

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Jana Vojtová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

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

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jana VOJTOVÁ**
Osobní číslo: **Z16B0043K**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- DRUGA, Rastislav, GRIM, Miloš a DUBOVÝ, Petr. Anatomie centrálního nervového systému. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 219 s. ISBN 978-80-7262-706-6.
- GRIM, Miloš et al. Základy anatomie. 4a. Centrální nervový systém. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2014. 221 s. ISBN 978-80-7262-938-1.
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě. Praha: Galén, 2015. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.
- SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro studium i praxi. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
- Group of authors. Prevention of ischemic stroke. 1. vyd. CRC Press, 1999. 304 s. ISBN 978-185317385.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Posseltová**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **5. září 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

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

V Plzni 26. 4. 2020

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Vojtová Jana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Počet stran – číslované: 75

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 33

Klíčová slova: mozek, ošetrovatelství, cévní mozková příhoda, rizikové faktory, rehabilitace

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienta s cévní mozkovou příhodou. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretickou, kde jsou popsány anatomie a fyziologie mozku, definice a klasifikace mozkové příhody včetně prevence, rizikových faktorů, vyšetřovacích metod, léčby a ošetrovatelská péče o pacienta.

Praktická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu. Na základě pozorování a rozhovorů jsou vypracovány 2 kazuistiky a vytvořen ošetrovatelský proces. Získané výsledky jsou využity pro zpracování návrhu standardního ošetrovatelského plánu.

Abstract

Surname and name: Vojtová Jana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care of patient after the stroke

Consultant: Mgr. Lucie Posseltová

Number of pages – numbered: 75

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 33

Keywords: brain, nursing, stroke, risk factors, rehabilitation

Summary:

Bachelor thesis rates nursing care of patient after a stroke. Thesis is divided into two parts. Theoretical, which deals with anatomy and brain physiology, definition and classification of a stroke including prevention, risk factors, examination methods, treatment and patient care. Practical part is focused on qualitative research. Two case studies are developed based on interviews and observations and then nursing process was created. Obtained results were used to build up a draft of standard nursing plan.

Předmluva

Důvodem výběru tématu bakalářské práce ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě, je snaha přispět k zlepšení stavu poskytované péče a mým záměrem je napomoci rozvíjet a zlepšovat poskytovanou péči nemocným s CMP.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Posseltové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracovávání mé bakalářské práce. Poděkování také patří mé rodině za trpělivost a podporu.

Obsah

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 NERVOVÝ SYSTÉM.....	13
1.1 Mícha a míšní nervy	13
1.2 Anatomie a fyziologie mozku.....	14
1.2.1 Prodloužená mícha (<i>medulla oblongata</i>).....	14
1.2.2 Střední mozek (<i>mesencephalon</i>).....	15
1.2.3 Mozeček (<i>cerebellum</i>)	15
1.2.4 Mezimozek (<i>diencephalon</i>)	15
1.2.5 Přední mozek (<i>telencephalon</i>).....	16
1.3 Cévní zásobení mozku	18
2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	19
2.1 Klinický obraz.....	20
2.2 Rizikové faktory a prevence cévní mozkové příhody.....	21
2.3 Typy mozkových příhod	22
2.3.1 Ischemické mozkové příhody.....	22
2.3.2 Hemoragické mozkové příhody.....	24
2.4 Vyšetřovací metody.....	25
2.5 LÉČBA	27
2.5.1 Informovaný souhlas pacienta	27
2.5.2 Přednemocniční péče.....	28
2.5.3 Léčba ischemického iktu akutní	29
2.5.4 Léčba hemoragického iktu.....	29
2.5.5 Chirurgická léčba.....	30
2.5.6 Konzervativní léčba.....	30
2.5.7 Následná péče	30
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO CMP	32
3.1 Standardizace ošetrovatelského plánu	32
3.2 Ošetrovatelský model Virginie Hendersonové	33
3.2.1 Vnímání, udržování zdraví	33
3.2.2 Výživa.....	33
3.2.3 Vylučování.....	34
3.2.4 Hygiena.....	35
3.2.5 Aktivita a cvičení.....	36
3.2.6 Spánek a odpočinek	38
3.2.7 Vnímání a poznávání	38
3.2.8 Sebeúcta a sebepojetí.....	40
3.2.9 Role a vztahy	40
3.2.10 Reprodukce a sexualita	40
3.2.11 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance	41
3.2.12 Víra, životní styl	41
PRAKTICKÁ ČÁST	42
4 FORMULACE PROBLÉMU	42
5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	43
5.1 Hlavní cíl.....	43
5.2 Dílčí cíle.....	43

6	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	44