5 sekund bezvědomí, funkce neuronů ustává po 1 minutě a nevratný proces, který končí strukturálním zničením tkáně mozkové, se rozvíjí po 3 až 5 minutách. Při místní ischemii (fokální, ložiskové) dochází k nevratným změnám pomaleji (během 6-12 hodin) především v okolí postižené tkáně, tedy v oblasti tzv. ischemického polostínu. Krom toho se v tkáňovém metabolismu rozvíjí laktátová acidóza, převažuje v něm anaerobní glykolýza a dochází k poruše hematoencefalické bariéry, což vede k dalším patologickým změnám. (11, s. 130-131)

### **2.1.2 Klasifikace**

Podle různých hledisek můžeme cévní mozkové příhody ischemické klasifikovat na mozkové příhody tranzitorní, reverzibilní, dokončené a progredující (dle průběhu iktu), malý iktus, velký iktus, lokální postižení mozku, globální postižení mozku (dle rozsahu ischemické léze), ischemický iktus karotického povodí, ischemický iktus vertebrobaziliárního povodí (dle lokalizace uzavřené tepny) a podle příčiny iktu dělíme ischemické CMP na onemocnění velkých tepen, onemocnění malých tepen, embolizace ze srdce a ostatní blíže neurčené případy.

Tranzitorní mozková příhoda (tranzitorní ischemická ataka, TIA) je přechodný stav způsobený uzávěrem tepny, kdy neurologické příznaky trvají pouze po dobu uzávěru, v řádu několika sekund, minut až hodin, kompletně odeznívající nejpozději do 24 hodin. Díky rychlému spontánnímu odeznění nedochází k patologickým morfologickým změnám, které by byly viditelné pomocí zobrazovacích metod. I přes takto příznivý průběh bychom neměli situaci podceňovat a vždy TIA považovat za vysoce varovný signál závažné poruchy mozkové perfuze, vyžadující urgentní diagnostické vyšetření.

Reverzibilní mozková příhoda (reverzibilní ischemický neurologický deficit, RIND) je již zobrazovacími metodami prokazatelná. Náhle vzniklá klinická symptomatologie obvykle do 14 dnů odezní, někdy zůstává drobné funkční poškození.

Dokončená mozková příhoda je charakteristická náhle vzniklými závažnými klinickými symptomy a trvalým funkčním poškozením.

Progredující mozková příhoda je méně častá a objevují se postupné progrese klinických příznaků.

Malý iktus má jen lehkou klinickou symptomatologii, která buď to úplně, nebo téměř úplně odezní. TIA a RIND jsou řazeny do této kategorie.

Velký iktus je charakterizován jako závažný iktus s přetrvávající a těžkou klinickou symptomatologií. Většina dokončených iktů, někdy i konečné fáze progredujícího iktu patří do této skupiny. Maligní iktus, v povodí střední mozkové tepny, postihující celé její řečiště, je nejzávažnějším typem.

Lokální postižení mozku je ložisková ischemie příslušné mozkové tepny v jejím teritoriu.

Globální postižení mozku je ischemické nebo difuzní hypoxické postižení celého mozku.

Karotické povodí je místem časté lokalizace ischemických iktů, zatímco vertebrobazilární povodí je méně časté. (2, s. 161)

### **2.1.3 Etiologie**

Pacienti s různou etiologií mají odlišnou prognózu, a proto je stanovení etiologie důležité. Ischemické cévní mozkové příhody jsou podle příčiny klasifikovány do pěti kategorií na aterosklerózu velkých tepen, kardioembolické příčiny, lakunární příčiny, jiné a neznámé příčiny.

U aterosklerotických velkých tepen je příčina dána hlavně zúžením či uzávěrem symptomatické mozkové tepny. Tepny v oblasti krku bývají postiženy nejčastěji. Přítomnost rizikových faktorů aterosklerózy (např. arteriální hypertenze, hypercholesterolemie, cukrovka, obezita, kouření, alkoholismus a jiné), slouží jako pomocné kritérium pro stanovení aterosklerotické příčiny v případě, když tepna není postižena. K nejčastějším kardioembolickým příčinám patří fibrilace síní, chlopenní vady, náhrady chlopní, recentní infarkt myokardu trvající déle, než 4 týdny, myxom síně a další.

U lakunárních příčin, v důsledku uzávěru perforátorů odstupujících z tepen Willisova okruhu a zásobujících hluboké mozkové struktury, vznikají infarkty do velikosti 15 mm. Podobně jako u aterosklerotického postižení je příčinou postižení lakunárních tepen dlouhodobé působení rizikových faktorů, jako jsou arteriální hypertenze, cukrovka, obezita, kouření, atd.

Další příčinou ischemické cévní mozkové příhody může být disekce tepen, neboli natržení stěny tepny, buď spontánně, nejčastěji ale v důsledku traumatu, dále hyperkoagulační stavy nebo záněty stěny tepny. Neznámá příčina je tehdy, pokud nejsou přítomny žádné rizikové faktory a nedaří-li se zjistit žádnou příčinu. (7, s. 126)

#### 2.1.4 Klinické příznaky

U ischemických cévních mozkových příhod je klinický obraz různý v závislosti na jejich rozsahu, lokalizaci, rychlosti vzniku, také na kompenzačních mechanismech mikro i makro cirkulace, preventivní léčbě, celkovém zdravotním stavu pacienta a záleží také na urgentní terapii. (2, s. 161)

Porucha hybnosti je nejčastějším projevem ICMP, může pacienta zasáhnout v různém stupni, buď jako paréza, tedy oslabení svalové síly, nebo jako plegie (totální paréza, paralýza), což je označení pro úplné ochrnutí. Existuje i situace, kdy má pacient pouze poruchu jemných pohybů při zachované svalové síle.

Typickým nálezem u ischemických cévních mozkových příhod je zhoršení hybnosti končetin na jedné polovině těla, neboli hemiparéza, hemiplegie. Ochrnutí končetin je přítomno na stejné straně, jako léze motorických mozkových nervů, vždy kontralaterálně vzhledem k lokalizaci infarktu, a to v případě hemisferálních iktů. Ochrnutí bývá výraznější na horní končetině, je-li postiženo řečiště a. cerebri media a na dolní končetině, při postižení a. cerebri anterior. Monoparéza, monoplegie je postižení hybnosti pouze na jedné končetině. U kmenové lokalizace CMP se nachází tzv. zkřížená hemiparéza, kdy se ochrnutí končetin nachází na opačné straně, než je strana léze. S ochrnutím tří (triparéze, triplegie) nebo čtyř (kvadruparéza, kvadruplegie) končetin se můžeme setkat v případě kmenových lézí, ale i při kombinaci postižení obou hemisfér.

Porucha citlivosti se u pacientů objevuje, buď snížením (hypestezie), nebo úplným vyhasnutím (anestezie) citu. Někteří pacienti mohou pociťovat spontánně přítomnost brnění a mravenčení (parestezie) a jiní jsou zasaženi změnou vnímání kvality cití (dystezie). Někdy je zachováno pouze hluboké cití a porušeno povrchní nebo i naopak. (4, s. 24)

U problematik poruch zraku musíme rozlišit především výpadek poloviny zorného pole a poruchu zraku přítomnou na jednom oku, která může být i prchavá, tzv. amaurosis fugax, způsobená stenózou arteriae cerebri internaie nebo i embolizací do a. ophtalmica původu arteriálního, ale i kardiálního. I přesto, že ve skutečnosti se nejedná o mozkovou ischemii, má pro nás velmi důležitý význam, protože nás může upozornit na cévní postižení, které může v budoucnu vyvolat tranzitorní ischemickou ataku nebo ICMP. Hemianopsií se označuje výpadek poloviny zorného pole. U CMP, které postihují další části mozku (okcipitální lalok), kde je zrakový trakt, dochází k postižení kontralaterální poloviny zorného pole, situaci označujeme jako homonymní hemianopsie.



U poruch vyšší nervové činnosti se můžeme setkat s poruchami prostorové orientace, vnímáním části vlastního těla (asomatognozie) nebo jejich postižení chorobou (anozognozie), s poruchami schopnosti vykonávat složitější a účelové pohyby (dyspraxie, apraxie), ale také se známějšími, jako jsou poruchy řeči (fatické poruchy), psaní (dysgrafie, agrafie), čtení (dyslexie, alexie) nebo počítání (dyskalkulie, akalkulie). Lehčí porucha řeči je označována jako dysfázie a těžší jako afázie. I přesto, že je problematika fatických poruch velmi komplikovaná, můžeme rozlišovat poruchu tvorby řeči, poruchu porozumění a kompletní, neboli globální afázii, u které musíme dávat pozor, protože ji lze zaměnit s poruchou vědomí.

Pacienti s mozečkovými a vestibulárními poruchami trpí poruchami koordinace hybnosti končetin i trupu, nesystematickými závratěmi s vegetativním doprovodem, nauzeou (nevolností) a objevuje se u nich i zvracení.

V případě extrapyramidové poruchy mohou u pacienta nastat mimovolní prudké pohyby postihující jednu polovinu těla či jednu končetinu (hemibalismus). Pacienti mají snížené napětí svalů (hypotonie) a extrémně zvýšenou mimovolní pohyblivost (hyperkinéza) charakteru vrhání a házení.

Do kmenových poruch patří již zmínění zkřížené hemiparézy a hemiplegie, ale také řada poruch mozkových nervů, jejichž léze mohou vyvolat např. poruchy oko-hybné, dysfagii, poruchy artikulace, buď částečnou (dysartrie) nebo kompletní (anartrie). U kompletní poruchy artikulace musíme dát pozor na možnou záměnu s poruchou fatickou. Bohužel kmenové poruchy se projevují i dysfunkcemi v dýchání a oběhu a tím ohrožují pacienta na životě. (4, s. 25)

Dalším klinickým příznakem ICMP je porucha vědomí (kvalitativní či kvantitativní). U kvantitativních poruch rozeznáváme somnolenci, kdy se pacient po oslovení probouzí, sopor, kdy pacienta probudíme taktilními podněty a kóma, kdy pacient nereaguje vůbec nebo reaguje na algické podněty. Glasgow coma scale (GCS) slouží ke kvantifikaci poruch vědomí, přičemž 8 bodů z celkového maxima 15 bodů, tvoří hranici mezi těžkými a lehčími poruchami. Ale musíme počítat i s určitou nepřesností při užití GCS u iktů, danou ložiskovými příznaky CMP. Stav zmatenosti (amentní stavy), derilium, halucinace nebo mráкотný stav (obnubilace) patří mezi kvalitativní poruchy vědomí.

Cefaleu najdeme např. u infarktů mozečku, což je cefalea v okcipitální lokalizaci, také u ICMP embolické příčiny, dále se projevuje zvýšením intrakraniálního tlaku (zpravidla u ischemického iktu, který je vyvolaný edémem a maximální bolest je vleže).

Nevolnost a zvracení se nejčastěji objevují při postižení vertebrobasilární oblasti, nicméně mohou doprovázet ICMP různé lokalizace. Zvracení provází akutní nebo výraznější zvýšení nitrolebního tlaku u intrakraniální hypertenze. (4, s. 26)

### **2.1.5 Diagnostika**

Pro stanovení diagnostiky ICMP a vyloučení jiných příčin akutní neurologické symptomatologie je důležitý podrobný rozbor anamnestických údajů a klinického obrazu onemocnění s posouzením nálezů urgentně provedených instrumentálních a laboratorních vyšetření.

Zda se jedná o příhodu ischemickou či hemoragickou spolehlivě stanoví až výsledky zobrazovacích metod. Pacienti s ICMP standardně podstupují i vyšetření kardiologické. Pro svoji snadnou dostupnost a diagnostickou výtěžnost je považována za metodu volby v diagnostice CMP výpočetní tomografie, neboli CT, tedy anglická zkratka pro komputer tomography.

CT má velký význam, neboť dokáže přesně rozlišit ischemii od hemoragie, zobrazit charakter a rozsah sekundárních změn mozku, samotné ischemické léze, zhodnotit rizika terapie, ale také stanovit prognózy iktu. Jelikož se ale prokazatelné strukturální změny malatického ložiska vyvíjejí obvykle postupně v řádu několika hodin, někdy až několika dní, proto je CT nález prováděný časně po vzniku ICMP většinou negativní. Díky spirálním CT přístrojům lze nahradit invazivní angiografické vyšetření, neboť i při vyšetření CT přístroji se zobrazí cévní řečiště po intravenózním podání kontrastní látky. Dnes můžeme pomocí CT hodnotit i mozkovou perfuzi (perfuzní CT).

Mezi velmi přínosné zobrazovací metody patří i magnetická rezonance (magnetic resonance imaging, MR), která je dnes nejcennější pro diagnostiku ischemických lézí mozku. Podobně jako perfuzní CT, umožní multimodální MRI vyšetření průkaz a vzájemné posouzení poruchy perfuze a difuze, časně zjištění malacie, což je důležitý krok k způsobu vedení terapie. Rezonanční angiografie (MRA) má oproti CTA výhodu v tom, že je vhodná pro nemocné s alergií na jod, neboť vyšetření lze provést i bez podání kontrastní látky. Regionální i celkové metabolické změny vznikající v důsledku hypoxie mozku hodnotí rezonanční spektroskopie. Ischemickou lézi mozku posoudí přesněji, než CT vyšetření, vyšetření MR, ta je bohužel vyhrazena jen pro některá klinická centra kvůli své větší finanční náročnosti, obtížné dostupnosti a kontraindikacím vyšetření.

Digitální substrakční angiografie (DSA) zobrazí cévní řečiště nejpřesněji, ale invazivní metodou. Vyšetření umožní, díky počítačovému zpracování angiografického

nálezu, detailní morfologické zobrazení cévního řečiště s průkazem okluzí, stenóz, aneuryzmat, cévních spazmů a jiných cévních anomálií, navíc má velký význam při endovaskulárních a angiochirurgických intervencích.

Sonografické vyšetření dopplerovskými průtokoměry slouží k hodnocení vydatnosti, rychlosti a směru krevního proudu, a tím stupně okluze/stenózy vyšetřované cévy intrakraniálně v hlavních cévních kmenech a magistrálních přívodných mozkových tepen v extrakraniálním úseku. Sonografické vyšetření dopplerovskými průtokoměry je bezpečné, rychlé a dá se snadno opakovat. Duplexní sonografie, nejen, že barevně zobrazuje průtokové rychlosti, ale má význam hlavně pro posouzení charakteru aterosklerotického plátu, tím i stupně jeho rizika, neboť poskytuje důležité informace o struktuře cévní stěny.

Stanovit smrt mozku, monitorovat embolizaci do mozkových tepen i stanovit funkční kapacitu intrakraniálních cév (cerebrovaskulární rezerva) lze rovněž pomocí ultrazvuku. Pomocí ultrazvuku lze také navodit destrukci trombu (sonotripse), čehož se využívá k sonotrombolýze, tedy k potencování trombolýzy. Intravaskulárně se může zavést ultrazvuková sonda k přesnějšímu měření.

Důležité informace o anatomických, funkčních i hemodynamických poměrech v oblasti srdce a aorty přináší informace transtorakální, hlavně transezofageální echokardiografie, to má velký význam pro stanovení rizika kardioembolismu.

Nukleární metody hodnotí detekcí izotopů podaných před vyšetřením intravenózně především regionální i celkovou mozkovou perfuzi. V klinické praxi a v hodnocení perfuzní cerebrovaskulární rezervy mozku má své uplatnění metoda SPECT (single-photon emission computerized tomography, jednofotonová emisní tomografie), která užívá lipofilní indikátory značené techniciem. Pomocí metody PET (pozitron emission tomography, pozitronová emisní tomografie) můžeme sledovat metabolické změny v mozku, u CMP především kyslíkovou spotřebu a metabolismus glukózy, také nám poskytuje zobrazení mozkové perfuze pomocí značených izotopů, ale v rutinní praxi je tato metoda zatím jen minimálně dostupná.

Ostatní diagnostické metody, informace o aterosklerotických změnách oční tepny, o projevech arteriální či nitrolební hypertenze nebo o poruchách perimetru nám může poskytnout oční vyšetření a vyšetření EEG má zase význam pro detekci rozvoje epileptogenního ložiska v následném období. (2, s. 162-165)

## 2.1.6 Léčba

Léčba CMP je specifická a nespecifická, tedy podpůrná či obecná, která je rozdělena podle jednotlivých typů CMP (intracerebrální krvácení, mozkový infarkt, atd.) (7, s. 132)

Iktus je považován za emergentní stav, a proto pacient s akutní ICMP vyžaduje urgentní hospitalizaci na JIP iktové jednotky, kde mu poskytnou adekvátní specifickou terapii, kontinuálně monitorují vitální funkce a pečlivě hodnotí jeho aktuální neurologický stav. V roce 2010 vznikla, iniciativou Ministerstva zdravotnictví České republiky, síť komplexních cerebrovaskulárních a iktových center, jejichž cílem je poskytnout adekvátní péči pacientům s akutním iktem.

Přednemocniční péče by měla být řízená tak, aby byl pacient směřován rovnou do komplexního centra, a to se symptomy trvajících méně, než 8 hodin. Komplexní centrum disponuje všemi dostupnými metodami léčby akutního iktu, a to může významně ovlivnit výsledný klinický stav pacienta.

### 2.1.6.1 Nespecifická terapie

Nespecifická terapie akutní fáze ischemického iktu zahrnuje léčbu souvisejících komplikací, ty mohou ovlivnit stupeň výsledného neurologického postižení, a také zahrnuje opatření vedoucí ke stabilizaci pacienta. (8, s. 27)

Je nutné monitorovat neurologický stav, krevní tlak (TK), srdeční rytmus, teplotu, saturaci krve kyslíkem.

Důležitá je ventilace a respirace. Oxygenace je indikována u všech pacientů s akutní CMP a oxygenoterapie při saturaci krve kyslíkem pod 95%. Při aplikaci 2-4 litrů kyslíku za minutu se saturace většinou upraví. Pacienti jsou ohroženi rozvojem tracheobronchitidy a aspirační bronchopneumonií, která vznikne v důsledku aspirace, což znamená vdechnutí nějakého předmětu či tekutiny, proto je nutné kontrolovat, zda nemá pacient poruchu polykání (dysfáгии). Důležitá je i toaleta dýchacích cest, někdy s nutným provedením tracheostomie, neboť u pacientů postižených akutním mozkovým infarktem se může rozvinout i hypostatická bronchopneumonie z hromadění hlenů v respiračním traktu v souvislosti s nedostatečným odkašláváním.

Sleduje se i krevní tlak. Nepříznivými prognostickými faktory u pacientů s CMP bývá příliš vysoký nebo příliš nízký TK a u většiny pacientů je v akutní fázi zjištěn vzestup TK nad 160/90 mmHg. TK by se měl snižovat při hodnotách nad 220/120 mmHg, ale mnozí snižují TK již od hodnot 180/110 Torr. U trombolyzovaných pacientů je potřeba

kompenzovat TK rychle, v řádu několika minut, první volbou jsou tedy intravenózní preparáty a hranice pro snížení TK je 185/110 mmHg.

Důležitá je i monitorace srdeční činnosti. Jelikož se často zjišťují srdeční arytmie v akutní fázi CMP, provádí se vstupní 12 svodové EKG pro detekci arytmií a důležitá je i následná kontinuální monitorace alespoň 1svodového EKG po dobu hospitalizace na iktové jednotce.

Ohledně glykémie je důležité vědět, že v akutní fázi CMP je hyperglykémie častá, dokonce i u pacientů, kteří nemají diabetes a je spojena s větším objemem infarktů, a také s horším výsledným stavem. U trombolyzovaných pacientů zvyšuje hyperglykémie riziko krvácení a zároveň snižuje pravděpodobnost dosažení rekanalizace. Glykémie je standardně snižována při hodnotách nad 10 mmol/l.

Monitorace tělesné teploty (TT), zvýšená tělesná teplota zhoršuje výsledný stav pacienta a zvětšuje rozsah mozkové ischémie, proto je indikováno podání paracetamolu a fyzikální chlazení při TT nad 37,5 °C.

Vnitřní prostředí, v prvních 24 hodinách akutní fáze mozkového infarktu jsou doporučovány k doplnění tekutin infúze fyziologického roztoku, nikoli infúze glukózy, které vedou k nežádoucí hyperglykémii. Je nezbytné sledovat bilanci tekutin, vnitřní prostředí, v závažnějších případech i monitorovat centrální žilní tlak pomocí zavedeného centrálního žilního tlaku.

Riziko komplikací snižuje časně (do 24 hodin) zahájená výživa, kdy je preferována enterální před parenterální. Období dysfagie, které se obvykle do týdne upraví, je nutné zvládnout zavedením nazogastrické sondy.

Nepostradatelná je prevence tromboembolické nemoci, a to časnou mobilizací pacienta, používáním kompresních punčoch či bandáží, adekvátní hydratací, podáváním nízkomolekulárního heparinu v profylaktických dávkách, avšak kvůli riziku zvýšeného krvácení je kontraindikován frakciovaný a nefrakciovaný heparin.

Nutná je i kontrola mozkového edému a nitrolební hypertenze, neboť oba jsou hlavní příčinou časné postupně se zhoršující výkonnosti pacienta a jeho smrti, objevuje se obvykle mezi 2. a 5. dnem po vzniku mozkového infarktu. Léčba nitrolební hypertenze je zaměřená především na elevaci horní poloviny těla o 30 stupňů, zajištění adekvátní oxygenace a léčbu bolesti či neklidu a podpůrnou terapii představuje osmoterapie (např. Manitolem). Infratentoriální infarkty (mozečku), které hrozí kompresí kmene mozkového a některé supratentoriální infarkty jsou indikovány k chirurgické dekompresi.

Rehabilitace, logopedie, časná prevence je základním předpokladem prevence nebo léčby komplikací po CMP (např. hluboké žilní trombózy, pneumonie atd.). Intenzita rehabilitace záleží na schopnostech spolupráce s pacientem a je většinou indikována již druhý den po vzniku CMP.

Léčba psychických následků a screening ukazují, že 20-30% pacientů po CMP trpí kognitivními poruchami či depresemi, a to výrazně ovlivňuje kvalitu jejich života. (7, s. 133-135)

### **2.1.6.2 Specifická terapie**

Specifickou terapii lze v tomto případě vysvětlit jako soubor metod, díky kterým se může rychle rekanalizovat akutní uzávěr tepny, která nemůže v důsledku uzávěru zásobovat určitou oblast mozkové tkáně krví a vzniká tak ischemický iktus. Metody se liší bezpečností, efektivitou a také délkou časového intervalu. (8, s. 28)

Rekanalizaci lze provést intravenózní trombolýzou, intraarteriální trombolýzou, endovaskulární mechanickou rekanalizací, kombinovanou intravenózní trombolýzou a intraarteriální trombolýzou a sonotrombolýzou. (3, s. 254-255)

Systémová trombolýza je dosud jedinou standardizovanou specifickou terapií akutní ICMP, jejíž podání zlepšuje výsledný klinický stav a významně snižuje mortalitu. Při systémové neboli intravenózní trombolýze (IVT) se podává intravenózně rekombinační tkáňový aktivátor plasminogenu (rt-PA) a to v dávce 0,9 mg/kg (max. 90mg) s úvodním bolem 10% celkové dávky a následnou 60 minut trvající infúzí zbývající dávky do 4,5 hodin od vzniku symptomů akutního mozkového infarktu. Trombolýza je indikována k podání pacientům se symptomy CMP, jestliže stupeň postižení představuje minimálně 4 body ve škále NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), což je mezinárodně platná škála sloužící ke kvantifikaci tíže neurologického deficitu. Z toho např. vyplývá, že trombolýzou může být léčen i pacient, který má pouhou izolovanou poruchu řeči. Aby mohla být IVT podána, je nutné znát přesnou dobu, kdy symptomy vznikly, v případě není-li nikdo schopen udat přesnou dobu vzniku, považuje se za dobu vzniku okamžik, kdy byl pacient ještě zcela v pořádku. Relativní kontraindikací podání systémové trombolýzy je věk pod 18 let a nad 80 let, a také epileptický záchvat na počátku CMP v případě zobrazení uzávěru mozkové tepny či akutních ischemických změn. Mezi absolutní kontraindikace patří subarachnoidální hematoma, příznaky trvající méně, než 4,5 hodiny, operace CNS v minulosti, organické postižení CNS (aneurysma,

malformace, nádor), prodělané intrakraniální krvácení v minulosti, prokázané krvácení na CT či MRI mozku, má-li pacient i v případě negativního CT mozku klinické příznaky svědčící pro subarachnoidální krvácení a jiné. (8, s. 28-30)

Intraarteriální trombolýza (IAT) představuje výkon, při kterém se do uzávěru mozkové tepny podají endovaskulárně trombolytika pomocí mikrokatétu. V počtu dosažených rekanalizací arteria cerebri media je intraarteriální trombolýza účinnější, než systémová trombolýza. Tato terapie má nevýhodu vyššího rizika vzniku symptomatického intracerebrálního krvácení po trombolýze, což vede k zhoršení klinického stavu pacienta a k vyšší mortalitě, ale také je nutnost trvalé dostupnosti speciálního zkušeného neurointervenčního týmu. (8, s. 30)

Indikací pro provedení IAT je uzávěr arteria cerebri media do 6 hodin od vzniku iktu a uzávěr a. basilaris u vybraných pacientů i po 4,5 hodině. Existuje i tzv. kombinovaná trombolýza, což je kombinované intravenózní a intraarteriální podání rt-PA při uzávěru mozkové tepny (arteria cerebri media, arteria basilaris a distální část arteria karotis interna). (8, s. 31)

Dalšími rekanalizačními metodami léčby akutního iktu je perkutánní transluminární angioplastika (PTA) s implementací stentu. Tato metoda se používá nejčastěji v případě okluze arteria karotis interna, arteria cerebri media či arteria basilaris v akutní fázi ischemického iktu. Výhodou PTA je efektivita v řešení uzávěrů a vysoká úspěšnost rekanalizací. Nevýhodou je možné riziko poranění stěny tepny při PTA a další nevýhoda, která je v rámci akutního výkonu problematická je potřeba alespoň minimální antiagregační přípravy před zavedením stentu. Během mechanické extrakce trombu (trombektomie) dochází k endovaskulární mechanické extrakci, tedy odstranění trombu, který uzavírá mozkovou tepnu. (8, s. 32)

Rozrušení a kavitace trombu se současnou aktivací fibrinolytického systému je předpokládaným mechanismem působení ultrazvukového vlnění (sonotrombolýza, sonotrombotripse). Na některých pracovištích je v případě vzniku ischemického iktu na podkladě akutní okluze extrakraniálního úseku vnitřní krkavice, prováděna z důvodu velmi nízké efektivity standardní intravenózní trombolýzy, urgentní chirurgická dezobliterace, tedy chirurgické odstranění krevní sraženiny z karotické tepny. (8, s. 34)

Univerzální časnou preventivní léčbou, která je zaměřená na snížení rizika recidivy iktu, je antiagregační terapie kyselinou acetylsalicylovou. Antiagregační terapii podáváme v akutní fázi iktu již od prvního dne. Výjimkou je zahájení léčby u pacientů léčených trombolýzou, a to s 24hodinovým zpožděním, kvůli zvýšenému riziku krvácení.

Léčba antikoagulační je již v akutní fázi iktu indikována u pacientů se závažnými trombofilními stavy nebo v případě, kdy je direkce tepny příčinou iktu. Nejčastěji jsou indikovány hepariny nízkomolekulární v terapeutických dávkách, v preventivních dávkách je použití běžné, jako součást prevence hluboké žilní trombózy. Důležitá je i léčba a prevence sekundárního postižení mozku, kdy zpomalení a potlačení progresu ischemického postižení mozku je hlavním cílem této léčby. Léčba antidematózní řeší potlačení rozvoje doprovodného mozkového edému, v jehož důsledku narůstá nitrolební hypertenze. (2, s. 165 -166)

## **2.2 Cévní mozkové příhody hemoragické**

Hemoragické cévní mozkové příhody se dělí na intracerebrální krvácení a subarachnoidální krvácení.

### **2.2.1 Intracerebrální krvácení**

Intracerebrální krvácení (ICH) neboli mozková hemoragie, tedy krvácení do mozkového parenchymu, je podtypem hemoragické CMP a má ze všech podtypů CMP nejvyšší pětiletou mortalitu. (3, s. 275)

#### **2.2.1.1 Patogeneze**

Rozhodující úlohu v patogenezi hrají faktory anatomické se spoluúčastí faktorů hemodynamických. (2, s. 167)

#### **2.2.1.2 Klasifikace**

Intracerebrální krvácení je rozděleno na typické a lobární krvácení. Typická krvácení tvoří 80% intracerebrálních krvácení a postihují centrální oblasti mozkových hemisfér častěji, než mozeček či mozkový kmen. Arteriální hypertenze hraje významnou roli v etiopatogenezi. Lobární krvácení neboli atypická či globózní jsou způsobena v mladším věku obvykle rupturou cévní anomálie, nejčastěji kavernózního angiomu a amyloidní angiopatií ve vyšším věku. Lobární krvácení tvoří 20% intracerebrálních hemoragií a jsou lokalizovaná více povrchně. (2, s. 167)

#### **2.2.1.3 Etiologie**

Při hledání příčin intracerebrálního krvácení je nutné znát, kde došlo ke krvácení, zda jde o poruchu srážlivosti nebo je příčina v nějakém bezprostředním vyvolávajícím momentu krvácení. Správně určená příčina pomůže ve stanovení správné akutní léčby či prognózy pacienta. (3, s. 276)



Nejčastější příčinou mozkové hemoragie je vysoký krevní tlak, dále v 30% aneurysma, krevní choroby, antikoagulační léčba, vaskulitidy, arterio-venózní malformace, kongofilní angiopatie, abusus drog a jiné. (2, s. 197)

Prosáknutím cévní stěny některé z mozkových arterií, vzácněji venózního původu, vzniká krvácení do mozkové tkáně. Rozhodující úlohu v patogenezi hrají faktory anatomické a hemodynamické.

V důsledku anatomických faktorů dochází k lokálnímu postižení stěny cévy, která má menší odolnost k intraarteriálnímu tlaku a může tedy následně dojít k její ruptuře. Nejčastější příčinou je postižení drobných centrálních perforujících tepen aterosklerózou, fibrinoidní nekrózou či lipohyalinózou, jedná se o tzv. small vessel disease komplex, jehož důsledkem vznikají drobná aneuryzmata, která jsou až v 75% příčinou intracerebrálních hemoragií, v případě její ruptury. Další příčinou ruptury cévní stěny, která je typická u pacientů ve vyšším věku je amyloidní angiopatie, tedy ukládání amyloidu do svaloviny cévní stěny. Cévní anomálie krvácí častěji u mladších jedinců.

Dalšími zdroji intracerebrálního krvácení mohou být např. arteriovenózní malformace, kavernózní angiomy (kavernomy), venózní angiomy, atypická drenáž určité oblasti mozku a jiné malformace. K intracerebrálnímu krvácení může dojít i v důsledku trombózy intrakraniálních žil a splavů.

Nejzávažnějším hemodynamickým faktorem mozkové hemoragie je dlouhodobé, ale i krátkodobé zvýšení TK, neboť při arteriální hypertenzi může dojít k ruptuře cévní stěny snadněji.

Na vzniku intracerebrálního krvácení se podílejí i faktory hemokoagulační, kam patří poruchy srážení krve, které vznikají častěji jako iatrogenní poškození související s antikoagulační a trombolytickou terapií či důsledkem hematologického onemocnění. Jelikož je mozková tkáň při ruptuře cévní stěny postižena samotným krvácením, poruchou lokálního krvácení a toxickým působením rozpadových produktů koagula (železo, trombin), dochází k rozvoji mozkového edému a nitrolební hypertenze. (2, s. 167)

#### **2.2.1.4 Klinické příznaky**

Příznaky u intracerebrálního krvácení jsou děleny na celkové a fokální. Do celkových příznaků, kdy prudce stoupá nitrolební tlak, patří porucha vědomí, cefalea, zvracení. Fokální příznaky jsou děleny podle uložení hemoragie v CNS, supratentoriálně, v mozečku a v pontu.

Supratentoriálně uložená hemoragie v CNS má příznaky typu hemiparézy (ochrnutí

jedné poloviny těla), hemihypestézie, hemianopie.

V případě výskytu hemoragie v mozečku se objevují klinické příznaky mozečkové a kmenové, jako jsou ataxie (nesouměrnost pohybů a jejich špatná koordinace), dysartrie (narušená schopnost artikulace), vertigo (závrať), nystagmus (mimovolní rytmický, rychlý pohyb očí), také dochází k rozvoji hydrocefalu z obstrukce likvorových cest a nárůstu nitrolebního tlaku.

Při výskytu hemoragie v pontu se objevují příznaky kvadruplegie (úplné ochrnutí všech čtyř končetin), vyšší teplota, okohybné poruchy, úzké zornice a poruchy dechu. Pacient může rychle ztratit vědomí v případě intraventrikulárního provalení krvácení. Meningeální syndrom je způsoben krví uloženou subarachnoidálně. (6, s. 197)

### **2.2.1.5 Diagnostika**

Součástí diagnostiky intracerebrální hemoragie jsou vhodné anamnestické dotazy, neboli co je třeba zjistit pro další léčbu. Dotazy jsou směřovány převážně na přítomnost prodělaného krvácení, buď intrakraniálního, ale i jiné lokalizace, na přítomnost hypertenze, a to hlavně neléčené či špatně korigované. Dále jsou dotazy zaměřeny na nádorová onemocnění, hlavně na ta s potenciálem metastatickým a na přítomnost koagulopatie, hlavně primárního deficitu některého z faktorů nebo trombocytopenie, tedy sníženého množství krevních destiček.

U intracerebrálního krvácení se také provádí laboratorní vyšetření, kdy se vyšetřují základní parametry a důležité je vyšetření koagulace, neboli srážení krve (APTT, trombocyty, Quick).

CT mozku je standardem pro diagnózu mozkové hemoragie, neboť dokáže určit umístění a velikost hematomu, provalení krvácení do komor a omezeně i příčinu krvácení, kdy odhaluje příčiny sekundárních intracerebrálních hemoragií. Kontrolní CT se indikuje při překladi pacienta z jiné nemocnice, po 24 hodinách od přijetí a při významném zhoršení klinického stavu. CT angiografie (CTA) a CT s kontrastem se používají hlavně, protože lépe rozpoznají příčinu sekundárních intracerebrálních hemoragií (např. vaskulární malformace, tumor) a další plus je ten, že vyhledáváním tekutiny, která unikla mimo cévní řečiště do okolní tkáně, kontrastní látkou uvnitř hematomu pomáhá přijít na hrozící časnou progresi krvácení, a tím i zhoršenou prognózu pacienta.

Magnetická rezonance (MR) nám umožňuje sledovat vývoj obrazu krvácení a vyloučit sekundární příčiny, jako jsou arterio-venózní malformace, ischemie, kavernom nebo tumor.

Vyšetření cév mozku se indikuje u pacientů, kteří krváčí a jsou mladší 45 let bez anamnézy chronické hypertenze, a také v případech, že umístěný hematom není v typické lokalitě pro krvácení hypertenzní. (3, s. 280-284)

#### **2.2.1.6 Léčba**

Vlastní terapie intracerebrálního krvácení je individuální podle příčiny, rozsahu, lokalizace hemoragie a je cílena na celkovou intenzivní léčbu, léčbu a prevenci sekundárního postižení mozku včetně chirurgické léčby, léčbu zaměřenou k potlačení progresu krvácení a další terapeutické postupy. Nedílnou součástí celkové intenzivní léčby intracerebrálního krvácení je psychoterapie a intenzivní rehabilitace. (2, s. 169)

Při intracerebrálním krvácení je důležité udělat terapeutická opatření, jakou jsou, snížení TK při hodnotách 170/90 mmHg, zahájit co nejdříve léčbu na jednotce intenzivní péče (nejvhodnější je hospitalizace v iktovém centru), včasné intubovat při rychle pokračujícím zastření vědomí, čerstvým koncentrátem plazmy korigovat poruchy srážlivosti, ale také provést operativní řešení u aneurysmat či angiomu. (9, s. 287)

U pacientů s krvácením do mozečku, kde hrozí komprese mozkového kmene, je nutné zajistit chirurgickou evakuaci hematomu, která může být dále zvážena, je-li krvácení lokalizováno lobárně blízko povrchu mozku, méně, jak 1cm a u pacientů s rozvojem hydrocefalu, zavést nitrokomorovou drenáž. (7, s. 136)

#### **2.2.2 Subarachnoidální krvácení**

Krvácivou cévní mozkovou příhodou je subarachnoidální krvácení (SAK), kdy je přítomen abnormální výron krve mezi paji mater a arachnoideou, což jsou mozkové obaly. Neúrazové subarachnoidální krvácení je nejčastěji způsobeno rupturou aneurysmatu, která může být kromě SAK provázena také subdurálním (SDH), intraventrikulárním (IVH) nebo intracerebrálním (ICH) krvácením. (3, s. 291)

Podle epidemiologických studií z různých oblastí světa se mortalita SAK pohybuje okolo 25% až 40% a 5-10% pacientů umírá ještě před dosažením nemocniční péče, neboť u nich krvácení vedlo k masivnímu hydrocefalu, k akutnímu dechovému selhání s edémem plic či k akutní intrakraniální hypertenzi. (24, s. 194)

V predilekčních místech oslabení cévní stěny arterií obvykle při jejich větvení se v průběhu života pozvolna vyvíjí aneurysma, tedy tepenná výduť. Ve Willisově okruhu v oblasti vnitřní krkavice, arteria cerebri anterior a přední komunikanty se nachází kolem až 70% všech aneurysmat. Na vakovitém aneurysmatu rozlišujeme krček, kterým vak

komunikuje s arterií a vak tvořený stěnou, kde dochází k ruptuře. Ve stěně vaku se mohou objevit kalcifikace a samotný vak může být vyplněn krví nebo může být plně či částečně trombotizován. Více krvácí menší aneurysma, a to i opakovaně, kdy je nejčastěji recidiva v prvních 24 hodinách od subarachnoidálního krvácení, každé další nastávající krvácení je nebezpečnější a závažnější. Spazmy, které neinvazně monitoruje transkraniální vyšetření Dopplerem, jejichž přítomnost vylučuje operaci, závažně komplikují průběh SAK od přibližně 4. dne do konce 3. týdne. Nitrolební hypertenzi zhoršuje více krve intrakraniálně. Jestliže tryská krev z vaku proti mozkové tkáni, vytvoří se v této lokalizaci hematom a krev tak může proniknout i do mozkových komor. (6, s. 199)

Subarachnoidální krvácení se podle Hunta-Hesse dělí do pěti stupňů. V 1. st. je lehký meningeální syndrom bez ložiskového nálezu, 2. st. výraznější meningeální syndrom bez ložiskového nálezu, ve 3. st. je lehká porucha vědomí, malý až střední deficit, 4. st. obsahuje těžký deficit se střední až těžkou poruchou vědomí a 5. st. zaujímá komatózní stav s projevy decerebrační rigidity.

Mimo již zmíněné ruptury aneuryzmatu, mohou být příčinou spontánních SAK také krvácivé choroby či primární vaskulopatie, ruptury arteriovenózních malformací, někdy i pouhá hypertenze.

Jako klinický příznak se může objevit různě hluboká porucha vědomí, avšak typickým příznakem SAK je náhle vzniklá silná bolest hlavy, většinou spojená se zvracením.

V prvé řadě se diagnóza stanoví vyšetřením CT a při podezření na SAK je nutné provést vyšetření likvoru, ale také vyšetření očního pozadí. Angiografii, k eventuálnímu průkazu aneurysmatu, je nutné provést vždy při potvrzení SAK.

Léčba spočívá v absolutním klidu na lůžku, tlumení zvracení, tlumení bolestí hlavy a úprava eventuální hypertenze. Péče o vyměšování a prevence zácpy je též velmi důležitou součástí akutní léčby. Operace je indikována při zjištění aneurysmatu. (10, s. 178-181)

### **2.3 Trombóza mozkových žil a splavů**

Patří k méně častým CMP. V případě postižení žilního odtoku se městná krev v postižené oblasti, vzniká edém a může dojít i k prokrvácení tkáně. Jsou-li uzavřeny drobnější žíly, objevují se ložiskové příznaky, jako jsou poruchy hybnosti a citivosti, nebo parciální epileptické záchvaty.

Místní i závažné celkové příznaky, tedy poruchy vědomí, křeče, jsou způsobeny uzávěry větších žilních splavů. Sekundární trombózy jsou častější, dochází k nim při zánětlivém procesu, který se šíří z tkání hlavy či obličeje (tromboflebitidy) a jsou spojeny s příznaky celkové infekce. Jedná se o závažné onemocnění s bolestí za okem, exoftalmem, otokem víček, také s ochrnutím okohybných svalů a septickými teplotami.

Avšak trombózy mozkových žil a splavů se vyskytují i u pacientů s nádorovým postižením, podvýživou, hematologickými poruchami, ale také v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce, s těhotenstvím či obdobím po porodu. Septické trombózy jsou léčeny podáváním antibiotik a antikoagulační léčba bývá nastolena v případě nezánettivých trombóz. (11, s. 140-141)

### **3 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD**

#### **3.1 Rizikové faktory**

Rizikové faktory u CMP jsou ovlivnitelné, ty mohou být regulovány či zcela eliminovány, buď nemedicínskými prostředky (změna životního stylu) nebo léčebnými prostředky (užívání léků) a neovlivnitelné faktory, které změnit nemůžeme, patří sem dědičné dispozice, rasový původ a stárnutí.

Mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří hypertenze, neboli vysoký krevní tlak, ateroskleróza, vysoká hladina tuků (např. cholesterolu v krvi), dále výskyt CMP v rodině, migrény, diabetes a neprasklé mozkové aneurysma (tepenná výduť) a různé srdeční poruchy. Zmíněné rizikové faktory se mezi sebou mohou vzájemně ovlivňovat, kdy jeden rizikový faktor může zesilovat účinek druhého, ale i naopak. Návykové rizikové faktory vyplývají z chování jedince a jeho životního stylu, nejvýznamnější jsou nezdravá strava, zvýšená konzumace alkoholu, kouření a sedavý způsob života. Ovšem nebezpečí CMP zvyšují i nadváha, noční chrápání a spánková apnoe, tedy přechodná zástava dechu ve spánku, užívání drog s povzbuzujícím účinkem nebo užívání antikoncepčních pilulek. (12, s. 49-50)

#### **3.2 Prevence**

Cílem preventivní prevence je snížení rizika vzniku CMP u lidí, kteří nikdy CMP neprodělali, cílem sekundární prevence je snížení rizika vzniku CMP u pacientů

po prodělané CMP. Vyjma pacientů s relativní hypotenzí by měl být každý pacient po CMP léčen antihypertenzívy (arteriální hypertenze). Je nezbytná optimální kompenzace DM, neboť je to významný rizikový faktor vzniku CMP. Pacienti, kteří mají hypercholesterolémii, po mozkovém infarktu či TIA by měli být léčeni statiny pro jejich prokázaný efekt léčby. Významným způsobem redukuje vznik a recidivu CMP, redukce nadváhy a příjmu alkoholu, pravidelná cvičení, zdravá dieta a nekouření.

Pacienti nevyžadující antikoagulační léčbu by měli být léčeni protidestičkovými léky. U všech pacientů s kardioembolickou etiologií mozkového infarktu či TIA je indikována antikoagulační léčba. Do dvou týdnů po příhodě by měla být provedena karotická endarterektomie u všech pacientů se symptomatickou stenózou vnitřní karotidy, výjimkou jsou pacienti s těžkým deficitem a velkým rozsahem ischemie, ti mohou být operováni odloženě. Jako alternativu endarterektomie, v případě stenózy vnitřní karotidy, je možné provést angioplastiku/stenting. Pacient je sedm dní před zákrokem předlěčen duální antiagregací, aspirin a clopidogrel, tuto léčbu užívá alespoň jeden měsíc po zákroku. (7, s. 137-138)

## **4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

### **4.1 Hygiena**

K základním ošetrovatelským činnostem patří každodenní péče o osobní hygienu, neboť pacient po CMP často není schopen dostatečné hygienické péče a v různé míře potřebuje pomoc od ošetrovatelského personálu. Péče o osobní hygienu nejen, že je významnou složkou prevence nozokomiálních nákaz, zabraňuje komplikacím, které by mohly vzniknout z nedostatečné hygieny, ale také zlepšuje subjektivní pocity pacienta, který se cítí po řádném umytí svěží a čistota prádla a lůžka navazuje větší pohodu pacienta.

Péče o hygienu pacienta se liší podle stupně jeho soběstačnosti, kdy chodící pacienti si většinou zajistí hygienu sami, ale pacienti po CMP mají často narušenou chůzi nebo jsou v důsledku onemocnění upoutáni na lůžku a potřebují k zajištění hygienické péče menší či větší pomoc. Hlavní je dbát na to, aby pacient zůstal v co největší míře soběstačný, k dispozici má mít emitní misku k hygieně dutiny ústní a čisté umyvadlo. Nezvládá-li pacient hygienu sám, s mytím zejména špatně dostupných míst mu vstřícně pomáhá ošetrovatelský personál. Důležité je vždy zajistit intimitu zejména při mytí

choulostivých partií. Hygienická péče je zaměřena hlavně na péči o dutinu ústní, umytí pacienta, úpravu vlasů, prevenci proleženin, opruzenin a ustlání lůžka včetně převlečení osobního prádla a lůžkovin. (13, s. 62-63)

Každý pacient by měl mít nejméně 1x za 2 týdny umytou hlavu a alespoň 2x denně pročesány vlasy hřebenem či kartáčem. Imobilním pacientům se musí tento výkon provést přímo na lůžku. Sestra také kontroluje, zda ve vlasech nejsou přítomny vši a dbá o pravidelnou úpravu vousů u mužů. (13, s. 64)

Nedílnou součástí hygienické péče o tělo je i péče o nehty na ruku, které by měly být upravovány 1x za čtrnáct dní. Avšak péče o nehty na nohou je často přenechána odborníkům (pedikérům). (14, s. 33)

U pacientů, kteří špatně polykají, nebo nepolykají vůbec, je pravidelná péče o dutinu ústní zvláště důležitá. Dutina ústní by se měla přibližně každou hodinu otírat zvlhčovacím roztokem či gázou u těch, kteří nejsou schopni pít bez pomoci. Je-li to potřeba, lze čisté vlhké gázy použít také k otevření víček. Oční zvlhčovače, masti a umělé slzy se aplikují pacientům se sníženým vědomím, kteří mají dlouhou dobu otevřené oči, ty mohou vysychat, a to vede k očním infekcím a vředům rohovky. Důležité je i čištění zubů či péče o chrup. (12, s. 135-136, 14, s. 33)

Důkladné ošetření kůže je důležité pro prevenci proleženin (dekubitů) a kožních infekcí, které mohou vzniknout po iktu jako následek sníženého cití a hybnosti. Pacienti po mozkové příhodě často nemohou podat zprávu o přítomnosti proleženiny, ať už kvůli potížím s komunikací, snížené schopnosti učení, výpadku cití v oblasti otlaku nebo, protože si nemusí být vůbec vědomi jejího rozvoje, a proto je pro účinnou léčbu zásadní rozpoznání proleženin pečující osobou. Důraz by měl být kladen na časté otáčení a polohování nehybných jedinců, na podkládání vystouplých částí těla molitanem, na vypínání povlečení a na denní kontrolu tlaku vystavených míst. Je zapotřebí pečlivě čistit i hluboké kožní záhyby a kontrolovat kůži po každém očištění po samovolném odchodu moči či stolice. (12, s. 134-135)

## **4.2 Výživa a příjem tekutin**

Při přijetí je až u 50 % pacientů s CMP nalézána malnutrice. V průběhu hospitalizace dochází u některých pacientů ke zhoršení nutričního stavu následkem přítomné poruchy vědomí, poruchy polykání při bulbární nebo pseudobulbárním postižení, dysguesie, tedy poruchy vnímání chuti jídla, přítomné plegii či paréze končetin, svalové slabosti nebo deprese. Zhoršený nutriční stav vede k vyššímu výskytu komplikací, jako je,

rozvoj dekubitů, pneumonie a další, a tím i k zvýšení finančních nákladů spojených s prodloužením doby hospitalizace. Předpokladem úspěšnosti rehabilitace pacientů je i dobrý nutriční stav a s tím související dostatečná svalová síla, jejíž ztrátu je možné minimalizovat včasným zahájením nutriční intervence.

Výživa by měla být zahájena do 45 hodin od přijetí, není-li přítomna žádná kontraindikace. Sestra zhodnotí úroveň výživy pacienta, na jeho snížený či obtížný perorální příjem upozorní lékaře a na základě toho je pacientovi podáno ve formě sippingu polymerní diabetikum. Při mírnější poruše polykání se nabízí použití zahušťovadel potravy. Enterální výživa nasogastrickou či nasojejunální sondou je indikována při těžší poruše polykání nebo při poruše vědomí. Je-li předpokládána nutriční intervence déle, než 2-3 týdny, měl by být časně zaveden PEG, jehož pomocí bude pacient živen přímo do žaludku. Výživa parenterální, ve formě úplné či doplňkové parenterální výživy, se podává tehdy, nelze-li podat výživu enterální. Terapie je též zaměřená na korekci poruch vnitřního prostředí, stopových prvků a vody. (15, s. 128 129)

Někteří pacienti po CMP sice nemají problém s polykáním a obvykle mohou i normálně jíst, mají však pohybové omezení, tudíž potřebují určitou pomoc při výživě, položit, tedy jídlo na stolek k posteli a odejít opravdu nestačí. Je třeba myslet na to, že pacientovi do jedné končetiny kape infuze a druhou může mít ochrnutou. (16, s. 136)

### **4.3 Vylučování**

Vyprazdňování je základní, biologickou potřebou člověka, fyziologickou funkcí organismu. Sestra musí vždy při posuzování vyprazdňování v rámci ošetrovatelské anamnézy přistupovat k pacientovi s respektem, diskrétně, citlivě a vést rozhovor na toto téma na profesionální úrovni. Pro získání co nejvíce dostatečných informací a důvěry pacienta musíme dát do rozhovoru dostatek empatie, vhodně zvolit otázky a pokud je to možné, snažit se vést rozhovor v soukromí, neboť získané informace z této oblasti jsou pro ošetřování pacientů, diagnostiku a jejich léčbu nesmírně důležité. (17, s. 95)

Sestra v této oblasti zjišťuje míru soběstačnosti, provádí příslušná opatření, v případě potřeby zajistí zacévkování pacienta, sleduje příměsi v moči, diurézu, střevní peristaltiku, odchod plynů, vyprazdňování stolice, vede záznamy a každou změnu hlásí lékaři. (18, s. 175)

Pacienti po iktu mají relativně často v prvních týdnech dysfunkce močového měchýře a střeva (retence – neschopnost vyprazdňování nebo inkontinence – samovolné vyprazdňování), ale většina postižených opět nabude kontroly nad svým vyměšováním,



a to během několika týdnů. Je důležité, aby byl pacient s inkontinencí udržován v suchu, a to buď pravidelnou výměnou mokré, zašpiněné pleny, použitím inkontinenčních podložek u žen, nebo láhve, tzv. bažanta u mužů, kdy penis musí být umístěn v hrdle láhve, kdykoliv je potřeba. Někdy je nutné pacienty zacévkovat, to znamená, že se do močového měchýře vsune přes močovou trubici cévka (močový katétr), která odvádí moč automaticky. Doporučuje se časté cévkování na nepříliš dlouhou dobu s pravidelným vyplachováním močového měchýře antiseptikem, neboť déletrvající zavedení je spojeno se zvýšeným rizikem infekce močového ústrojí, a to může vést až k potenciálně smrtící sepsi. Při přítomnosti infekce močového ústrojí může lékař předepsat léčbu antibiotiky.

Činnost střev by měla být pravidelná s vyprazdňováním stolice alespoň jednou za 2 až 3 dny. Ovšem u pacientů po mozkové příhodě je obvyklým problémem zácpa, tedy odchod stolice méně, než 3krát týdně, často způsobená některými léky (např. opiáty), nedostatečnou fyzickou aktivitou, zvýšeným psychickým stresem a dalšími faktory podílejícími se na jejím vzniku. Problémy se zácpou je třeba řešit, protože způsobují nepohodu, snižují kvalitu života a mohou pacienta ohrožovat i na životě, např. při proděravění střeva či oběhových komplikacích. Dostatečná tělesná aktivita a příjem přiměřeného množství vyvážené stravy s dostatkem vlákniny (zelenina a ovoce) a tekutin (minimálně 2 litry denně) jsou nejlepším způsobem, jak ovlivňovat činnost střev. Dočasně mohou být také použity látky, které změkčují stolicí (projímadla), čípky nebo klyzma. (12, s. 148 -149, 17, s. 99 -100)

#### **4.4 Pohyb**

K biologickým potřebám všech živých bytostí patří pohyb, pohyblivost člověka je základem nezávislosti. Nároky na kvantitu pohybové aktivity a na způsob, jak uspokojit potřebu má každý člověk individuální. Při onemocnění pohybového aparátu, tj. při poruchách neurosvalových a kosterněsvalových, dochází ke změnám pohybové aktivity. Imobilní, tedy nepohyblivý člověk je nesamostatný, v menší či větší míře závislý na pomoci druhých a je zranitelný jako malé dítě.

Poruchy hybnosti, tedy polohy, postoje, pohybové koordinace či chůze, zasáhnou psychiku člověka i jeho sociální vztahy. Omezená hybnost, ztráta funkce či její poškození s sebou přináší změnu v identitě člověka v oblasti sociálních vztahů a čím větší je porucha, tím vážnější je poškození psychiky, hlavně v oblasti sebekoncepcce.

Pacienti, kteří mají poruchu hybnosti, mohou mít pocit bezmocnosti, dojem, že druhé obtěžují a mohou se cítit zbytečnými. Jejich psychiku mohou také ovlivnit reakce jiných lidí na poruchy mobility.

Fyziologickou odpovědí na imobilitu je imobilizační syndrom, kdy na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy, pohybový, kardiovaskulární, respirační, metabolický, močový, kožní systém, kde často vznikají v důsledku dlouhodobé imobility, ale projevují se i psychosociální reakce. (17, s. 28-36)

S rehabilitací by se mělo začít co nejdříve, jakmile to pacientův stav umožní, což posoudí multidisciplinární tým specialistů (lékaři, sestry, logoped, dietní sestra, geriatr, fyzioterapeut, pracovní terapeut a sociální pracovník, důležitá je i spolupráce s psychologem či psychiatrem). Může začít již v prvních 24 hodinách po příhodě nebo po několika dnech či týdnech, a to nejdříve na iktové jednotce nebo jiném oddělení, pak v centru či specializovaném rehabilitačním oddělení. Po propuštění z nemocnice rehabilitace pokračuje, buď doma, nebo nejčastěji ve specializovaných ambulantních rehabilitačních centrech. Rehabilitační program má za cíl obnovit soběstačnost pacienta nebo zmenšit do nejvyšší možné míry jeho závislost, avšak po cévní mozkové příhodě je zlepšování stavu často velmi pomalý proces. (12, s. 113)

Míru pohyblivosti a postup při mobilizaci, tedy zvedání, otáčení, posazování, vstávání z lůžka, posazování do křesla, nácvik chůze atd., po děle trvajícím klidu na lůžku určuje lékař. Má-li pacient problémy se sezením, vstáváním, stáním nebo chůzí, lékař či fyzioterapeut jej vyšetří a určí nutný druh dopomoci, je-li to potřeba, může také pro pacienta zařídit pomůcky k chůzi, podpurné dlahy, kolečkové křeslo či speciální židli a jiné. Je důležité provést prevenci tromboembolické nemoci navléknutím stahovacích punčoch či provedením bandáží dolních končetin ještě před vlastním vstáváním.

U pacienta může po dlouhodobém pobytu na lůžku dojít k ortostatickému kolapsu, proto mu musí být sestra při vertikalizaci stále na blízku.

Velký význam má kondiční cvičení, při kterém dochází k obnovení či zachování pohyblivosti kloubů, zachování či zvýšení svalové síly, zabránění vzniku svalových kontraktur, uvolňují se spastické svalové skupiny, podporuje periferní prokrvení, zlepšuje se plicní ventilace, zlepšuje se celková fyzická kondice a cvičení navozuje pozitivní emoce.

Základním kritériem pro posuzování a hodnocení úrovně sebezpečí a soběstačnosti je schopnost člověka pohybovat se, ale pohybové omezení, změna či porucha hybnosti narušuje sebezpečí pacienta a mění způsob vykonávání denních činností, např. hygienu,

vyprazdňování atd. a takovýto pacient se stává částečně či zcela nesoběstačný. Zhodnocení pacientových schopností vykonávat tyto každodenní aktivity během hospitalizace a po propuštění z nemocnice má na starosti pracovní terapeut, který poučí pacienta a lidi, kteří o něj budou pečovat, o způsobu, jak tyto činnosti nejlépe a nejbezpečněji vykonávat a doporučí jim asistenční pomůcky či vybavení. (17, s. 39-47, 12, s. 115)

## 4.5 Komunikace

Po cévní mozkové příhodě se přibližně u pětiny pacientů objevují příznaky některého druhu afázie, což představuje závažnou zátěž pro pacienta, jeho rodinu, okolí a společnost.

Afázie (fatická porucha) znamená ztrátu již získané schopnosti komunikace mluvou, jejím projevem je neschopnost řeč tvořit nebo jí rozumět. Nejčastěji vzniká při poškození korových center řeči v dominantní hemisféře mozkové, která jsou specializovaná na produkci a rozumění řeči. Aktivní tvorbu řeči ovládá motorické centrum (Brocovo) a rozumění řeči zajišťuje centrum sensorické (Wernickovo). Postižená však může být i řeč psaná, kreslená, tištěná, po stránce chápání i vyjadřování, nápadně postižená může být paměť, schopnost počítání, vzpomínání, vybavování, zachováno nebo také porušeno může být zpívání známých písní či melodií.

Afázii lze dělit na motorickou, sensorickou, sémantickou, amnestickou, smíšenou a totální. Při motorické (expresivní) afázii je rozumění řeči zachováno, ale pacient není schopen produkovat mluvu, u sensorické (receptivní) afázie pacient není schopen řeči rozumět, jeho mluva je nepřiléhavá se směsicí nesmyslů (tzv. slovní salát). Anamnestická afázie je porucha vybavování slov, názvů pro označení činností, situací, osob či věcí, pacient nemá porušené rozumění řeči. Afázie, při které pacient dobře rozumí řeči, dovede běžně komunikovat mluvou, ale problém má s chápáním i vyjádřením abstraktních pojmů, nerozumí metaforám a náznakům, se nazývá afázie sémantická. Kombinací příznaků patřících dvěma i více typům afází je afázie smíšená. Totální (globální) afázie vzniká při kombinaci úplné sensorické a úplné motorické fatické poruchy, kdy pacient není schopen žádného mluvního projevu a nerozumí řeči, občas může produkovat slova, slabiky, slovní spojení nesouvisející s danou situací.

Afázie se také dělí dle délky trvání na akutní, postakutní a chronickou. Akutní je myšlena afázie, která od vzniku poškození mozku trvá 4-6 týdnů, u pacienta v tomto období se může objevit tzv. mutismus, to znamená, že pacient vůbec nemluví. Afázie trvající do jednoho roku po CMP je postakutní a chronickou se stává, trvá -li déle.

Základem je provedení důkladné anamnézy, která umožní odlišit ve spojení s provedenými testy afázii od jiných poruch řeči. (19, s. 47)

Při vyšetřování afázie se zjišťuje, zda je pacient pravoruký či levoruký, jeho rodný jazyk, znalost cizích jazyků, chápání položením jednoduché otázky, posuzuje se spontánní řeč a provádí se i testy na čtení a psaní atd. Anamnézu je možné získat i od příbuzných či přátel. (20, s. 25-27)

Logopedická péče by měla začít brzy po příhodě, už v akutním stádiu na jednotce intenzivní péče, pokud to stav pacienta dovolí, kdy logoped postupuje podle pacientova psychického, tělesného stavu (rozsahu a stupně ochrnutí) a hlavně podle závažnosti řečové poruchy. U afatického pacienta nesmí chybět psychická podpora od bezprostředního okolí a příbuzných, posilování motivace ke cvičení a dalším duševním a fyzickým aktivitám, ať už je léčebná rehabilitace prováděná v domácím prostředí, skupinově či individuálně. Důležité je i pochopení, trpělivost všech, kteří jsou zaangażováni do rehabilitace, ocenění pacienta za každou snahu, povzbuzování, aplaudování i sebemenšího pokroku, neboť pacient má mít pocit jistoty, že není na všechno sám a opuštěn, ale má k dispozici podporu a pomoc.

U pacientů se může využívat alternativní komunikace či kartičky, na kterých je souhlas a nesouhlas. Logopedik se snaží všemi použitelnými prostředky dosáhnout nejvyšší možné míry soběstačnosti a komunikační schopnosti pacienta. (19, s. 59)

S některými pacienty lze do určité míry komunikovat pomocí mimiky obličeje, gest či symbolů.

Dysartrie je dalším možným typem poruchy komunikace, kdy dochází ke špatné artikulaci, neboť pacient trpí oslabením či špatnou koordinací krčních svalů, jazyka, rtů. V případě oslabených či špatně koordinovaných hlasivek zní řeč chraptivě, což se nazývá dysfonie, i těmito problémy se zabývá logoped. (21, s. 29)

## **4.6 Psychika**

Po cévní mozkové příhodě se mohou u přeživších objevit různé závažné citové problémy, které zahrnují reakce nespokojenosti, podrážděnosti, žalu, smutku a deprese. Neschopnost vyjádřit se a další přímá poškození pacientových schopností často vedou k podrážděnosti, v pozdějších fázích, kdy si pacient začne uvědomovat, jaký skutečný dopad má prodělaná nemoc na jeho soběstačnost a jiné následky, vznikají další emoční problémy. Lidé po CMP jsou velmi citliví na změny své situace a okolí, aby se problémy co nejdříve urovnaly, měli bychom se snažit vybízet pacienta, aby o svých obavách

a problémech mluvil s rodinou či pečovateli, neboť citové problémy mohou vést k odmítání léčby nebo rehabilitačního procesu.

V případě nezájmu, odporu k léčbě, výrazné apatii nebo deprese, je nezbytné zapojení psychoterapeutů a psychiatr je potřebný zejména u těžce depresivních pacientů, kteří uvažují o sebevraždě.

Můžeme se u pacientů po iktu setkat i s nekontrolovatelnými výbuchy emocí (nemístný smích, epizody bezdůvodné podrážděnosti a pláč), které obvykle netrvají dlouho a často ani nevyjadřují skutečné pocity pacienta. Možnost pohovořit si a vyměnit zkušenosti s jedinci, kteří jsou též po CMP, poskytuje pacientům útěchu, ale důležité je i to, aby cítil, že je pořád cenným členem rodiny.

Nejdůležitější úloha členů rodiny je ve chvíli, kdy začnou pečovat o pacienta doma, ihned po propuštění z nemocnice, měli by mu dodat důvěru v uzdravení, povzbuzovat ho a umožnit mu stát se aktivním a nezávislým, jak jen to půjde. Jelikož si pacienti potřebují být jisti, že je rodina pořád chce a potřebuje, je vhodné dávat zotavujícímu se člověku na starost některé domácí práce odpovídající jeho současným možnostem, a také mu pomoci najít nové koníčky a zájmy, hlavně, pokud není schopen návratu do původního zaměstnání. (12, s. 158-163)

Úspěšnějšímu zotavení osoby po mrtvici též napomáhá, přítomnost pečujícího partnera (manžel, manželka), který postiženému může poskytnout, jak dopomoc fyzickou, tak i citovou podporu, dodává mu vnitřní sílu, motivuje ho k větší aktivitě a zlepšuje mu náladu. Najde-li partner způsob, jak si udržet uspokojivý vztah a získat podporu a péči i pro sebe, poskytne pacientovi tu nejlepší péči, neboť pacientovo zotavení závisí také na fyzickém a duševním zdraví pečujícího partnera a na hladkém fungování manželství.

Pacienti po mrtvici a jejich partneři mají obavy i v oblasti sexu a intimního života po mrtvici, kdy u jednoho z nich mohou nastat změny v intimním životě a sexuálním uspokojení. Biologické změny v sexuálním fungování jsou způsobené, buď to samotnou mrtvicí, jinými zdravotními problémy nebo léky, které mohou snižovat schopnost erekce či sexuální touhu. Jestliže má partner problém s inkontinencí nebo používá cévku, bude nejspíše nutné provést opatření ohledně sexuální aktivity, ale i tak lze vést sexuální život. Ale většina změn je způsobena faktory psychologickými a vztahovými, jako jsou např. strach, deprese, úzkost, neschopnost přeskočit z role pečovatele do role romantického partnera či špatná komunikace. Partneři by mezi sebou měli probrat a řešit problémy, které jim brání v uspokojivém sexuálním životě, neboť komunikací se nejen potvrdí vzájemný

zájem o sex, ale najdou i důvody, proč partner váhá s pokusy o intimní sblížení. (21, s. 37 111)

#### **4.7 Sociální péče**

I po propuštění z nemocnice pokračuje uzdravování u lidí, kteří prodělali mrtvici a pacient i rodinní příslušníci by měli mít o sociálních službách, které jsou jim k dispozici, jasnou představu, a to ještě před návratem do domácího prostředí. Je dobré, nechat si zodpovědět otázky a nesrovnalosti týkající se domácí péče, ještě před propuštěním pacienta z nemocnice, navíc jsou k dispozici informace pro pečovatele a rodinné příslušníky. Mimo to je nabízena i podpora ze strany místních sociálních organizací a služeb, např. fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut, okrsková sestra, sociální pracovník, podpůrné skupiny pro pečovatele, služby pro postižené, posudkový pracovník (koordinátor) sociálních služeb a tyto informace jsou veřejnosti dostupné na místních zastupitelstvech či v telefonním seznamu.

Hlavní pečovatel by se měl pokusit udržovat své zájmy a přátelství, neboli občas si dopřát i oddech. Pečovatel může požádat o pomoc své či pacientovo přátele nebo se domluvit s nemocnicí či pečovatelským domovem, aby se přechodně postarali o pacienta, zatímco on sám bude odpočívat.

Celorepublikovou působnost má jediná nezisková organizace v České republice, neboli Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách (Sdružení CMP), která se zabývá takto postiženými pacienty, doplňkovou péčí. Poskytuje pacientům ucelenou dlouhodobou rehabilitaci postižených CMP, včetně rehabilitace sociální (resocializace). Sdružení CMP ve spolupráci s neurology, logopedy, internisty, fyzioterapeuty a psychology pořádá různé aktivity (Rekondiční pobyty, Kluby CMP, Časopis Javor, Propagační brožura, Seminář, Zdravotní a sociální poradenství).

Účastník rekondičního pobytu se díky intenzivní doplňkové rehabilitaci učí, jak se vyrovnávat s novou životní situací. Do celodenního programu je zahrnuta skupinová a individuální psychoterapie, fyzioterapie, logopedická terapie při poruchách řeči a ergoterapie. Účastníci mají možnost seznámit se s principy správné životosprávy, nacvičit si používání kompenzačních pomůcek pro soběstačnost v denních činnostech a učí se spoustu dalších užitečných a potřebných věcí.

Svou činností navazují na rekondiční pobyty, kluby CMP, které jsou zakládány po celé ČR a ve kterých probíhá fyzioterapie, psychoterapie, logopedie a velice cenná

sociální rehabilitace. U účastníků se probouzí vědomí, že nejsou sami, pořád patří mezi ostatní a, že mohou být i něco platní.

Informace zdravotnického charakteru a informace z běžného života týkající se pacientů, kteří prodělali mrtvici, přináší už od roku 1996 časopis Javor.

Propagační brožura, která je určena pacientům a jejich rodinám, podává prostřednictvím jednotlivých odborníků srozumitelné informace o aspektech CMP.

Pacienti se mohou účastnit i seminářů s vysokou odbornou a společenskou úrovní, které pořádá Sdružení CMP.

Zdravotní a sociální poradenství radí pacientům po CMP, na jakou instituci se mají obrátit, na které příspěvky a služby mají nárok, jaká jsou jejich práva, jaké jsou jejich další možnosti rehabilitace a pomoci, informuje o žádoucích postupech při ucelené rehabilitaci, zdravotní, sociální i společenské. Také se snaží pacientům pomoci pochopit, že ani tímto onemocněním jejich život nekončí a pomáhá je uvést zpět do života. (12, s. 164-188)

### **Návrat do práce a k oblíbeným aktivitám**

Věk je často faktorem, zda se přeživší po cévní mozkové příhodě rozhodnou vrátit do práce. Mrtvice je nejčastější u starších osob. Podstatná situace nastane, když se blíží odchod do důchodu a pacienti tedy už nemají velký důvod uvažovat o návratu do práce.

U mladších osob je návrat do práce klíčovou otázkou a jsou ovlivňováni mnoha faktory, mezi které patří, motivace jednotlivce, přímé účinky mrtvice, druh práce a rozsah podpory zaměstnavatele a jiné. (33, s. 116)

Velkou otázkou je i to, zda se po CMP vracet k řízení automobilu, neboť mnoho mrtvicí zasažených lidí spoléhalo na řízení již před jejich onemocněním a považují řízení za nezbytnou součást nezávislého života, ale také to pro mnohé značí určité privilegium a potěšení. Mrtvice může způsobit takové postižení, které může mít vliv na schopnost bezpečně řídit vozidlo.

Mnoho přeživších se může bezpečně vrátit k řízení, o čemž rozhoduje ošetřující lékař, společnost musí být chráněna před nebezpečnými řidiči, kteří vystavují ostatní lidi riziku ublížení na zdraví a poškození majetku. U některých jedinců může být potřeba řídit tak silná, že úmyslně nenahlásí jejich příznaky, jako např. záchvaty či opakující se ztráty vědomí, což vede k povinnému odevzdání řidičského průkazu. (23, s. 697)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 OBECNÁ ČÁST

### 5.1 Formulace problému

Cévní mozková příhoda (dále CMP nebo iktus, mrtvice) vzniká na podkladě onemocnění mozkových cév a dochází při ní k akutnímu cévnímu poškození mozku (mozek není dostatečně krevně zásoben), se symptomy trvajících více než 24 hodin po vyloučení jiné příčiny, než cévní. (1, s. 546) Rozdělit můžeme cévní mozkovou příhodu na tři typy, a to na ischemickou CMP, hemoragickou CMP a trombózu mozkových žil a splavů.

Cévní mozkové příhody jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí, celosvětově jsou odpovědné za více než 5 milionů úmrtí ročně a počet nových případů roste. (7, s. 124)

Důsledkem cévní mozkové příhody pak může být, buď to mortalita, nebo morbidita, ale také dlouhodobá invalidita, kdy vyžadující dlouhodobou ošetrovatelskou péči má až 30% všech pacientů s následky, soběstačných pacientů s minimálním nebo žádným deficitem neurologickým je pouze 30%. (3, s. 246)

Cévní mozková příhoda zasáhne vždy nepředvídatelně, náhle a dokáže člověku obrátit život během jediné sekundy vzhůru nohama. Po příhodě jsou pacienti ohroženi dle lokalizace postižené mozkové tepny různými klinickými příznaky, od závratí, mimovolních, rytmických, rychlých pohybů očí, nesouměrných pohybů, špatné koordinace, poruch řeči v různém stupni až po ochrnutí jedné poloviny těla či úplného ochrnutí všech čtyř končetin. Pacienti se tak ocitají v nové, často i velice náročné životní situaci, kdy na vykonávání denních aktivit, které před cévní mozkovou příhodou zvládali zcela sami, již v souvislosti s výše uvedenými klinickými příznaky, mnohdy sami nevystačí a potřebují pomoc od druhých. Vlivem ochrnutí částí těla hrozí riziko, že nebudou moci sami uspokojit ani některé ze základních fyziologických potřeb, které jsou pro každého člověka nepostradatelné, ať už se jedná o najezení, napití, vykonání potřeby aj.

A tato myšlenka mne přivedla k nutnosti, položit si otázku: „Jak cévní mozková příhoda ovlivnila soběstačnost pacienta?“



## **5.2 Cíl výzkumu**

1. Zjistit, jak cévní mozková příhoda ovlivnila soběstačnost pacienta.

### **5.2.1 Dílčí cíle**

1. Zjistit, jaké jsou pocity pacienta při ztrátě soběstačnosti.
2. Zjistit, v jaké oblasti sebek péče má pacient největší problémy.
3. Zjistit, co pacientovi nejvíce pomáhá zvládat ztrátu soběstačnosti.

### **5.2.2 Operacionalizace pojmů**

Cévní mozková příhoda = náhle se rozvíjející postižení určité části mozkové tkáně vzniklé poruchou jeho prokrvení

Sebek péče = samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování)

Soběstačnost = míra samostatnosti popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit

### **5.2.3 Výzkumné otázky**

1. Jak cévní mozková příhoda ovlivnila soběstačnost pacienta?
2. Jaké pocity má pacient po ztrátě soběstačnosti?
3. V jaké oblasti sebek péče má pacient největší problémy při ztrátě soběstačnosti?
4. Co pacientovi nejvíce pomáhá zvládat ztrátu soběstačnosti?

## **5.3 Druh výzkumu a výběr metodiky**

Pro získání informací ke své praktické části bakalářské práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum, který bude obsahovat dvě kazuistiky s anamnézou pacientů. Také vytvořím ošetrovatelský plán a zpracuji ošetrovatelský model podle Nancy Roperové, vycházející z životních aktivit člověka. Praktickou část bakalářské práce doplním o rozhovor zaměřený na soběstačnost pacientů.

### **5.3.1 Metoda**

V praktické části popíši anamnézy dvou vybraných pacientů. Zaměřím se, jak na nynější onemocnění, tak na anamnézu rodinnou, osobní, gynekologickou, farmakologickou, pracovní, sociální a doplním informacemi získanými z dokumentace. Prostřednictvím rozhovoru s pacientem se budu snažit zaznamenat všechny jeho pocity a vnímání. Otázky v rozhovoru budou směřované hlavně do oblasti soběstačnosti pacienta po cévní mozkové příhodě, ale také na jeho psychiku. K zhodnocení pacientova aktuálního stavu a soběstačnosti použiji řadu škál, k tomu určených a vypracuji ošetrovatelský proces podle Nancy Roperové.

Nancy Roperová byla vedoucí lektorkou na Cumberland Infirmary School of Nursing, Scottish Home and Health Department a získala ošetrovatelské vzdělání na Leeds General Infirmary. Se spoluautorkami W. Logan a A. Tierney prezentovala, Model životních aktivit, který přepracovala z původního modelu, prezentovaného v roce 1976, kde zdůraznila význam schopnosti pacientů vykonávat činnosti denního života samostatně, a redukovala ho z původních 16 aktivit denního života na 12 životních aktivit, které jsou odrazem lidských potřeb. V modelu Roperové jsou zachyceny poznatky z fyziologie, psychologie a ošetrovatelství. (22, s. 60)

### **5.3.2 Výběr případu**

Výběr případu byl záměrný, neboť pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala dva pacienty po cévní mozkové příhodě se stejnou diagnózou a stejným pohlavím. Tento výběr mi umožňuje pacienty mezi sebou vzájemně porovnávat a vyhodnotit u obou dvou zvláště, jak cévní mozková příhoda ovlivnila jejich soběstačnost a v souvislosti s tím, určit v jaké oblasti mají největší problémy, co jim pomáhá zvládat ztrátu soběstačnosti, a jak to zvládají po psychické stránce.

### **5.3.3 Způsob získávání informací**

Informace, k praktické části mé bakalářské práce, budu čerpat z dokumentace a získávat pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které se uskuteční na lůžkovém oddělení neurologické kliniky s oběma pacienty. Rozhovor s pacienty bude probíhat na pokoji u lůžka, vzhledem k předpokládanému omezení mobility související s cévní mozkovou příhodou. Pokusím se zajistit klid a jejich soukromí před ostatními pacienty na pokoji a informuji je o možnosti neodpovídat na nepříjemné otázky či kdykoliv

rozhovor ukončit, v případě, bude-li jim nepříjemný. Otázky budou směřovány zejména do oblasti sebeděče a soběstačnosti. Plánovaná doba rozhovoru je okolo 60 minut. Odpovědi budou zapisovány a se svolením pacienta i nahrávány na diktafon.

Informace budu též získávat pozorováním, kdy si budu v průběhu rozhovoru všimát a zaznamenávat u jednotlivých odpovědí i výrazy tváře, pocity a jiné projevy. Mimo to použiji u pacientů tyto škály, Barthelův test základních všedních činností (13, s. 75), Dospělé nutriční skóre (28), Glasgow coma scale (29, s. 24), Hodnocení rizika pádů (30, s. 69), Hodnocení rizika vzniku dekubitů (17, s. 65), Interference bolesti s denními aktivitami (32, s. 179), Beckova sebesuzovací stupnice deprese (31), které pak vyhodnotím.

#### **5.4 Organizace výzkumu**

Rozhovor a sběr informací do praktické části mé bakalářské práce se uskuteční ve Fakultní nemocnici v Plzni na neurologické klinice. Pacienti musí souhlasit s výzkumem. Pro sběr informací jsem si vybrala pacienty na lůžkovém oddělení neurologické kliniky, FN Plzeň Lochotín v době od 17. 11. 2014 do 21. 11. 2014.

## 6 SPECIÁLNÍ ČÁST

### 6.1 Kazuistika č. 1

Pohlaví: žena

Rok narození: 1952

Datum příjmu: 9. 11.2014

Zaměstnání: v důchodu

Alergie: neguje

Kouření: nekouří

Alkohol: příležitostně

62- letá žena dosud se na nic neléčící, ale udává arteriální hypertenzi, přeložena z iktové jednotky FN v Plzni, kam byla přivezena RZP pro CMP s poruchou hybnosti levostranných končetin. V RZP vzestupně naměřena hypertenze 230/120 mmHg, podán Tensiomion 12,5 mg. Provedeno vyšetření CT mozku s kontrastní látkou i. v., kde byla prokázána hemoragie velikosti 21x26 mm na pomezí pravého thalamu a basálních ganglií s mírnou kompresí III. komory a zatím nevelkým kolaterálním edémem. Nasazena p.o. léčba, nyní normotenzí, při vědomí s dysartrií a levostrannou hemiparézou. V posledních dnech výrazné zlepšení vědomí, pacientka je komunikativní, těžká levostranná hemihypestézie a levostranná hemiparéza. Výhledové překlady na neurorehabilitaci.

#### **Osobní anamnéza:**

Pacientka dosud se na nic neléčící. V dětství prodělala dětské nemoci, neštovice, příušnice. V roce 1967 prodělala operaci, při které jí byl odstraněn červovitý výběžek tlustého střeva (apendix). V roce 1983 zlomenina kosti holenní zapříčiněná pádem. Alergii neguje, nekouří. Alkohol si dá pouze příležitostně.

#### **Rodinná anamnéza:**

Pacientka je vdaná, má 3 děti, 2 dcery, 1 syna a celkem 5 vnoučat. Manžel a syn trpí na astma. Ostatní členové jsou zdraví. Rodiče již nežijí, oba byli zdraví.

#### **Gynekologická anamnéza:**

Pacientka chodí na preventivní prohlídky, menarche ve 12 letech, 3 porody (bez komplikací), žádné potraty.

### **Sociální anamnéza:**

Bydlí s manželem a synem v rodinném domě. Dcery jsou již vdané a bydlí ve vlastním.

### **Pracovní anamnéza:**

Pracovala jako dojička krav, se svojí prací a s kolektivem byla spokojena. Nyní je v důchodu.

### **Farmakologická anamnéza:**

Při příjmu podán Tensiomion 12,5 mg. Na oddělení podán Plasmalyte (1000 ml i.v. PP), dále aplikován Fraxiparine 0,3 ml s.c. (1-0-0-0) a další naordinované medikace jsou, Nolpaza 20 mg tbl. (1-0-0-0), Micardis plus tbl. (1-0-0-0), Rilmeridin 1 mg tbl. (1-0-1-0), Rosucard 20 mg tbl. (0-0-1-0), KCl tbl. (1-1-1-0), Doxazosin 4 mg tbl. (1-0-0-0)

### **Lékařské diagnózy:**

Akutní diagnózy:

- Ich. Do thalamu dx.
- I 10 Arteriální hypertenze

Chronické diagnózy:

- Stav po operaci appendixu (v roce 1967)
- Stav po zlomenině kosti holenní (v roce 1983)

## **6.2 Ošetřovatelský model Nancy Roperové**

### **1. Udržování bezpečného prostředí**

*Subjektivně:* Pacientka udává, že rodina je její největší radostí v životě. Bydlí v rodinném domě s manželem a synem. S celou rodinou udržuje dobré vztahy a ve svém prostředí se cítí bezpečně. Ráda hlídá vnoučata, chodí na procházky, vaří a plete.

*Objektivně:* Pacientka je komunikativní, milá, spolupracuje. Podél postele má postranice, aby nedošlo k pádu.

## 2. Komunikace

*Subjektivně:* Pacientka udává, že si není žádné poruchy řeči vědoma, vše co potřebuje říci, řekne bez problémů. Ráda si povídá s pacientkou na pokoji.

*Objektivně:* Pacientka je komunikativní, odpovídá na všechny otázky, rozumí mluvené řeči, občas je řeč pomalejší, nekoktá. Má radost, že si může s někým popovídat.

## 3. Dýchání

*Subjektivně:* Pacientka neudává žádné problémy s dýcháním, vzduch v místnosti jí vyhovuje.

*Objektivně:* Pacientka má frekvenci dechu v normě, dýchání je klidné. Má zajištěný pravidelný přísun čerstvého vzduchu vyvětráním pokoje, při mluvení se nezadýchává, nekašle.

## 4. Jídlo a pití

*Subjektivně:* Pacientka udává obtížnější stravování v důsledku levostranné hemiparézy. Jídlo jí chutná, sní tak půlku porce jídla, nechutenstvím netrpí, neudává problémy s polykáním. Pitný režim se snaží dodržovat, ale musí se donutit, pije pouze vodu nebo čaj. Pacientka má pocit, že od doby hospitalizace přibrala.

*Objektivně:* Pacientka má v důsledku levostranné hemiparézy velké problémy v oblasti stravování. Sama si nedokáže jídlo rozkrojit, namazat, stoleček musí být umístěn tak, aby na něj pacientka měla pohodlný přístup a dosáhla na něj. Potřebuje pomoci nasadit zubní protézu a dopomoci s jídlem dle situace. Pacientka pije pouze, když ji zdravotní personál upozorní, aby se napila. Nejsou přítomné potíže při polykání. Je nutná kontrola a dopomoc. V důsledku imobility pacientka během hospitalizace ještě nebyla vážená. Má nastolenou dietu č. 3 (základní).

## 5. Vylučování

*Subjektivně:* Pacientka udává velký stud při toaletě vykonávané zdravotnickým personálem. Nepocítuje při vylučování žádné bolesti ani pálení. Pocítuje plnost v konečníku.

*Objektivně:* Pacientka má zavedenou močovou cévku. Pravidelně je sledována moč (je bez příměsí a zápachu), zaznamenává se P+V. Pacientka má zácpu v důsledku imobility, břicho není nadmuté. Pacientka se neustále omlouvá a snaží se pomáhat, jak jí její síly umožní. V oblasti vylučování je zcela nesoběstačná a závislá na pomoci druhé osoby.

#### 6. Osobní hygiena a oblékání

*Subjektivně:* Pacientka udává stud za nesoběstačnost v provádění osobní hygieny, je nešťastná a nespokojená. Pacientka udává, že by si vše nejraději udělala sama, kdyby to šlo. Doma byla zvyklá provádět hygienu 2x denně.

*Objektivně:* Pacientka si vlivem levostranné hemiparézy nedokáže osobní hygienu provést sama. Má-li lavor u lůžka, dokáže si opláchnout obličej sama, ale hygiena není důkladná. Potřebuje dopomoc v oblasti hygieny obličeje a celkovou pomoc v hygieně celého těla, která je prováděná na lůžku. Pacientka se nezvládá obléci, výkon musí provést zdravotnický personál. Problém jí dělá i zapínání knoflíků pravou rukou. Pacientka se snaží pomáhat v rámci svých možností.

#### 7. Kontrola tělesné teploty

*Subjektivně:* Pacientka nepocítuje zimu ani návaly horka.

*Objektivně:* Pacientce je měřena tělesná teplota 2x denně (ráno a večer), hodnoty TT jsou v normě. Pacientka není na pohmat studená ani horká, nepotí se. Při větrání pokoje je pacientka přikryta, aby neprochladla.

#### 8. Pohyb

*Subjektivně:* Pacientka udává smutek v důsledku upoutání na lůžko. Přeje si opět chodit, hýbat se a chtěla by provádět všechny výkony sama. Udává, že je pro ni omezený pohyb velkou překážkou, která jí brání ve vykonávání všech činností.

*Objektivně:* Pacientka je v důsledku levostranné hemiparézy upoutána na lůžko. Nechodí, na levý bok se dokáže mírně přetočit, na pravý bok ji musí polohovat zdravotnický personál. Pohyblivé má pouze pravé končetiny, levé končetiny necítí. Pacientka je pravidelně polohována dle časového harmonogramu a změny polohy jsou zaznamenávány.

## 9. Práce a hry

*Subjektivně:* Pacientka se nudí, přemýšlí o své nemoci, o životě, o budoucnosti. Udává radost z návštěvy rodiny a z rozhovoru s pacientkou na pokoji. Mrzí ji, že nemůže jít ven na procházku. Ráda hlídá svá vnoučata, plete a vaří.

*Objektivně:* Pacientka komunikuje s pacientkou na pokoji, se zdravotním personálem. V důsledku omezené pohyblivosti nevykonává žádné aktivity, ale udává, že ji to takhle vyhovuje. Rodina ji navštěvuje.

## 10. Projevy sexuality

*Subjektivně:* Pacientka udává, že neprodělala žádný potrat, má 3 děti, porody proběhly bez komplikací, 1. menarche ve 12 letech.

*Objektivně:* Pacientka má 3 děti, porody proběhly bez komplikací, žádné potraty ani gynekologické operace.

## 11. Spánek

*Subjektivně:* Pacientka udává, že se občas v noci probudí, ale nemá problém opět usnout. Večer usíná kolem 22 hodiny a během dne nepocítuje únavu. Světlo a hluk jí při usínání nevadí.

*Objektivně:* Pacientka nespává přes den, nemá kruhy pod očima. Ráno se probouzí při příchodu zdravotnického personálu.

## 12. Umírání

*Subjektivně:* Pacientka nepomýšlí na smrt.

*Objektivně:* Pacientka nepomýšlí na smrt.

## 6.3 Fyzikální vyšetření pacientky

Datum fyzikálního vyšetření: 9. 11.2014

- TK: 230/120 mmHg
- P: 68/min
- D: 16/min
- Hmotnost: (pacientka naposledy vážená 3 dny před příjmem, udává 74 kg)



- Výška: 164 cm
- Vědomí: Pacientka orientovaná časem, místem, osobou, situací, při vědomí.

*Využívané kompenzační pomůcky:*

- Zubní protéza (horní a dolní)
- Brýle

*Výsledky z měření dle použitých škál:*

- Barthelův test základních všedních činností: (15 bodů) - pacientka je vysoce závislá
- Dospělé nutriční skóre: (6 bodů) - nutné vyšetření nutričním terapeutem
- Glasgow coma scale: (15) - pacientka má plné vědomí
- Hodnocení rizika pádů: (5) - pacientka je ohrožena rizikem pádu
- Hodnocení rizika vzniku dekubitů: (19 bodů) - riziko vzniku dekubitů
- Interference bolesti s denními aktivitami: (0) - pacientka je bez bolestí
- Beckova sebesuzovací stupnice deprese: (8 bodů) - norma

## **6.4 Plán ošetrovatelské péče**

Plán ošetrovatelské péče byl pro pacientku sestaven na lůžkovém oddělení neurologické kliniky.

### **6.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

- 1. 00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti s levostrannou hemiparézou projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává neschopnost při oblékání a úpravě zevnějšku, udává pocit smutku, studu.

*Objektivně:* Neschopnost obléknout a svléknout se, neschopnost rozepínat, zapínat oděv, plná závislost na pomoci druhé osoby, na tělesné aktivitě se podílí částečně, omezená pohyblivost.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka má zajištěnou pomoc při oblékání a úpravě zevnějšku.

- Pacientka se naučí upravovat zevnějšek pravou rukou.
- U pacientky se zmírní pocit smutku a studu.

*Ošetřovatelské intervence:*

- Ukaž pacientce úpravu zevnějšku pravou rukou.
- Zajisti soukromí pacientky.
- Podpoř pacientku při jednotlivém úspěchu.
- Motivuj pacientku k dalšímu zkoušení činnosti.
- Dej pacientce dostatek času k provádění činnosti.
- Komunikuj s pacientkou.
- Umístni potřebné věci na dosah ruky pacientky.
- Pomoc pacientce při činnostech, které sama nezvládne.

*Hodnocení:* Pacientka si dokáže zapnout knoflíky pravou rukou, udává, že se cítí lépe a její stud a smutek z deficitu sebepečce při oblékání a úpravě zevnějšku se zmírnil. Má zajištěnou pomoc od zdravotnického personálu a rodiny.

## **2. 00108 Deficit sebepečce při koupání a hygieně v důsledku levostranné hmiparézy projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává smutek za neschopnost umýt si celé tělo sama.

*Objektivně:* Neschopnost vykoupat se, upoutání na lůžko.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka bude provádět hygienu na úrovni svých schopností.
- Pacientka zvládne důkladnou hygienu obličeje pravou rukou.

*Ošetřovatelské intervence:*

- Zajisti soukromí pacientky při hygieně.
- Umístni věci potřebné k hygieně na dosah ruky pacientky.
- Zajisti vhodnou polohu pacientky při hygieně obličeje.
- Ukaž pacientce, jak provést hygienu obličeje pravou rukou na lůžku.
- Umožni pacientce, aby provedla hygienu na úrovni jejich schopností.
- Komunikuj s pacientkou.

- Zajisti pomoc při hygieně od další osoby.
- Zmírni smutek pacientky.

*Hodnocení:* Pacientka projevuje radost při hygieně obličeje, kterou provádí sama, hygiena obličeje je důkladná. V důsledku levostranné hemiparézy pacientka zvládá pouze hygienu obličeje a dutiny ústní, celkovou koupel musí obstarat zdravotnický personál. Pacientka nepocítuje tak velký smutek.

### **3. 00102 Deficit sebezpečí při jídle v důsledku poruchy imobility projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává problémy při otevírání nádob, obalů, při mazání a krájení, při přípravě jídla a obstarání zubní protézy.

*Objektivně:* Pacientka je neschopna stravovat se společensky přijatelným způsobem, potřebuje pomoc od další osoby, nedokáže krájet a mazat pečivo, ani otevírat nádoby.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka si částečně nakrájí jídlo pravou rukou.
- Pacientka dodržuje pravidelný pitný režim.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Zajisti vhodnou polohu pacientky.
- Umístni stoleček s jídlom a hrnkem na dosah ruky pacientky.
- Ukaž pacientce, jak lze krájet jídlo pravou rukou.
- Povzbuzuj pacientku při neúspěchu.
- Poskytni pacientce dostatek času při provádění činnosti.
- Pomoc pacientce s otevíráním obalů, nádob, s mazáním a krájením.
- Kontroluj úspěšnost pacientky, popřípadě pacientce dopomoc.
- Zajisti návštěvu nutriční terapeutky.
- Kontroluj pravidelný pitný režim.

*Hodnocení:* Pacientka má zajištěnou pohodlnou polohu a dosáhne na jídlo, je kontrolován a zaznamenáván P+V. Pacientka pije pravidelně. Pravou rukou nakrájí pouze měkké kousky jídla, s tvrdšími kusy ji pomáhá zdravotnický personál.

#### **4. 00110 Deficit sebezpečí při vyprazdňování v souvislosti s poruchou mobility projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává stud, smutek, nepohodlí. Trápí ji, že si výkon nemůže obhospodařit sama, nerada obtěžuje zdravotnický personál.

*Objektivně:* Pacientka je upoutána na lůžko, neschopna přemístit se na toaletu. Nedokáže si zajistit hygienu při vyprazdňování, je zcela závislá na pomoci druhé osoby.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka má zajištěnou řádnou hygienu po vyprázdnění stolice.
- Pacientka má zajištěnou řádnou péči o močový katétr.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Zajisti soukromí pacientky při vyprazdňování.
- Proveď důkladnou hygienu po vyprázdnění.
- Pečuj o močovou cévku.
- Pravidelně kontroluj místo zavedení močové cévky.
- Umístni signalizační zařízení na dosah ruky pacientky.
- Zmírni smutek a stud pacientky.
- Komunikuj s pacientkou při vykonávání hygieny po vyprázdnění.

*Hodnocení:* Pacientka má po ruce signalizační zařízení, při potřebě si zazvoní. Snaží se spolupracovat při otáčení. Má zajištěnou řádnou hygienu po vyprázdnění stolice, řádná hygiena je vykonávána i v oblasti výstupu močové cévky. Pacientka se cítí lépe, ale i nadále udává smutek a stud.

#### **5. 00011 Zácpa související s nedostatečnou mobilitou pacientky projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává pocit plnosti v konečniku, sníženou frekvenci vyprazdňování stolice. Chtěla by se vyprázdnit.

*Objektivně:* Snížená frekvence vyprazdňování stolice, nedostatek pohybu, nedostatečný příjem tekutin.

*Očekávaný výsledek:*

- Pacientka má pravidelnou frekvenci vyprazdňování.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Zajisti a kontroluj pravidelný příjem tekutin.
- Zajisti pravidelné návštěvy fyzioterapeutky.
- Podej léky podporující defekaci dle ordinace lékaře.
- Zachovej empatii, trpělivost.
- Zajisti soukromí pacientky.
- Podej klyzma dle ordinace lékaře.

*Hodnocení:* Pacientka má upravenou frekvenci defekace, nepocituje plnost v konečníku, má zajištěný pravidelný příjem tekutin. Pacientka se cítí lépe.

#### **6. 00136 Anticipační smutek související s cévní mozkovou příhodou projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává pocity smutku, obav, neštěstí z potenciální ztráty, z nemožnosti pohybu a obstarání si činností.

*Objektivně:* Ztráta schopnosti samostatně se obsloužit. Pacientka je posmutnělá, zamyšlená, mluví o budoucnosti, o rodině. Stýská se jí po domově, slzavé oči.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka otevřeně vyjádří své pocity.
- Pacientka má plnou podporu od zdravotnického personálu a rodiny.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Věnuj pacientce dostatek času.
- Vytvoř důvěrný vztah k pacientce.
- Komunikuj s pacientkou.
- Zajisti návštěvu rodiny.
- Vyslechni starosti a obavy pacientky.
- Povzbuzuj pacientku.
- Vysvětli pacientce, jaké možnosti do budoucna má.

*Hodnocení:* Pacientka otevřeně komunikuje o svých starostech a obavách, pravidelně ji navštěvuje rodina, která ji dodává sílu. Je ráda za každou komunikaci i se zdravotnickým personálem. Snaží se koukat na budoucnost optimisticky, ale smutná je pořád.

**7. 00118 Porušený obraz těla související s levostrannou hemiparézou projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientce není příjemný současný stav, cítí nepohodlí, úzkost, stydí se, má strach z odmítnutí a reakce ostatních.

*Objektivně:* Levostranná hemiparéza, sledování částí těla, projevy smutku, pocity bezmoci, změna vnímání částí těla.

*Očekávaný výsledek:*

- Pacientka se adaptuje na narušený obraz těla, snižuje míru úzkosti.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Vysvětlí pacientce důvod levostranné hemiparézy.
- Vysvětlí pacientce, jaké má možnosti rehabilitace.
- Komunikuj s pacientkou o jejich potížích a trápeních.
- Zapoj rodinu do procesu adaptace na narušený obraz těla.
- Vyslechni pacientku.
- Zajisti soukromí pacientky při rozhovoru.

*Hodnocení:* Pacientka chápe své tělesné změny, postupně se adaptuje na změny svého těla. Míra úzkosti se snížila, ale současný stav ji neustále trápí.

**8. 00146 Úzkost související s cévní mozkovou příhodou projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává úzkost, znepokojení.

*Objektivně:* Pacientka mluví o svých obavách, je úzkostná.

*Očekávaný výsledek:*

- Pacientky úzkost se zmírnila.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Vyslechni pacientku s úctou a respektem.
- Uklidni pacientku.
- Komunikuj s pacientkou o jejích obavách.
- Povzbuzuj pacientku.
- Zajisti návštěvu rodiny.
- Podej pacientce v rámci svých kompetencí dostatek informací o nemoci.

*Hodnocení:* Pacientka mluví o svých obavách. Má dostatek informací o nemoci a možnostech rehabilitace. Pacientky úzkost je mírnější, navštívila ji rodina.

#### **6.4.2 Potencionální diagnózy**

##### **9. 00047 Riziko porušení kožní integrity související s porušenou pohyblivostí pacientky na lůžku**

*Očekávaný výsledek:*

- Během hospitalizace nedojde k porušení kožní integrity

*Ošetrovatelské intervence:*

- Proved' důkladnou hygienu kůže
- Zajisti pravidelnou výměnu ložního a osobního prádla
- Udržuj lůžko čisté a suché
- Kontroluj pravidelně stav kůže
- Pravidelně polohuj pacientku
- Zamez působení nadměrnému tlaku na predilekční místa použitím antidekubitních pomůcek

*Hodnocení:* Během hospitalizace u pacientky k porušení kožní integrity nedošlo.

##### **10. 00004 Riziko infekce v důsledku zavedení PMK**

*Očekávaný výsledek:*

- Během hospitalizace u pacientky nedojde k infekci PMK.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Prováděj důkladnou hygienu a dezinfekci v okolí vstupu PMK.
- Kontroluj okolí vstupu PMK.
- Proveď výměnu PMK dle časového harmonogramu nebo dle nutnosti.

*Hodnocení:* Během hospitalizace u pacientky infekce nevznikla.

### **11. 00155 Riziko pádů související s omezenou hybností**

*Očekávaný výsledek:*

- Během hospitalizace u pacientky nedojde k pádu.

*Ošetrovatelská intervence:*

- Zvedni postranice u lůžka.
- Kontroluj pacientku.
- Dbej opatrnosti při polohování a hygieně.

*Hodnocení:* Během hospitalizace u pacientky k pádu nedošlo.

#### **6.4.3 Edukační plán**

Účel: Edukace pacientky s CMP zaměřená na nutnost dodržování pravidelného příjmu tekutin.

Cíl: Pacientka bude mít dostatek potřebných informací o rizicích vzniklých při nedodržení pravidelného příjmu tekutin.

Pomůcky: obrázky

Výuková metoda: rozhovor

- *Specifický cíl (kognitivní oblast):* Pacientka bude mít dostatek informací o rizicích vzniklých při nedodržení pravidelného příjmu tekutin.

Hlavní body plánu: Podám pacientce potřebné informace

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: Pacientka zná všechna rizika vzniklá při nedodržení pravidelného příjmu tekutin.

- *Specifický cíl (afektivní oblast):* Pacientka bude chtít dodržovat pravidelný příjem tekutin.



Hlavní body plánu: Zbavím pacientku obav z nedostatečné vůle dodržovat pravidelný pitný režim.

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: Pacientka má pozitivní přístup a snahu dodržovat pravidelný pitný režim, má dobrý pocit, že udělá něco správného pro své zdraví.

Pacientka se po edukaci snaží dodržovat pravidelný pitný režim.

## 6.5 Rozhovor s pacientkou č. 1

### Okolnosti vzniku cévní mozkové příhody

- Kdy u Vás došlo ke vzniku cévní mozkové příhody a jak to vzniklo?

*Bylo to v neděli 6. listopadu, to si dobře pamatuji, dopoledne asi kolem půl deváté. Byla jsem nakoupit a přišla jsem domů, chtěla jsem jít na záchod a už jsem tam nemohla dojít. Nohy mě neposlouchaly, vlastně ani ta ruka. Ta noha byla taková divná, i ta bota se mi pořád vracela, prostě mě neposlouchala levá noha ani ruka. No, a potom jsem spadla, přišel manžel a syn, pomohli mi a zavolali mi sanitku. To je všechno, co vím.*

- Jaké jste měla příznaky a co jste udělala?

*Byla jsem úplně bezvládná, jako hadr. Manžel zrovna přišel z venku, šel si koupit noviny, ale to už jsem ležela na zemi, to si ještě pamatuji. Pomohl mi i syn, ten byl vedle v pokoji, tak ke mně hned přilétl, když uslyšel tu ránu, jak jsem upadla. Necítila jsem púlku těla, nohu ani ruku, jak kdyby ani nebyly moje. Měla jsem hrozný strach, nechápala jsem, co se to se mnou děje, když jsem nemohla pohnout s rukou ani s nohou. Nemohla jsem dělat vůbec nic. Řekla jsem mužským, ať mi zavolají sanitku, protože jsem se nemohla hnout, no tak mi ji zavolali a lékaři přijeli a odvezli mě.*

- Znáte příčinu této příhody?

*Příčinu příhody neznám, netuším, čím by to mohlo být způsobené. Já se snažím žít a jíst zdravě, ani nekouřím, alkoholu neholduju, snad jen sklenku vína na Vánoce a při nějaké té rodinné oslavě narozenin, ale jinak alkohol nemusím.*

- Je to Vaše první prodělaná cévní mozková příhoda?

*První byla v roce 2002, ale to nebylo nic takového velkého, nic mi nebylo. Rukama i nohama jsem mohla tenkrát hýbat normálně.*

- Co Vás v souvislosti s onemocněním nejvíce trápí?

*Nejvíce mě určitě trápí to, že nemůžu chodit, nemůžu se obsloužit sama, musím neustále někomu říkat a otravovat ho, to já tak nerada. Je to vážně hrozné, když si člověk všechny ty věci nemůže udělat sám. (Pacientka kouká smutně na svoji deku.) Když něco potřebuji, tak si zazvoním na sestřičky a ty přijdou a pomohou mi. Občas si řeknu i tady paní na pokoji, abych nemusela otravovat sestřičky s každou maličkostí. Sestřičky jsou hodné, daly mi zvoneček k posteli tak, abych na něj dosáhla, když potřebuji něco nutného, můžu si zazvonit a ony přijdou. Kéž bych to, ale zvládala všechno sama. (Pacientka má opět smutný výraz s pohledem zaměřeným na svoji deku.)*

### **Jídlo, pití**

- Potřebujete dopomoc při příjmu potravy a tekutin?

*To určitě potřebuji.*

Jste schopna sama zaujmout vhodnou polohu k jídlu?

*Potřebuji, aby někdo přišel a zvedl mi lůžko pod zády a posadil mě, sama to nezvládnou.*

Jste schopna si sama dopravit potravu do úst?

*Pravou rukou to zvládnou sama, ale musí mi to jídlo někdo přinést a dát na stoleček tak, abych na něj dosáhla.*

Zvládnete si sama nakrájet jídlo?

*Ne, to neudělám. Když si to nemůžu podržet levou rukou, tak to nezvládnou.*

Dokázala byste si namazat již rozkrojený rohlík/chleba?

*To taky nedokážu, s tím mám stejný problém, jako při krájení. Ta druhá ruka mi prostě chybí.*

Používáte při jídle nějaké kompenzační pomůcky?

*Žádné pomůcky k jídlu nepoužívám. Když mě sestřičky k jídlu posadí, tak se tou pravou rukou najím.*

Máte problémy s polykáním?

*Nemám, musím zaklepat, že polykat se mi polyká zatím dobře.*

A sníte celou porci jídla?

*Nesním, je to na mě moc velká porce. Doma si toho tolik taky nenakládám, vždy si naložím méně, ale vaří tady dobře, chutná mi to. Sním, co se do mě vejde. (Pacientka se usmívá.)*

Jaké množství tekutin vypijete za den?

*To přesně nevím, možná čtyři malé hrnečky za den. Nemůžu se dokopat, když žízeň nemám, tak se nedonutím napít. Pan doktor mi říkal, že musím vypít alespoň litr a půl, ale já mu na to odpověděla, že to nevypiju. Musím se nutit.*

Potřebujete při pití dopomoc?

*Když to mám na stolečku na dosah ruky, tak to zvládám. Pravou rukou to vezmu a napiju se. Když nedosáhnu a mám žízeň, tak si musím zazvonit sestřičkám, nebo poprosím tady paní na pokoji, aby mi pití podala.*

Zhubla jste od doby, co Vás postihlo onemocnění?

*Nevím, kolik teď vážím, zhubnout bych už vyloženě potřebovala. Drásá mi to nervy, od té doby, co jsem tady, tak jsem vážená nebyla, ale měla bych se zvážit. Určitě jsem nabrala, když tady jen tak ležím a nemohu se hýbat. (Pacientka vzdychá.)*

## **Oblékání**

- Potřebujete pomoc při oblékání a svlékání?

*Sama se neobleču, potřebuju pomoc, aby mi někdo obléknul, to je vážně hrozný se mnou. Zkoušela jsem si zapnout knoflíky na košilce alespoň tou pravou rukou, ale moc mi to nejde, jsem u toho taková nemotorná. Navíc budu muset říct manželovi, aby mi koupil košilku, která bude mít knoflíky po celé délce, protože s touhle košilí jsou akorát tak problémy. Košilka je úzká, jak nemohu hýbat s rukou, musí mi sestřičky pomáhat oblékat mě po hygieně a kolikrát tu košilku nemůžou ani sundat, akorát jim předělávám další starosti.*

## Hygiena

- Jak jste soběstačná v osobní hygieně?

*Když dostanu lavor s vodou k posteli na stoleček, tak trochu zvládám si vodou ošplouchnout obličej, ale přijde mi, že to teď v mém podání není moc důkladné. Jsem raději, když mi někdo pomůže, protože to teď vážně moc nezvládám. No a s hygienou těla už si neporadím vůbec, umývají mě sestřičky tady v lůžku. Nejsou raději bych si vše udělala sama, kdyby to tak šlo, ale skoro se nehnu.*

## Vyprazdňování

- Jak jste soběstačná ve vyprazdňování?

*Na toaletu si bohužel nedojdu. Když se mi chce na stolic, tak si zazvoním na sestřičky a ty mi dají pod zadek tu mísu. Já vím, že je jim to třeba nepříjemné, ale neřeknou nic, ale já se musím omlouvat, protože je mi to tak trapný. Na moč mám nějakou cévku, která jí odvádí do pytlíčku.*

- Jak se změnilo Vaše vyprazdňování po příhodě?

*Momentálně mám zácpu. Jindy to ze mě vylétne, aniž bych chtěla, to pak úplně koukám, jako blázen, co to ze mě všechno leze. Potřebuji takovou stravu, aby se mi to upravilo, nějakou hutnou. Na moč mám tu cévku a problémy s tím žádné nemám. Akorát jsem měla včera pocit, že mi praskne močový měchýř nebo, že se snad i počůřám, přitom jsem měla tu hadičku, co odvádí moč, zavedenou, tak jsem nechápala, co se děje. Ráno u hygieny jsem to řekla sestřičkám, že mám pocit, že mi praskne močový měchýř a sestřičky se koukly na tu hadičku, co tu moč odvádí a přišly na to, že jsem si na ní ležela a asi jsem ji i nějak zaštípla. To víte no, jak tu nohu necítím, tak jsem tu hadičku úplně zalehla. Teď už je to naštěstí všechno dobrý. (Pacientka se usmívá.)*

## Pohyb

- Jak Vám vyhovuje lůžko?

*Ale jo, lůžko mi vyhovuje, dá se zvednout pod hlavou, tak je to dobrý.*

Nemáte někdy pocit, že z lůžka spadnete?

*Ne, to nemám. Tak oni jsou tady ty speciální postranice na to, takže jsem zatím ani nepřemýšlela o tom, že bych někam padala a ani jsem během hospitalizace nespadla. (Pacientka se usmívá a jednou rukou se chytá za postranici.)*

Používáte nějaké kompenzační pomůcky při změně polohy na lůžku?

*Pomůcky žádné nemám. Já se sama nepřetočím ani neposunu. Mám strašně slabé tělo a druhá půlka těla mi přijde hrozně těžká. Mě otáčejí sestřičky, i mi zvedají pod hlavou lůžko, chuděry se tady se mnou musí držet. No nejraději jsem, když mi přetočí na záda nebo na bok.*

Trpíte v současné době náhlou ztrátou rovnováhy a závratí?

*Ne netrpím, možná, kdybych byla schopná se postavit, že by se mi ta hlava trochu zamotala. Takhle, jak ležím, tak žádné problémy se závratí nebo s rovnováhou nemám.*

Máte problémy s koordinací pohybů?

*Akorát tu ruku občas nemůžu najít, jak ji necítím, jako třeba teď. (Pacientka hledá pravou rukou levou ruku.)*

## **Spánek**

- Jaké změny jste od cévní mozkové příhody zaznamenala ve spánku?

*No, z pátku na sobotu jsem byla vyspalá normálně, pak se mi to stalo, ze soboty na neděli, ale já si myslím, že spím pořád stejně. Jsem odjakživa takový spachtoš. (Pacientka se usmívá.) Doma se často v noci budím, protože musím čůrat, potom ale usnu a spím celou noc dobře. Tady se vzbudím v noci jen někdy, ale hned jsem zase tuhá a spím dál. Paní na pokoji mi říkala, že jí vadí, když je hluk na chodbě, to já zavřu oči a už dřímám.*

Jak se cítíte po spánku?

*Po spánku je mi dobře a cítím se odpočatě. Unavená jsem občas přes den, ale není to nedostatkem spánku, spíš bych řekla, že jsem unavená z toho ležení. Jak na to člověk není zvyklý, tak to člověka unavuje, ta nečinnost a nicnedělání. Je to jen nepatrná únava.*

## **Komunikace**

- Měla jste hned po příhodě problém s mluvením?

*Syn povídal, že jsem mu říkala, že mi není dobře a moc mi to nešlo vyslovit. Já nevím, moc si to nepamatuji, ale se zdravotním personálem jsem se dorozumívala bezproblémově. Žádný problém v tom nebyl a já jsem normálně řekla, co jsem potřebovala. Ani teď si nejsem žádných problémů vědoma. Já si myslím, že mluvím dobře, tak snad je vše v pořádku a nebudu potřebovat ani logopeda.*

## **Sociální oblast**

Máte u sebe všechny věci potřebné k pobytu v nemocnici?

*Ano, mám. Když něco potřebuju, tak mi to chlapi přinesou, ale myslím, že tady mám všechno, nic mi neschází.*

Jste ve spojení s pracovníky rehabilitačního týmu?

*Akorát fyzioterapeutka za mnou byla, jinak jen doktoři a sestry za mnou chodí.*

Využíváte, krom již zmíněných, nějaké další kompenzační pomůcky?

*Jo, mám brýle. Když čtu nebo luštím, tak je potřebuji.*

Dělá Vám problém přizpůsobit se chodu nemocnice?

*Mně to nevadí, protože já už jsem ráno stejně vzhůru dávno před tím, než chodí personál na pokoje a aspoň se tu něco děje.*

Rozumíte si s pacientkami na pokoji?

*Jo, paní je velice hodná tady. Často ji požádám o pomoc, když něco nezvládám, ale jen, když to není něco náročného. Paní doktorka, co ležela uprostřed, odešla včera. To byla taky hodná paní, tak jsme si spolu vyměnily čísla, abychom si pak někdy zavolaly.*

- Jaká jsou Vaše přání a plány do budoucna?

*Abych byla zdravá, aby to vše fungovalo, abych mohla chodit a sama se obsloužit. Plány žádné nemám. Mně stačí pochovat si vnučata. Chodíme spolu na procházky, na zvířátka do zoo, někdy hrajeme na hřišti kopanou, to je má největší radost. No bojím se toho, co*

*bude, jestli se ještě někdy postavím, nebo tu budu jen tak bezvládně ležet. (Pacientka má slzavé oči a je smutná.)*

## **Rodina**

- Jaké jsou podmínky Vašeho bydlení?

*Já žiju s manželem a se synem. Mám ještě dvě dcery, obě jsou už vdané. Celá rodina je pro mě obrovskou oporou, hrozně moc mi chybí. Nedovedete si představit, jak moc se na ně těším, až mě přijedou navštívit. Byli se na mě podívat zrovna včera a přijedou zase v neděli. Jindy bohužel nemůžou, chodí do práce, než skončí a dostanou se do Plzně, je už pozdě. Já to chápu, dřív jsem také pracovala, jako dojička krav, tak vím, jak to v práci chodí, teď už jsem v důchodu.*

## **Psychika**

- Jak byste hodnotila Vaši situaci nyní?

*Chci být už zdravá, šťve mi tahle situace. V jednu chvíli jsem taková veselá a v zápětí jsem celá posmutnělá a depresivní. Střídá se mi to, jako na houpačce. Já se snažím na to nemyslet, ale člověk tady jen přemýšlí, tak je mi pak z toho všeho smutno. Naštěstí mám rodinu, která mi vždy zvedne náladu, dokonce i v této situaci.*

- Máte pocit výpadků paměti?

*Já si vše pamatuji dobře, i to, co bylo včera, i to co bylo před rokem. Myslím si, že je to pořád stejný a nic se nezhoršilo, naštěstí.*

## **6.6 Kazuistika č. 2**

Pohlaví: žena

Rok narození: 1955

Datum příjmu: 11. 11.2014

Zaměstnání: částečný invalidní důchod (dříve poštovní doručovatelka)

Alergie: tráva, obilí

Kouření: exkuřačka (4 roky)

Alkohol: nepije ani příležitostně

60- letá vaskulárně riziková pacientka (DM II. typu na PAD a inzulinoterapii, exkuřačka), přijata 11. 11.2014 na NK pro subakutní ischemické CMP z pravé přední cirkulace s levostrannou hemiparézou. Pacientka za hospitalizace komplexně vyšetřena (CT mozku nativně, Sono DUSG ET – vše bez patologie, EKG se SR, akcí pravidelnou, bez známek akutního koronárního syndromu, laboratorně bez zásadní patologie). Chronicky bolesti LS páteře s propagací do PDK (pseudoradikulární iritace L5 dx.). Postupováno konzervativně – infúzní analgetická terapie s částečným efektem. Doplněno EMG vyšetření (suspekce na diabetickou polyneuropatii), kde PNP vyloučena. Pacientka je afebrilní, nesoběstačná, bez fatické poruchy, s levostrannou hemiparézou. Výhledově překlad na neurorehabilitaci.

#### **Osobní anamnéza:**

Pacientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci. Od roku 1976 byla přechodně léčena pro ŠŽ tyroglobulinem. V roce 1982 parciální resekce ŠŽ, nyní recidiva adenomu, od roku 2003 bere Euthyrox, Utrhyrox oddo. Od roku 1979 bolesti páteře (polyatralgie). V roce 1996 kolonoskopicky zjištěn dráždivý tračník. Roku 1998 přechodně vyšetřována pro poruchy srdečního rytmu s negativním nálezem. Od roku 1998 se léčí pro hypertenzi. Od roku 2004 má depresivní obtíže. Roku 2004 herpes zoster thoracicus vlevo (příčina nezjištěna). V roce 1994 operace APPE, 1995 CHE pro solitární cholecystolitiázu. Roku 2005 operace kotníku vpravo (přetrhané vazy).

#### **Rodinná anamnéza:**

Matka zemřela v 84 letech stářím, otec zemřel v 52 letech na CMP, sestra (50 let) je zdráva, dcera (38 let) je zdráva.

#### **Gynekologická anamnéza:**

Pacientka chodí pravidelně na preventivní prohlídky. Má 1 dítě (dceru), porod proběhl bez komplikací, žádné potraty, žádné gynekologické operace. Menarche v 15 letech, poslední menses v lednu 2006.

#### **Sociální anamnéza:**

Pacientka žije s manželem v paneláku.



**Pracovní anamnéza:**

Dříve poštovní doručovatelka, nyní ČID pro vertebrogenní potíže.

**Farmakologická anamnéza:**

Chronická medikace: Isoptin SR 240 tbl. (1-0-0), Euthyrox 75 ug tbl. (1-0-0), Rosucard 20 mg tbl. (0-0-1), Cymbalta tbl. (1-0-0), Humulin R s.c. (10-10-10j), Ifirmasta 150 mg tbl. (1-0-0), Triticid tbl. (0-0-3/4), Siofor 850 mg tbl. (1-0-1), Claritin tbl. (1x1) v pylové sezóně, Helicid 20 mg tbl. při pyróze. Medikace na NK: chronická medikace, Trombex 75 mg (1-0-0), Fraxiparine 0,3 ml s.c. (1-0-0), Diklofenak tbl. (1-0-1), Perfalgan 1g i.v. (1-0-0), Plasmalyte i.v. PP.

**Lékařské diagnózy:**

Akutní diagnózy:

- I633 Mozkový infarkt způsobený trombózou mozkových tepen - ischemická CMP vpravo hemisferálně, klinicky levostranná hemiparéza

Chronické a anamnestické diagnózy:

- E118 DM nezávislý na inzulínu s neurčenými komplikacemi
- M5499 Vertebrogenní algický syndrom v oblasti LS páteře
- K297 Lehká erosivní esogastritida dist. jícnu a GE junkce, lehká erosivní antrální gastropatie 09/2006
- K742 Jaterní steatoza
- E048 Hypofunkční struma
- I10 Arteriální hypertenze
- E780 Hyperlipidemie
- F329 Depresivní porucha
- Z479 St. p. OS fract.fibulae I. dx. W-B 12/05
- E065 Stav po subtotální resekci ŠŽ 1982 s recidivou adenomu vlevo

## 6.7 Ošetrovatelský model Nancy Roperové

### 1. Udržování bezpečného prostředí

*Subjektivně:* Pacientka žije s manželem v paneláku. Údajně se občas pohádají, ale jinak mají hezký vztah a vzájemně o sebe pečují. Pacientka udává, že nejlépe a nejbezpečněji se cítí doma, nemocnice ji nahání hrůzu a strach. Už se těší domů na manžela a na svého psa. O svém volném čase ráda chodí s kamarádkami na kafe, do divadla, sleduje oblíbené pořady v televizi. Na čtení potřebuje brýle.

*Objektivně:* Pacientka přes den poslouchá rádio. Z nemocničního prostředí je neklidná a znepokojená, stýská se jí po domově. Má spíše depresivní náladu, je plačtivá a méně komunikativní. Při návštěvě někoho blízkého z rodiny je veselejší.

### 2. Komunikace

*Subjektivně:* Pacientka udává, že jí komunikace s cizími lidmi nevadí, ale raději vede konverzaci s někým, koho zná. Mezi cizími lidmi se necítí moc dobře, raději si popovídá s manželem, dcerou nebo s kamarádkami.

*Objektivně:* Pacientka je bez fatických poruch řeči, na odpovědi odpoví, ale sama konverzaci nevyhledává. Je spíše introvert a méně důvěřivá. Pomoc od zdravotnického personálu neodmítá. Trpělivým a empatickým přístupem se mi podařilo navázat s pacientkou důvěrný vztah.

### 3. Dýchání

*Subjektivně:* Pacientka udává, že se jí dýchá hůře při inverzi a v sauně. Momentálně dýchá bez potíží, nemá dušnost. Před spaním musí být pokoj vždy čerstvě vyvětraný, jinak neusne. Kašel měla naposledy 2 týdny před CMP, brala Mucosolvan.

*Objektivně:* Pacientka není cyanotická, pobledlá ani dušná, nekašle. Frekvence dýchání je v normě v souladu s pohybem. Saturace krve kyslíkem se pohybuje v rozmezí kolem 96%.

### 4. Jídlo a pití

*Subjektivně:* Pacientka udává, že často poruší diabetickou dietu a dá si, na co má chuť. Doma vaří jídla, která jí chutnají, co si naloží, to sní. Nemocniční jídla jí nechutnají, ale i tak se snaží sníst alespoň půlku porce. Je zvyklá pít 2x denně černou kávu, alkohol nepije.

Doma se snaží dodržovat pitný režim, alespoň 1,5 l/den. Napije se vždy, po vykonání nějaké činnosti, ale nyní pouze leží na lůžku a je to pro ni obtížnější. Neudává problémy s polykáním, ale udává obtížnější stravování v důsledku levostranné hemiparézy.

*Objektivní:* V důsledku levostranné hemiparézy má pacientka velké obtíže se stravováním. Jídlo musí být na dosah ruky pacientky, nakrájené, namazané, obaly otevřené, poté si již pacientka dokáže dopravit jídlo do úst sama. Sní tak půlku porce. V důsledku DM II. typu má nastolenou diabetickou dietu, kterou během hospitalizace dodržuje. Vzhledem ke změně prostředí a omezené hybnosti je dodržování pitného režimu pro pacientku obtížnější. Pro pití si sama nedojde, musí být umístěno u pacientky na stolečku a pro větší komfort při pití se dává do hrníčku brčko. Pacientka má svoje zuby. Pravou ruku má plně funkční a nevyužívá k jídlu žádné kompenzační pomůcky. Během hospitalizace pacientka přibrala 1 kg (celkově trpí obezitou I. stupně, proto doporučena redukční dieta).

## 5. Vylučování

*Subjektivně:* Pacientka udává, že je na sebe nahněvaná, kvůli nesamostatnosti v oblasti vyprazdňování stolice a vylučování moče. Je pro ni ponižující prosit druhou osobu o pomoc související s přemístěním na pojízdný klozet a zajištěním hygieny po vyprázdnění. Pociťuje obrovský stud a nechce, aby ji někdo litoval. Má pocit, že všem okolo jen přidělavá starosti. Pacientka neudává žádné bolesti při vyprazdňování.

*Objektivně:* Pacientka má zavedený močový katétr, moč je bez zápachu a příměsí, zaznamenává se pravidelně P+V. V případě potřeby vyprázdnění stolice si pacientka zazvoní a zdravotnický personál jí pomůže na pojízdný klozet, který je umístěný hned u lůžka. V případě akutní potřeby vyprázdnění je pacientce dána podložní mísa přímo na lůžku. Frekvence odchodu stolice je 1x za 2 dny. Pacientka je v oblasti vyprazdňování zcela nesoběstačná, s dopomocí se dokáže akorát posadit na pojízdný klozet, ale nedokáže se sama obsloužit. Hygiena po vyprázdnění musí být zajištěna druhou osobou. Pacientka na mě působí dojmem rezignace, co se týká této oblasti, je plačtivá, nahněvaná sama na sebe, úzkostná a projevuje velký stud.

## 6. Osobní hygiena a oblékání

*Subjektivně:* Pacientka udává, že je zvyklá doma provádět osobní hygienu dle potřeby, alespoň 1x denně. Nyní na osobní hygienu nemá náladu, ale ví, že je třeba se umýt. Je jí

nepříjemné být odhalená před cizí osobou, má pocit, že je jako malé dítě, které se nedokáže sama vykoupat, obléci ani najíst. Cítí se velmi trapně.

*Objektivně:* Vzhledem ke špatné pohyblivosti a svalové slabosti je hygiena prováděna na lůžku. Pacientka je v oblasti hygieny nesoběstačná, zvládne si umýt pouze obličej, krk a vyčistit zuby, má-li lavor na dosah ruky. Důkladnou hygienu provádí zdravotní personál. Pacientka při hygieně nekomunikuje, je stydlivá, občas plačtivá. Při oblékání je zcela nesoběstačná, knoflíky si zapne sama pravou rukou.

#### 7. Kontrola tělesné teploty

*Subjektivně:* Pacientka nepocítuje zimu ani návaly horka.

*Objektivně:* Tělesná teplota je měřena 2x denně (ráno a večer), hodnoty TT jsou v normě. Pacientka měla na pohmat studené ruce a nohy, po 30 minutách od navléknutí ponožek a řádného přikrytí se pacientka opět zahřála.

#### 8. Pohyb

*Subjektivně:* Pacientka má strach, že už se nebude moct nikdy samostatně projít a obhospodařit. Uvádí, že se na sebe nerada dívá, její ochrnuté končetiny se jí hnusí. Má pocit hněvu a úzkosti, chybí jí samostatnost a spontánnost udělat jakýkoliv pohyb. Radost neprojevuje ani při chůzi o francouzské holi s doprovodem fyzioterapeutky. Během stoje nepocítuje závrať. Občas pocítuje při pohybu bolesti páteře.

*Objektivně:* Pacientka je v důsledku levostranné hemiparézy, svalové slabosti a špatné pohyblivosti upoutána na lůžko. Poslední dny došlo k zlepšení a s velkou pomocí fyzioterapeutky se dokáže postavit a udělat pár krůčků, podepřená o 1 francouzskou holi s mírným předkopáváním LDK. Má snížené cití na celé levé polovině těla, včetně levé tváře, na HK nejvíce snížené cití ulnárně od prstů po axillu, parestezie prstů. Na DK nižší cití, zejména od kolene distálně. Pacientka je posmutnělá, plačtivá, neraduje se z pokroků.

#### 9. Práce a hry

*Subjektivně:* Pacientka nemá náladu cokoli dělat. Uvádí, že vlivem omezené pohyblivosti toho stejně moc dělat nemůže. Přála by si, aby zase mohla chodit a všechno by si ráda udělala sama. Důležitá je pro ni rodina. Neví, zda se bude moct vrátit do práce.

*Objektivně:* Pro pacientku jsou členové rodiny velmi důležitou psychickou podporou, navštěvují jí každý den. Pacientka přes den poslouchá rádio, občas prohodí pár slov s pacientkou na pokoji nebo se zdravotním personálem. Přemýšlí o své nemoci a návratu do práce.

#### 10. Projevy sexuality

*Subjektivně:* Pacientka udává, menarche v 15 letech, poslední menses (leden 2006). Na preventivní prohlídky chodí pravidelně. Má 1 dítě (dceru), porod proběhl bez komplikací, žádné potraty, žádné gynekologické operace.

*Objektivně:* Pacientka žije s manželem. Gravidní byla jednou, porod proběhl bez komplikací. Nyní je po klimakteriu.

#### 11. Spánek

*Subjektivně:* Pacientka udává zhoršený spánek, uvádí, že je to změnou prostředí. Špatně se jí usíná, usne až kolem půlnoci, někdy i déle, budí se kolem páté hodiny ráno. Občas se přes den cítí unavená.

*Objektivně:* Pacientka má problémy s usínáním, usíná pozdě a ráno je vzhůru už kolem páté hodiny. Má kruhy pod očima, přes den ospává a zívá.

#### 12. Umírání

*Subjektivně:* Pacientka udává, že je ateistka. Má respekt z umírání.

*Objektivně:* Pacientka má respekt ze smrti a odmítá na toto téma hovořit. Je posmutnělá.

### **6.8 Fyzikální vyšetření pacientky**

Datum fyzikálního vyšetření: 11. 11.2014

- TK: 140/90 mmHg (po celou dobu hospitalizace TK stabilizován)
- P: 78/min
- D: 18/min
- Hmotnost: 86 kg
- Výška: 161 cm
- Vědomí: Pacientka orientovaná časem, místem, osobou, situací, při vědomí.

*Využívané kompenzační pomůcky:*

- Brýle (kombinované)
- Francouzská hole (1)
- Pojízdny klozet (gramofon)

*Výsledky z měření dle použitých škál:*

- Barthelův test základních všedních činností: (30 bodů) – vysoce závislá
- Dospělé nutriční skóre: (4 body) – nutné vyšetření nutričním terapeutem
- Glasgow coma scale: (15 bodů) – pacientka má plné vědomí
- Hodnocení rizika pádů: (skóre 5) – pacientka je ohrožena rizikem pádu
- Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové: (20 bodů) – riziko vzniku dekubitů
- Interference bolestí s denními aktivitami: (2) – bolesti má, nedá se od nich zcela odpoutat pozornost, nezabraňuje však provádění běžných denních činností (bez chyb)
- Beckova sebesuzovací stupnice deprese: (19 bodů) – lehká až střední deprese

## **6.9 Plán ošetrovatelské péče**

Plán ošetrovatelské péče byl pro pacientku sestaven na lůžkovém oddělení neurologické kliniky.

### **6.9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

- 1. 00133 Chronická bolest LS páteře v důsledku pseudoradikulární iritace L5 dx. projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává občasnou bolest LS páteře s propagací do PDK. Má-li bolest, nemůže od ní odpoutat pozornost, bolest je nepříjemná, vystřeluje do PDK.

*Objektivně:* Výraz tváře odpovídající bolesti, při bolesti si řekne o léky na bolest. V důsledku bolesti LS páteře ČID (listonoška).

*Očekávaný výsledek:*

- Pacientka bude mít zajištěné zmírnění bolesti dle potřeby.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Umístní signalizační zařízení na dosah ruky pacientky.
- Podej analgetika při bolesti dle ordinace lékaře.
- Namasíruj záda a promazej kafrem.
- Uveď pacientku do pohodlné polohy.
- Snaž se odpoutat pozornost pacientky od bolesti.
- Pravidelně kontroluj stav a bolest pacientky.

*Hodnocení:* Po podání analgetik se bolesti pacientky zmírní.

## **2. 00102 Deficit sebekpěče při jídle související s omezenou hybností projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává neschopnost sama si připravit jídlo, otevřít nádoby či obaly. Vadí jí, že občas hodně drobí a má pak drobky v posteli či omáčku na oblečení. Ráda by se obsloužila zcela sama, ale je ráda za pomoc od druhé osoby. Udává smutek.

*Objektivně:* Pacientka si dokáže dopravit potravu z talíře do úst, má-li talíř na dosah ruky. Má velké potíže při krájení masa nebo větších kusů potravy. Rohlík si vzhledem k levostranné hemiparéze sama nerozkrojí. Snaží se namazat si sama chleba paštikou, ale mistička s paštikou ji ujíždí po stolečku, neboť si ji nemůže přidržet druhou rukou. S krájením a mazáním jí musí pomáhat druhá osoba. Pacientka je smutná, je jí líto, že výkon nezvládá sama. Aplikaci inzulínu provádí sestřičky.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka má zajištěnou pomoc od druhé osoby.
- Pacientka dosáhne na jídlo.
- Pacientka má zajištěnou ochranu oblečení při jídle.
- Pacientky smutek se zmírní.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Uveď pacientku do správné polohy.
- Umístní stolec s jídlem a pitím na dosah ruky pacientky.

- Dej pacientce ochranu před zašpiněním oblečení.
- Pomoc pacientce rozkrájet a namazat jídlo.
- Optej se, zda nepotřebuje ještě s něčím pomoci.
- Kontroluj, zda pacientka zvládá stravování.
- Zbav po jídle pacientku i lůžko drobků.

*Hodnocení:* Pacientka má při jídle zajištěnou pomoc od druhé osoby. Jídlo je umístěné vždy na dosah ruky, je uvedena do sedu s podepřenými zády, neudává problémy s polykáním. Pacientky smutek z neschopnosti si obstarat jídlo zcela sama stále trvá.

### **3. 00108 Deficit sebepečce při koupání a hygieně související s omezenou hybností projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka se při hygieně cítí trapně a nepříjemně. Nemá na provádění hygieny náladu, ale ví, že je třeba ji vykonat. Udává, že se cítí jako malé dítě, když se nedokáže sama vykoupat. Nerada se odhaluje před cizími lidmi.

*Objektivně:* Hygiena se v důsledku svalové slabosti a omezené hybnosti provádí na lůžku. Pacientka není schopna se sama vykoupat, je v oblasti koupání a hygieny nesoběstačná. Hygienu obličeje, krku a dutiny ústní zvládá na úrovni svých schopností, má-li pomůcky na dosah ruky. Během hygieny se cítí nepříjemně, je stydlivá, občas plačtivá.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka má zajištěnou hygienu od druhé osoby.
- Pacientka leží v čistém a suchém lůžku.

*Ošetřovatelské intervence:*

- Zajisti soukromí a intimitu pacientky při hygieně.
- Zajisti celkovou koupel pacientky na lůžku.
- Namazej pacientce záda kafrem.
- Podporuj pacientku při provádění hygieny obličeje a dutiny ústní.
- Motivuj pacientku v provádění hygieny na úrovni svých schopností.
- Zajisti udržování pacientky v čistém a suchém lůžku.
- Komunikuj s pacientkou při hygieně.



*Hodnocení:* Pacientka si hygienu obličeje a dutiny ústní dokáže provést sama, má-li pomůcky na dosah ruky. Celková hygiena je zajištěná zdravotnickým personálem. Pravidelně je kontrolován stav lůžka a v případě znečištění či vlhkosti je povlečení vyměněno za čisté a suché. Při koupeli se pacientka cítí velmi nepříjemně, ale už není plačtivá. Udává, že se po umytí cítí svěží a upravenější.

#### **4. 00109 Deficit sepeče při oblékání a úpravě zevnějšku související s levostrannou hemiparézou projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka uvádí, že ji zapínání knoflíků pravou rukou nedělá problémy. Sama se obléci nedokáže. Potřebuje, aby ji někdo obléknul. Pociťuje smutek.

*Objektivně:* Pacientka potřebuje při oblékání pomoc od druhé osoby, je v této oblasti nesoběstačná. Dokáže si zapnout knoflíky. Při oblékání se snaží pomáhat alespoň zvednutím pravé ruky, předkloněním, zvednutím pravé nohy. Dokáže se sama učesat pravou rukou. Působí na mě posmutněle.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientky smutek se zmírní.
- Pacientka má zajištěnou pomoc při oblékání a úpravě zevnějšku.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Zajisti soukromí pacientky při oblékání.
- Komunikuj s pacientkou při oblékání.
- Podporuj a chval pacientku při snaze pomáhat při oblékání.
- Zajisti pomoc při oblékání.
- Umístni pomůcky potřebné k úpravě zevnějšku na dosah ruky pacientky.

*Hodnocení:* Pacientka je v oblasti oblékání nesoběstačná, ale snaží se pomáhat. Má zajištěné oblékání od zdravotnického personálu. Úpravu obličeje a vlasů zvládá sama. Pacientku trápí, že si výkon nemůže obhospodařit sama, ale je méně smutná.

#### **5. 00110 Deficit sepeče při vyprazdňování související s omezenou hybností poloviny těla projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka je na sebe nahněvaná kvůli nesamostatnosti v oblasti vyprazdňování. Pociťuje obrovský stud. Nerada obtěžuje personál při potřebě na toaletu.

*Objektivně:* Pacientka zvládá vyprazdňování stolice na pojízdném klozetu u lůžka, na který musí být doprovázena druhou osobou. V případě akutní potřeby vyprázdnění stolice, je dána pacientce podložní mísa na lůžku. Odchod moče je zajištěn zavedeným močovým katétre. Toaletu po vyprázdnění musí obhospodařit druhá osoba.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka má zajištěnou řádnou hygienu po vyprázdnění stolice.
- Pacientka má zajištěný doprovod na pojízdný klozet.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Zajisti soukromí pacientky při vyprazdňování.
- Zajisti doprovod na pojízdný klozet.
- Kontroluj pacientku, aby neomdlela.
- Zajisti hygienu po vyprázdnění, včetně hygieny v místě vstupu močového katétru.
- Komunikuj s pacientkou při hygieně po vykonání potřeby.
- Umístni signalizační zařízení na dosah ruky pacientky.

*Hodnocení:* Pacientka má zajištěný doprovod na gramofon a důkladnou hygienu po vyprázdnění. Neustále pociťuje obrovský stud.

## **6. 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku související s levostrannou hemiparézou projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává nesoběstačnost ve změně polohy na lůžku.

*Objektivně:* Pacientka se nedokáže sama otočit na pravý bok, ani otočit se ze zad na břicho a obráceně. S velkým úsilím a námahou se v lůžku posadí, přidržení za pravou postranici, ale nedokáže v této poloze setrvat dlouho bez vypodložených zad, proto si po chvíli opět lehne na záda. Její pohyblivost na lůžku je velmi omezená. S úpravou polohy na lůžku jí musí pomáhat druhá osoba.

*Očekávaný výsledek:*

- Pacientka má zajištěné pravidelné polohování dle časového harmonogramu.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Pravidelně polohuj pacientku dle časového harmonogramu.
- Chval a povzbuzuj pacientku při samostatně změněné poloze na lůžku.
- Motivuj pacientku ke snaze samostatně měnit polohu na lůžku.
- Komunikuj s pacientkou.
- Kontroluj stav kůže pacientky.
- Umístni signalizační zařízení na dosah ruky pacientky.
- Dopomáhej pacientce při změně polohy na lůžku.

*Hodnocení:* Pacientka se každý den na chvíli v lůžku posadí s náklonem na pravou stranu směrem k postranici, její sed není ještě dokonalý. Je chválena a povzbuzována rodinou i zdravotnickým personálem. Na pacientce jde vidět malá radost ze samostatně vykonané činnosti. Je pravidelně polohována, aby se zabránilo vzniku dekubitů a velkému tlaku na predilekční místa.

#### **7. 00118 Porušený obraz těla související s levostrannou hemiparézou projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává stud za své tělo. Vadí jí, že se nemůže samostatně hýbat. Má pocit, že vypadá ochable a připadá si jako malé dítě, o které se musí starat druhá osoba. Při pohledu na levou část těla je jí do breku. Má strach z reakce okolí.

*Objektivně:* Pacientce vadí současný stav a paréza levých končetin. Při pohledu na LHK a LDK je plačtivá a smutná. Má negativní pocity z vlastního těla a je úzkostná.

*Očekávaný výsledek:*

- Pacientka se adaptuje na narušený obraz těla, snižuje míru úzkosti.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Komunikuj s pacientkou o jejích obavách.
- Poskytni pacientce potřebné informace o nemoci.
- Informuj pacientku o možnostech rehabilitace.
- Zvedni pacientce sebevědomí.
- Zapoj rodinu do motivování pacientky k rehabilitaci.
- Odpojtej pozornost pacientky na veselejší téma.

- Dej pacientce čas na vyrovnání se svým stavem.

*Hodnocení:* Pacientka se postupně adaptuje na narušený obraz těla. Rodina ji pravidelně navštěvuje, po návštěvě se cítí lépe. Udává, že má menší strach z reakce okolí. Snaží se myslet na činnosti, které dokáže vykonat sama.

### **8. 00095 Porušený spánek související se změnou prostředí projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává, že se jí špatně usíná. Přes den se cítí unavená.

*Objektivně:* Pacientka má kruhy pod očima, přes den pospává a zívá. Usíná kolem půlnoci, někdy až nad ránem. Před prováděním ranních výkonů je již vzhůru.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka má zlepšenou kvalitu spánku.
- Pacientka se cítí po spánku odpočínutá.

*Ošetřovatelské intervence:*

- Komunikuj s pacientkou o jejích spánkových návycích.
- Zajisti klidné a pohodlné prostředí.
- Vyvětrej pokoj před spaním.
- Uveď pacientku do vhodné polohy.
- Podej léky dle ordinace lékaře.
- Monitoruj a zaznamenávej zlepšení spánku pacientky.
- Umožni pacientce, aby se vypovídala o svých starostech.
- Eliminuj konzumaci nevhodné stravy a nápojů před spánkem.

*Hodnocení:* U pacientky došlo ke zlepšení kvality spánku. Usíná kolem 22. hodiny, probouzí se v 6:30. Udává, že se po spánku cítí odpočínutá, během dne neusíná.

### **9. 00136 Anticipační smutek související se ztrátou soběstačnosti projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává smutek, pocity neštěstí a hněvu z nesoběstačnosti, stesk po domově, rodině a samostatném pohybu.

*Objektivně:* Pacientka ztratila schopnost se samostatně obsloužit. Je smutná, plačtivá, komunikaci nevyhledává.

*Očekávaný výsledek:*

- Pacientka otevřeně hovoří o příčinách svého smutku.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Komunikuj s pacientkou.
- Umožni pacientce, aby vyjádřila své emoce.
- Přístupuj s empatií a trpělivostí.
- Zajisti návštěvu rodiny.
- Dej pacientce najevo, že není sama.
- Všímej si emočních reakcí pacientky.

*Hodnocení:* Pacientka dokáže hovořit o svých pocitech. Trápí ji, že prodělaná cévní mozková příhoda má následky, díky kterým je nesoběstačná. Uvádí, že se cítí méně smutná, když ji přijde navštívit rodina.

#### **10. 00146 Úzkost související s CMP projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka udává úzkost, znepokojení.

*Objektivně:* Pacientka mluví o nepříjemných pocitech, o obavách a je úzkostná.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka má dostatek potřebných informací.
- Pacientka mluví o svých pocitech úzkosti.
- Pacientky úzkost je snížena na únosnou míru.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Komunikuj s pacientkou a vyslechni ji.
- Umožni pacientce vyjádřit své emoce a obavy.
- Zajisti soukromí při rozhovoru.
- Jednej s empatií, trpělivostí, úctou a respektem.
- Zajisti návštěvu rodiny.
- Poskytni pacientce dostatek potřebných informací dle své kompetence.
- Podej léky dle ordinace lékaře.

*Hodnocení:* Pacientka je informovaná o svém stavu, o svých možnostech. Vyjadřuje své pocity a mluví o nich. Pacientku pravidelně navštěvuje rodina, její úzkost se zmírnila.

### **11. 00148 Strach související s nejistotou z budoucnosti projevující se:**

*Subjektivně:* Pacientka přemýšlí o budoucnosti. Má strach, že už nebude nikdy soběstačná. Při myšlenkách na budoucnost udává pocit hrůzy, paniky.

*Objektivně:* Pacientka je soustředěná na myšlenky o budoucnosti. Má ustrašený výraz a je plačtivá.

*Očekávané výsledky:*

- Pacientka je schopna mluvit o svém strachu.
- Pacientka se snaží eliminovat zdroj strachu.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Komunikuj s pacientkou a vyslechni ji.
- Povzbuzuj pacientku, aby mluvila o svém strachu.
- Buď pacientce na blízku.
- Zajisti návštěvu rodiny.
- Odpoutej pozornost od objektu strachu vhodnou relaxací.
- Podej pacientce dostatečné informace v rámci svých kompetencí.

*Hodnocení:* Pacientka mluví o myšlenkách, které se jí honí hlavou. Má pořád strach z budoucnosti. Pociťuje velkou nejistotu, ale snaží se eliminovat myšlenky, které jí strach navozují.

## **6.9.2 Potencionální diagnózy:**

### **12. 00004 Riziko infekce související se zavedeným PMK**

*Očekávaný výsledek:*

- Během hospitalizace u pacientky nedojde k infekci PMK.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Prováděj důkladnou hygienu a dezinfekci v oblasti vstupu PMK.

- Kontroluj okolí vstupu PMK.
- Proveď výměnu dle časového harmonogramu či dle nutnosti.

*Hodnocení:* Během hospitalizace u pacientky nedošlo ke vzniku infekce PMK.

### **13. 00047 Riziko porušení kožní integrity související s porušenou pohyblivostí pacientky na lůžku**

*Očekávaný výsledek:*

- Během hospitalizace u pacientky nedojde k porušení kožní integrity.

*Ošetrovatelská intervence:*

- Prováděj důkladnou hygienu kůže.
- Zajisti pravidelnou výměnu ložního a osobního prádla.
- Udržuj lůžko čisté a suché.
- Kontroluj pravidelně stav kůže.
- Pravidelně polohuj pacientku.
- Zamez působení nadměrného tlaku na predilekční místa použitím antidekubitních pomůcek.

*Hodnocení:* Během hospitalizace u pacientky nedošlo k porušení kožní integrity.

### **14. 00155 Riziko pádů související s levostrannou hemiparézou, svalovou slabostí a omezenou hybností**

*Očekávaný výsledek:*

- Během hospitalizace u pacientky nedojde k pádu.

*Ošetrovatelské intervence:*

- Zvedni postranice u lůžka.
- Kontroluj pacientku.
- Dbej velké opatrnosti při polohování a hygieně.
- Řádně přidržuj pacientku při přesunu na pojízdný klozet.
- Kontroluj pacientku při vykonávání potřeby na pojízdném klozetu.

*Hodnocení:* Během hospitalizace nedošlo u pacientky k pádu.

### 6.9.3 Edukační plán

Vzhledem k tomu, že pacientka doma opakovaně porušovala diabetickou dietu, jsem pacientku edukovala o důležitosti diabetickou dietu dodržovat.

Účel: Edukace pacientky s DM zaměřená na nutnost dodržování diabetické diety.

Cíl: Pacientka bude mít dostatek potřebných informací o rizicích vzniklých při nedodržení diabetické diety.

Pomůcky: obrázky

Výuková metoda: rozhovor

- *Specifický cíl (kognitivní oblast):* Pacientka bude mít dostatek informací o rizicích vzniklých při nedodržení diabetické diety.

Hlavní body plánu: Podám pacientce potřebné informace.

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: Pacientka chápe všechna rizika vzniklá při nedodržování diabetické diety.

- *Specifický cíl (afektivní oblast):* Pacientka bude chtít dodržovat diabetickou dietu.

Hlavní body plánu: Zbavím pacientku obav z nedostatečné vůle dodržovat diabetickou dietu.

Časová dotace: 15 minut

Hodnocení: Pacientka má pozitivní přístup a snahu dodržovat diabetickou dietu. Má dobrý pocit, že udělá něco správného pro své zdraví.

Pacientka během hospitalizace dodržuje diabetickou dietu.



## 6.10 Rozhovor s pacientkou č. 2

### Okolnosti vzniku cévní mozkové příhody

- Kdy u Vás došlo ke vzniku cévní mozkové příhody a jak to vzniklo?

*Stalo se mi to 8. listopadu na svátek manžela. Ráno jsme s dcerkou připravovaly chlebičky na odpolední oslavu. Pak jsem si sedla ke stolu a popíjela jsem čaj, když v tom se mi najednou udělalo zle. Pamatuji si, že jsem rozbila svůj oblíbený hrníček.*

- Jaké jste měla příznaky a co jste udělala?

*No, bylo mi tak zle, že kdybych v té chvíli neseseděla, určitě s sebou praštím na zem. Zvedala jsem hrníček, že se napiji čaje, ale ani jsem ho nezvedla a už letěl na zem. Nepřála bych to nikomu zažít. Byl to tak divný pocit, že ani nevím, jak bych to popsala. Myslela jsem, že je to jen přechodný stav z toho, jak jsem moc nepila, ale pak už mi bylo hodně špatně. Ruka mi spadla ze stolu dolů a necítila jsem levou půlku těla. Měla jsem samozřejmě strach, je to hrozný pocit, ta bezmoc, když nevíte, co s vámi vaše tělo zamýšlí. Dcerka naštěstí v té chvíli seděla hned vedle mě, tak mi zavolala záchranku a už mě vezli. V nemocnici se mi trochu ulevilo, nevím, jestli to bylo tím, že jsem se cítila v rukou odborníků bezpečněji, než doma, ale každopádně od té doby jsem tady no.*

- Znáte příčinu této příhody?

*Čím by to mohlo být zapříčiněné trochu tuším, ale nevím přesně. Občas si o svém volnu projíždím internetové stránky a něco málo jsem o této příhodě také četla. Jsou tam někdy docela zajímavé články, ale nečekala jsem, že to potká zrovna mě.*

- Je to Vaše první prodělaná cévní mozková příhoda?

*Ano první a doufám, že i poslední.*

- Co Vás v souvislosti s onemocněním nejvíce trápí?

*Trápí mě snad úplně všechno. Hlavně mě trápí, že musím být v nemocnici, nemohu být se svojí rodinou, nemůžu jít mezi lidi. Vlastně nemohu jít vůbec nikam, protože sama chůzi nezvládám. Nejhorší na tom všem je snad ten pocit ztráty soběstačnosti. Je mi z toho vážně smutno. Třeba, když potřebuji na záchod, nebo mi chytne bolest páteře, musím si zazvonit na zvoneček, aby mi někdo pomohl. Je mi vážně trapné prosit někoho o pomoc s něčím,*

*co ostatní lidi zvládnou sami, i když sem sestry pravidelně chodí a ptají se, jestli něco nepotřebuji, ale stejně mě to tak štve.*

### **Jídlo, pití**

- Potřebujete dopomoc při příjmu jídla a tekutin?

*Dopomoc potřebuji, alespoň abych na to dosáhla.*

Jste schopna sama zaujmout vhodnou polohu k jídlu?

*Dokážu se sama zvednout do polosedu přitáhnutím za postranici, ale sedím pak nakřivo a nakloněná na pravou stranu a moc dlouho v této poloze nevydržím. Sestry mi vždy zvednou lůžko pod zády a trochu mě srovnají do vhodné polohy.*

Jste schopna si sama dopravit potravu do úst?

*Tak to ještě naštěstí zvládnou.*

Zvládnete si sama nakrájet jídlo?

*Podle toho, co dostanu. Brambory nebo knedlíky si jednou rukou rozkrájím, ale maso nebo tvrdší jídlo už sama nezvládám.*

Dokázala byste si namazat již rozkrojený rohlík/chleba?

*Zkoušela jsem to, ale jsem u toho tak nemotorná. Jídlo mi utíká z talíře, když si ho nemohu přidržet, je to vážně hrozný se mnou. (Pacientka si hlasitě povzdychla.)*

Používáte při jídle nějaké kompenzační pomůcky?

*Ne, žádné nepoužívám.*

Máte problém s polykáním?

*Nejsem si žádných problémů vědoma.*

A sníte celou porci jídla?

*To vůbec, nemocniční jídlo mi nechutná, takže sním tak půlku z talíře.*

A jaké množství tekutin vypijete za den?

*Doma vypiju alespoň jeden a půl litru za den. Jsem zvyklá vždy udělat nějakou činnost, poté se třeba napiju, ale tady, jak jen ležím, tak mi musí připomínat sestry, abych se napila.*

Potřebujete při pití dopomoc?

*Když to mám na dosah ruky, tak už si poradím sama.*

Zhubla jste od doby, co Vás postihlo onemocnění?

*No, to bohužel ne, naopak jsem kilo nabrala.*

### **Oblékání**

- Potřebujete pomoc při oblékání a svlékání?

*Jsem z toho zničená, sama to vůbec nezvládám. Nedokážu se ani vysléci. Knoflíky si zapnu sama, to mi žádný problém nedělá, ale zip už si nezapnu.*

### **Hygiena**

- Jak jste soběstačná v osobní hygieně?

*Jsem zcela nesoběstačná, zvládnou si sama umýt akorát obličej, krk a zuby si taky vyčistím. Nejhorší je hygiena těla, tu mi provádějí sestry a já se nerada před někým odhaluji. Jsem stydlivá a je mi to nepříjemné. Na vykonávání hygieny nemám náladu, ale vím, že je třeba ji provést.*

### **Vyprazdňování**

- Jak jste soběstačná ve vyprazdňování?

*Na moč mi dali tu hadičku. Když potřebuji na stolicí, doprovodí mě sestra nebo fyzioterapeutka na gramofon, ale musí být hned u postele, protože nemám sílu v nohou a je to pro mě náročné. Bohužel se ani po vykonání potřeby nedokážu sama obsloužit, takže mě musí někdo jiný obsloužit. Bože, je to tak trapné a ponižující. (Pacientka má slzy v očích.)*

- Jak se změnilo Vaše vyprazdňování po příhodě?

*Na stoličce jsem doma chodila každý den, tady se mi chce obden, ale zácpou ani průjmem netrpím. Taky jsem doma neměla tu hadičku na moč a teď ji mám. A další změnou je hlavně to, že doma jsem chodila sama na záchod, nikdo mi nemusel pomáhat, na nikoho jsem nemusela zvonit. Tady mě doprovodí na ten gánek. Občas si zazvoním moc pozdě a je to tak akutní, že mi sestry musí dát podložní mísu pod zadek rovnou na lůžko. Naštěstí vždy přijdou hned, jak zazvoním nebo jim řeknu, když jsou na pokoji.*

## **Pohyb**

- Jak Vám vyhovuje lůžko?

*Občas mi trochu bolí záda, ale po změně polohy je to dobré. Já nemám vyhraněnou žádnou polohu, pro mě je nejlepší taková, kdy mě nic nebolí.*

Nemáte někdy pocit, že z lůžka spadnete?

*Tak nad tím jsem vůbec nepřemýšlela. Když jsem si s paní fyzioterapeutkou poprvé stoupala, tak jsem se trochu bála, ale neupadla jsem zatím. Vleže obavy nemám.*

Používáte nějaké kompenzační pomůcky při změně polohy na lůžku?

*Jen se přichytím za pravou postranicí, jinak nic nepoužívám.*

Trpíte v současné době náhlou ztrátou rovnováhy a závratí?

*Když jsem si stoupala s paní fyzioterapeutkou, tak se mi hlava trochu zamotala. Teď žádné závratě ani poruchy rovnováhy nemám.*

Máte problém s koordinací pohybů?

*S levou rukou a nohou neudělám nic, necítím je.*

## **Spánek**

- Jaké změny jste od cévní mozkové příhody zaznamenala ve spánku?

*Řekla bych, že se mi spalo před tou příhodou lépe, než nyní. Teď usnu až kolem půlnoci, někdy až nad ránem a jsem brzo vzhůru, většinou už kolem té páté hodiny ráno. Občas se*

*ted' i probouzím v noci, ale spíš mám problém s usínáním. Řekla bych, že je to změnou prostředí, nemocniční prostředí mi nedělá dobře.*

- Jak se cítíte po spánku?

*Cítím se docela unavená, pořád zívám, jsem bez energie a spím přes odpoledne.*

### **Komunikace**

- Měla jste hned po příhodě problém s mluvením?

*Nejsem si toho vědoma. Já mám pocit, že jsem mluvila normálně. Mluvím asi potichu, ale to je u mě normální. Naštěstí schopnost mluvit mi ještě zůstala. Logoped za mnou nebyl a se zdravotním personálem se dorozumím normálně. Alespoň něco je v pořádku.*

### **Sociální oblast**

Máte u sebe všechny věci potřebné k pobytu v nemocnici?

*Dcerka mi přivezla tašku s oblečením a hygienou, je zlatá. Po pár dnech se tu vždy zastaví a doma mi přepere špinavé prádlo a přinese čisté. Myslím, že víc tady v nemocnici ani nepotřebuji.*

Jste ve spojení s pracovníky rehabilitačního týmu?

*To ano, každý den za mnou několikrát zajde fyzioterapeutka a cvičí tady se mnou. Snaží se postavit mě na nohy a udělat se mnou pár krůčků, má to se mnou těžké. (Pacientka vzdychá a je smutná). Ale je moc milá, obdivuji, že to se mnou vydrží, když jsem tak nemotorná.*

Využíváte nějaké kompenzační pomůcky?

*Mám tady s sebou brýle a u postele jednu francouzskou holi, to je asi všechno.*

Dělá Vám problém přizpůsobit se chodu nemocnice?

*Nemocnice nemusím tak nějak celkově a raději bych byla doma, ale tak nějak už vím, jak to tu chodí. Každý den je stejný, ráno hygiena, snídaně, v průběhu dne cvičení, oběd, pak večere, však to znáte.*

Rozumíte si s pacientkami na pokoji?

*Tak mám tu dvě paní a ani jedna mi nevadí. Občas prohodíme pár slov, jinak si každá hledíme svého. Ony alespoň mohou chodit, ale o pomoc je rozhodně nežádám. Já nezvládám skoro nic, abych co nejméně obtěžovala zdravotní personál, tak se snažím zaukolovat manžela nebo dceru, když za mnou přijdou.*

- Jaká jsou Vaše přání a plány do budoucna?

*Tak plán jsem měla takový, že si v klidu budu užívat důchodu a života. Mé osobní přání je, od té doby, co jsem tady, aby se ten můj plán splnil. Mám z budoucnosti obavy už teď. Já takhle nechci skončit.*

## **Rodina**

- Jaké jsou podmínky Vašeho bydlení?

*Bydlím s manželem. Mám ještě dcerku, ale ta už s námi nebydlí. Je šťastně vdaná a má dva syny, moje vnoučátka. Dalo by se říct, že pro ně žiju a jsou moje všechno. Celá moje rodina je mi obrovskou oporou. Mají mě tak rádi, že mě navštěvují, jak jen to jde. Manžel je tu každé odpoledne a dcerka přijde, když není ve službě. Naštěstí na mně nejsou finančně závislí, ale i tak v naší rodině žádné finanční potíže nemáme. Ach jo, tolikrát jsem si stěžovala, jak bych ráda vegetila, když jsem se tahala, jako poštovní doručovatelka s balíky a teď, když se člověk nemůže skoro ani hnout, jak rád by pracoval.*

## **Psychika**

- Jak byste hodnotila Vaši situaci nyní?

*Nyní jsem mrzák a jsem nemotorná. To není ani možný, že jsem takhle dopadla zrovna já. Když je člověk nesoběstačný a závislý na pomoci druhých, jako by byl jen odpad nebo přítěž pro druhé. To si nikdo nedovede představit, dokud to nezažije. Mám pocit, že jsem ztratila všechno, dokonce i tu náladu. Je mi z toho všeho do breku. Kromě rodiny mi už asi nic nepomůže, tohle je prostě hrozný. (Pacientka je smutná).*

- Máte pocit výpadků paměti?

*Ne, to nemám. Bohužel si pamatuju i věci, které bych raději zapomněla.*

## DISKUZE

Téma bakalářské práce, Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě, jsem si vybrala, neboť jsem chtěla více nahlédnout do problematiky týkající se soběstačnosti pacientů po prodělané příhodě. Pro práci jsem si zvolila kvalitativní výzkum.

Za hlavní cíl práce jsem si zvolila, zjistit, jak cévní mozková příhoda ovlivnila soběstačnost pacienta. Dále jsem si stanovila tři dílčí cíle, zjistit, jaké jsou pocity pacienta při ztrátě soběstačnosti, zjistit, v jaké oblasti seberepečí má největší problémy a posledním cílem bylo, zjistit, co pacientovi nejvíce pomáhá ztrátu soběstačnosti zvládat. Abych mohla dospět k cílům, vybrala jsem si pacientky s levostrannou hemiparézou, přibližně stejného věku. U obou pacientek jsem s jejich svolením vytvořila kazuistiku, plán ošetrovatelské péče a pacientky jsem mezi sebou vzájemně porovnávala. K zhodnocení výše zmiňovaných dílčích cílů mi byl nápomocen hlavně ošetrovatelský model Nancy Roperové, který jsem u obou pacientek zpracovala a rozhovor. Důvodem, proč jsem chtěla do své práce zakomponovat právě rozhovor s pacientkami, byl hlavně ten, že jsem se chtěla seznámit i s jejich subjektivním vnímáním a pocity. Navíc mi tato metoda pomohla pacientky lépe poznat, a také navázat s nimi důvěrný vztah, díky kterému mi byly schopné otevřeně odpovídat na mé otázky a já tak získala potřebné informace. Výzkumné šetření probíhalo na lůžkovém oddělení neurologické kliniky FN v Plzni.

Vzájemným porovnáním pacientek mezi sebou, samotnou ošetrovatelskou péčí o pacientky, zpracováním ošetrovatelského modelu a rozhovorem jsem našla odpověď na výzkumné otázky. Dovolila bych si začít porovnáním pacientek, kde odpovím na dvě výzkumné otázky.

Jak cévní mozková příhoda ovlivnila soběstačnost pacientek? Jaké pocity má pacient po ztrátě soběstačnosti?

V oblasti jídla a pití mají obě pacientky problém, neboť si nedokážou rozkrojit, namazat pečivo, či otevřít obaly od jídla. Celkově si nedokážou stravu sami připravit. Obě pacientky musí mít jídlo na dosah ruky. I přesto, že sami si stravu do úst dopravit dokážou, jsou v oblasti jídla zcela nesoběstačné, musí být neustále kontrolovány a sami si jídlo nezajistí. Je důležité mít na mysli i zubní protézu u pacientky č. 1, sama si ji nenasadí a obhospodařovat ji také musí druhá osoba. Pacientka č. 2 má problém s aplikací inzulínu, to musí za pacientku provádět zdravotní personál, navíc trpí obezitou I. stupně a potřebuje dostatečný pohyb, který vlivem levostranné hemiparézy není momentálně možný. Tudiž

CMP ovlivnila pacientky v soběstačnosti ve stravování natolik, že jsou obě odkázané na pomoc druhé osoby a sami se neobhospodaří.

V oblasti vylučování jsou obě pacientky nesoběstačné. Pacientka č. 1 musí vykonávat potřebu na podložní míse v lůžku, pacientka č. 2 se s velkou pomocí dokáže dopravit na pojízdný klozet hned vedle lůžka. Ani jedna z nich nedokáže provést hygienu po vyprázdnění sama. U obou pacientek se shoduje pocit studu. Pacientka č. 1 při rozhovoru uvedla, že se musí omlouvat, protože je jí trapné, že se sama obsloužit nedokáže. Pacientka č. 2 při rozhovoru taktéž uvedla, že je jí to trapné a navíc ponižující. Nemožnost se samostatně obsloužit při a po vyprázdnění výrazně lomcuje s psychikou obou pacientek, proto by se osoba, která o pacientku pečuje, měla snažit, aby se pacientka cítila, co nejméně trapně a nepociťovala stud. V první řadě je důležité zajistit soukromí pacientky, v druhé řadě je to vlídný, ochotný přístup, tolerance a trpělivost. Podle mého názoru by si každá osoba, která v této oblasti o pacienty po CMP se stejným postižením pečuje, měla alespoň na chvíli představit samu sebe na místě pacienta a zkusila se vžít do jeho pocitů. Jak by mu v té chvíli bylo a co by mu bylo nepříjemné. Myslím si, že správná ošetrovatelská péče může být poskytována, nejen na podkladě teoretických znalostí, ale i zapojením empatie a pochopení pacienta.

V oblasti hygieny a oblékání jsou pacientky rovněž nesoběstačné. U obou pacientek je hygiena prováděná na lůžku. Mají-li lavor u lůžka, zvládají si umýt obličej, i přesto, že to není důkladné, měly by být pacientky povzbuzovány, aby se snažily hygienu provádět, co jim síly umožní, neboť to posílí jejich psychiku, že něco také zvládnou udělat sami. Sami se obléci nezvládnou a knoflíky si dokáže zapnout pouze pacientka č. 2. Nesoběstačnost i v této oblasti má velká dopad na psychiku pacientek. Pacientka č. 1 udává stud za nesoběstačnost v provádění osobní hygieny, je nešťastná a nespokojená. Při rozhovoru uvedla, že jen přiděluje sestřičkám starosti a nejraději by si vše udělala sama. Pacientka č. 2 nemá na provádění hygieny náladu, neboť je jí nepříjemné být odhalená, cítí se trapně. Při hygieně nekomunikuje, je stydlivá a občas plačtivá. Při rozhovoru uvedla, že je z této oblasti zničená a sama to nezvládá, hygiena je jí nepříjemná. Stejně tak, jako v oblasti vylučování, tak i v této oblasti je důležité postupovat k pacientkám s empatií, ochotou a trpělivostí.

V oblasti pohybu jsou obě pacientky v důsledku levostranné hemiparézy upoutány na lůžko a omezený pohyb je pro ně velkou překážkou, která jim brání ve vykonávání všech činností. Pacientka č. 2 se dokáže s velkou pomocí alespoň postavit a udělat pár kroků, což vidím, jako velký pokrok. Obě pacientky jsou navíc ohroženy rizikem pádu



a rizikem vzniku dekubitů. Je důležité také zmínit občasnou bolest páteře pacientky č. 2 s propagací do pravé dolní končetiny, od které se nedá zcela odpoutat pozornost. Může být vyvolána právě při pohybu, a proto osoba, která pacientku polohuje nebo ji doprovází na klozet, by měla zacházet při jakékoliv péči či manipulaci s pacientkou, s co největší ohleduplností a opatrností. Ani jedna z pacientek nepoužívá při změně polohy kompenzační pomůcky, do jiné polohy je musí uvádět druhá osoba. Pacientka č. 1 udává velký smutek, v rozhovoru uvedla, že má strašně slabé tělo a druhá půlka těla jí přijde těžká. Dále uvedla, že se sama nepřetočí ani neposune. Pacientka č. 2 má strach, že už se nebude moct nikdy sama projít. V rozhovoru uvedla, že s levou rukou a nohou neudělá nic, neboť je necítí. Na obě pacientky tedy neschopnost samovolného pohybu doléhá, nejen v neschopnosti vykonávat činnosti, které by zrovna dělat chtěly, ale rovněž omezený pohyb doléhá na jejich psychiku. Proto pacientky potřebují podporovat, ať už od svých blízkých, tak i od zdravotního personálu. Je nutné pacientkám poskytnout potřebné informace a dát naději skrz postupné zlepšování pohybu pomocí pravidelných rehabilitací. Určitě bychom pacientky neměli násilím do rehabilitace nutit, ba naopak vřelým, důvěrným, partnerským postojem vysvětlit pacientkám důležitost dodržování pravidelného cvičení. Eva Trachtová (17, s. 28), autorka knihy o potřebách nemocného v ošetrovatelském procesu, uvádí, že lidé se musí pohybovat, aby získali potravu a vodu, chránili se před poraněním a zabezpečovali si další základní potřeby. Obě pacientky jsou v pohybu omezené, nemohou si tedy potravu, vodu získat, ani se nedokážou chránit před nebezpečím či si zabezpečit základní potřeby. Jsou tedy zcela závislé na druhé osobě.

Ráda bych také upozornila na, oblast práce a hry v modely Nancy Roperové, díky které jsem zjistila, že pacientky velkou část dne tráví myšlenkami o své budoucnosti, často s velkým pesimistickým sklonem. Podle mého názoru je to z velké většiny dáno hlavně tím, že se pacientky přes den nudí, neboť vlivem omezené hybnosti moc činností vykonávat nemohou. Nicméně si myslím, že i tak bychom se měli snažit pacientky nějakým způsobem zabavit, ať už jen tím, že za pacientkami budeme pravidelně docházet, nebo jim přijdeme namasírovat a namazat záda kafrem, pozveme návštěvu, ale mnohdy postačí jen samotná komunikace s pacientkou. Všechny tyto činnosti vedou k odpoutání myšlenek od nemoci na jiné, mnohdy veselejší téma.

Dále bych také chtěla zmínit problémy se spánkem u pacientky č. 2, kdy sama pacientka zhoršený spánek udává. V rozhovoru uvedla, že se jí před příhodou spalo lépe, od doby hospitalizace měla problémy s usínáním a pospávala přes den. Uvádí, že to bylo změnou prostředí. Během hospitalizace u pacientky došlo k zlepšení kvality spánku,

během dne už neusíná. Pacientka č. 1 problémy se spánkem neuvedla, ani objektivně nebyly na pacientce viditelné kruhy pod očima. Jestliže mezi sebou porovnáme pacientky po psychické stránce, jak z ošetřovatelského modelu Nancy Roperové, ze samotného rozhovoru, tak i z metody pozorování, určitě na mě působila pacientka č. 1 vyrovnaněji, byla více komunikativní a měla větší optimismus s výhledem na budoucnost, než pacientka č. 2, která na mě působila velmi depresivně, uzavřeně a s pesimistickým výhledem do budoucnosti. I přesto, že na psychiku má vliv spousta faktorů, např. depresivní potíže od roku 2004, které se mi potvrdily v Beckově sebesuzovací stupnici deprese (lehká až střední deprese) a samotný současný stav u pacientky č. 2, dovolila bych si i přesto tvrdit, že velký vliv na psychiku pacientky měl v tomto případě i spánek, kdy pacientka č. 1, která problémy se spánkem neměla, působila klidněji a snažila se radovat z maličkostí, na rozdíl od druhé pacientky.

Vzhledem k tomu, že jsem měla tu možnost sledovat psychický stav obou pacientek po příhodě, dovolím si souhlasit s autorem knihy o cévní mozkové příhodě, Dr. Valery Feigin (12, s. 158), který uvádí, že po iktu mohou přeživší trpět různě závažnými citovými problémy, zahrnujícími reakce žalu, podrážděnosti, nespokojenosti, smutku a deprese. Při ošetřovatelské péči nebo samotném rozhovoru jsem byla svědkem, jak se oběma pacientkám náhle střídala nálada, od úsměvu až k slzám. Filip Vaněk (26, s. 68), autor bakalářské práce zaměřené na soběstačnost pacienta po CMP, uvádí, že více, než polovina pacientů je přibližně 1 týden po CMP zcela nesoběstačná nejvíce s vyprazdňováním moče, stolice, přísunem a chůzí. Při zkoumání pacientek s levostrannou hemiparézou jsem ovšem narazila na problém se soběstačností nejen v oblasti vyprazdňování moče a stolice, přesunem a chůzí, ale rovněž v oblasti stravování, osobní hygieny a oblékání. Cévní mozková příhoda tedy způsobila, že jsou pacientky nesoběstačné ve všech oblastech. Levostranná hemiparéza zapříčinila, že jsou zcela závislé na pomoci druhých osob, nedokážou si každodenní výkony provádět sami a ani se zcela sami neobslouží. Obě pacientky jsou vysoce závislé podle Barthelova testu základních všedních činností.

V jaké oblasti sebek péče má pacient největší problémy při ztrátě soběstačnosti? Při hledání odpovědi na tuto výzkumnou otázku jsem díky času stráveným s pacientkami přišla na to, že jsem si vlastně otázku položila špatně, neboť jsem se nesetkala ani u jedné z těchto pacientek s tím, že by měly největší problém pouze v jedné oblasti sebek péče. Nemám to sice doložené procentuálním zastoupením, ale i tak je možné vidět z rozhovoru a zpracovaného ošetřovatelského modelu problémy v oblasti vyprazdňování, hygieny,

oblékání, pohybu a stravováním, které se nacházejí na stejné úrovni. K tomuto tvrzení mě vede hlavně skutečnost, že ani jednu z těchto výše zmiňovaných oblastí pacientky neprovedou sami bez pomoci druhé osoby.

Odpověď na mojí poslední výzkumnou otázku jsem získala přímo od pacientek. Co pacientkovi nejvíce pomáhá zvládat ztrátu soběstačnosti?

Pacientka č. 1 v rozhovoru uvedla, že dokonce i v této situaci jí vždy zvedne náladu její rodina. Pacientka č. 2 uvedla, že jí kromě rodiny už asi nic nepomůže. Silvie Havlíčková (27, s. 58-59), autorka bakalářské práce o dopadech cévní mozkové příhody na jedince a rodinu, ve své práci uvedla, že pro uzdravení a navrácení do společnosti pacientů po CMP je velice důležitým motivačním prostředkem rodina. Dále uvedla, že kdyby po CMP pacient neměl tolik dobrých přátel, mohla by se vyvinout náročná životní situace, a také chtěla naznačit, jak je rodina důležitá při poskytování péče nemocnému jedinci. Jsem ráda, že mé zjištění se shoduje i s myšlenkami autorky jiné práce, tedy, že rodina je pro pacientky po CMP důležitá. Ale osobně si myslím, že náročnou životní situací je už samotné prodělávání cévní mozkové příhody a rodina a blízcí pacientům tuto situaci jen pomáhají zvládat na únosnou míru. Podle mě se náročná životní situace vyvine už v prvním okamžiku, kdy tato zákeřná nemoc zaútočí.

Doporučení pro praxi:

Pacienti po cévní mozkové příhodě by měli být zajištěni v oblasti rehabilitace, kdy by měl za pacientem docházet nejen fyzioterapeut, ale i ergoterapeut, logoped či sociální pracovník, bude-li to pacientův stav vyžadovat. Dále bychom neměli opomíjet stránku psychickou. Z rozhovoru jsem zjistila, že nejvíce pomáhá pacientkám zvládat ztrátu soběstačnosti rodina, proto by se mělo dbát na to, aby pacienti po CMP měli pocit jistoty, že nejsou sami a mají psychickou podporu nejen od rodiny, ale i od zdravotního personálu. Každý výkon, který je u pacienta prováděn by měl být prováděn s velkou empatií, trpělivostí, ohleduplností a pochopením. Pacient by měl být veden a motivován, aby se snažil výkony v rámci svých možností provádět sám. Zdravotní pracovníci by se měli snažit zapojit do péče o pacienta kompenzační pomůcky, které usnadní práci, jak jim samotným, tak i pacientovi.

Na závěr diskuze bych chtěla vyzdvihnout ošetřovatelský model Nancy Roperové, který je velkým přínosem pro ošetřování pacientů, nejen po cévní mozkové příhodě. Ve své práci jsem si ověřila, že je doopravdy účinný, neboť je totožný s odpověďmi z rozhovoru.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci, Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě, jsem zpracovala kazuistiku, plán ošetrovatelské péče, edukační plán a použila jsem hodnotící škály u dvou pacientek, přibližně stejného věku, s levostrannou hemiparézou. Výběr pacientek byl cílený. Dále jsem zpracovala ošetrovatelský model podle Nancy Roperové a obohatila praktickou část rozhovorem s oběma pacientkami, který mi umožnil navázat s nimi důvěrný vztah potřebný k získání důležitých informací. Pro svoji práci jsem si tedy zvolila kvalitativní výzkum. Obě pacientky jsem mezi sebou porovnávala. Výzkumné šetření probíhalo na lůžkovém oddělení neurologické kliniky FN v Plzni.

Pro výběr právě tohoto tématu bakalářské práce jsem se rozhodla, neboť jsem chtěla více nahlédnout do problematiky, co se týče soběstačnosti pacienta po cévní mozkové příhodě, zajímalo mě, jak moc samotná příhoda dokáže ovlivnit vykonávání běžných denních činností pacienta.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak cévní mozková příhoda ovlivnila soběstačnost pacienta, kde jsem, jak pomocí škál, ošetrovatelského modelu, tak i díky rozhovoru zjistila, že mrtvice dokázala oběma pacientkám obrátit život vzhůru nohama a postavila je do nepříjemné situace. Obě pacientky byly ve všech oblastech sebek péče zcela nesoběstačné a závislé na pomoci druhé osoby.

Dílčí cíle jsem si stanovila tři. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou pocity pacienta při ztrátě soběstačnosti, kde u obou pacientek převažovaly hlavně pocity smutku, strachu, úzkosti, vzteku, ale také studu. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, v jaké oblasti sebek péče má pacient největší problémy, kde jsem přišla na to, že ani jedna z těchto dvou pacientek neměla největší problém pouze v jedné oblasti sebek péče, ale rovnou v několika oblastech najednou. A posledním dílčím cílem bylo zjistit, co pacientovi nejvíce pomáhá zvládat ztrátu soběstačnosti, kde mi obě pacientky odpověděly, že je to jednoznačně rodina, která je jim psychickou podporou.

Velmi doufám, že se do budoucna bude péče o pacienty po cévní mozkové příhodě jen zlepšovat a bude narůstat i zájem, jak co nejlépe zpříjemnit a ulehčit jejich hospitalizaci v nemocnici, hlavně pravidelným docházením fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů či sociálních pracovníků, bude-li to stav pacientů vyžadovat.

## LITERATURA A PRAMENY

1. KALITA, Zbyněk a kol. *Akutní cévní mozkové příhody*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.
2. ČEŠKA, Richard a kolektiv. *Interna: svazek 1*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2010. ISBN 978-80-7387-629-6.
3. TOMEK, Aleš a kolektiv. *Neurointenzivní péče: praktická příručka*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta a. s., 2012. ISBN 978-80-204-2659-8.
4. HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, farmakoterapie, chyby a omyly*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-148-6.
5. FIALA, Pavel a kolektiv. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1491-5.
6. SEIDL, Zdeněk a kolektiv. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0623-7.
7. TYRLÍKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-540-2.
8. HUTYRA, Martin a kolektiv. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3816-1.
9. BERLIT, Peter. *Memorix neurologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1915-3.
10. AMBLER, Zdeněk. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4.
11. TYRLÍKOVÁ, Ivana a kolektiv. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-287-6.
12. FEIGIN, Valery Dr. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
13. STAŇKOVÁ, Marta a kolektiv. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.
14. MIKŠOVÁ, Zdeňka a kolektiv. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1442-6.

15. CHARVÁT, Jiří a kolektiv. *Praktikum umělé výživy: učební texty k praktickým cvičením z umělé výživy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1303-4.
16. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
17. TRACHTOVÁ, Eva Mgr. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 80-7013-324-4.
18. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I: interna*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3601-3.
19. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.
20. GERAINT, Fuller. *Neurologické vyšetření snadno a rychle*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1914-6.
21. PALMER, Sara a kolektiv. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2013. ISBN 978-80-262-0348-3.
22. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1211-3.
23. STEIN Joel and collective. *Stroke recovery and rehabilitation*. 1. edition. New York: Demos Medical Publishing, 2009. ISBN 13: 978-1-933864-12-9.
24. KALINA, Miroslav a kolektiv. *Cévní mozková příhoda: v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.
25. CIPRIANO, Joseph J. *Photographic manual of regional orthopaedic and neurological tests*. 4. vyd. Philadelphia: Copyright, 2003. ISBN 978-0-7817-3552-0.
26. VANĚK, Filip. *Soběstačnost u pacienta po cévní mozkové příhodě*. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ivana CHLOUBOVÁ, R.N.
27. HAVLÍČKOVÁ, Silvie. *Cévní mozková příhoda, její dopady na jedince a rodinu*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce MUDr. Drahozlava TIŠLEROVÁ.

28. KOUKALOVÁ, Světlana. Zápisky zdravotní sestřičky. *Ošetrovatelství - Dospělé nutriční skóre*. [Online] 29. Březen 2006. [Citace: 10. Březen 2015.] [http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni\\_skore.php](http://vnl.xf.cz/ose/ose-nutricni_skore.php).
29. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.
30. VYHNÁNEK, Radim MUDr. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
31. Mladá fronta. Beckova sebesuzovací stupnice deprese. *Zdravotnictví a medicína*. [Online] Copyright 2015 Mladá fronta a.s., 2015. [Citace: 10. Březen 2015.] <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/beckova-sebeposuzovaci-stupnice-deprese-132975>.
32. ROKYTA, Richard a kolektiv. *Bolest: přepracované doplněné vydání*. 2. vyd. Praha: TIGIS, spol. s.r.o., 2012. ISBN 978-80-87323-02-1.
33. STEIN, Joel, M.D. *Stroke and the Family: a new guide*. 2. vyd. United States of America: Harvard College, 2004. ISBN 0-674-01513-4.
34. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1399-9.

## SEZNAM ZKRATEK

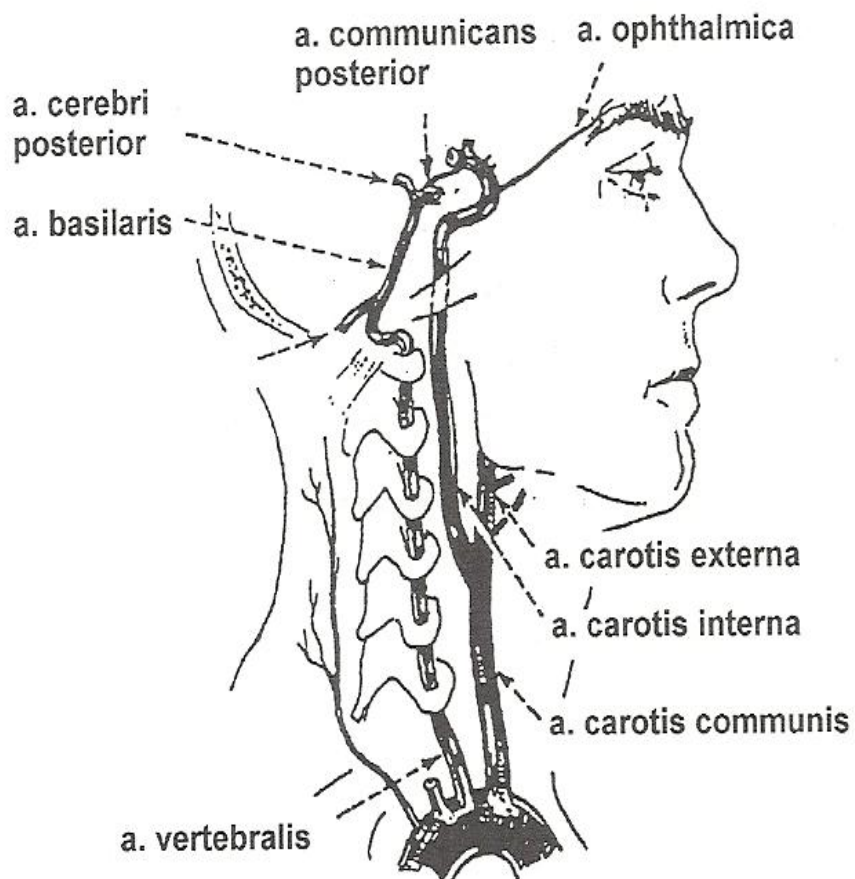
APPT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervový systém
CT	Výpočetní tomografie
D	Dech
DM	Diabetes mellitus (cukrovka)
DSA	Digitální substrakční angiografie
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
GCS	Glasgow coma scale
IAT	Intraarteriální trombolýza
ICH	Intracerebrální krvácení
ICMP	Ischemická cévní mozková příhoda
IVT	Intravenózní trombolýza
JIP	Jednotka intenzivní péče
MR	Magnetická rezonance
MRA	Rezonanční angiografie
P	Pulz
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PET	Pozitronová emisní tomografie
PTA	Perkutánní transluminární angioplastika
RIND	Reverzibilní ischemický neurologický deficit



rt-PA	Rekombinační tkáňový aktivátor plasminogenu
SAK	Subarachnoidální krvácení
SPECT	Jednofotonová emisní tomografie
TIA	Tranzitorní ischemická ataka
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1            Extrakraniální přívodné tepny
- Příloha č. 2            Barthelův test základních všedních činností
- Příloha č. 3            Povolení sběru informací ve FN Plzeň



Zdroj: AMBLER, Zdeněk. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0894-4.

**Příloha č. 2**

**Barthelův test základních všedních činností**

Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0–40 bodů vysoce závislý

45–60 bodů závislost středního stupně

65–95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Zdroj: STAŇKOVÁ, Marta a kolektiv. *Základy ošetřování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0845-6.

**Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči**

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Věra Příbková

Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií,  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

**Povolení sběru informací ve FN Plzeň**

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření, pomocí rozhovorů, u pacientů *Neurologické kliniky* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše rozhovory s pacienty osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb.,** v platném znění.
- Údaje o svém zdravotním stavu, které Vám pacienti sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.
- Rozhovory s pacienty budete realizovat v době své, školou určené, odborné praxe, pod přímým vedením oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je vrchní / staniční sestra Neurologické kliniky FN Plzeň.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráce s Vámi pacient / respondent pociťoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová  
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP  
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň  
tel.: 377 103 204, 377 402 207  
e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)

20. 10. 2014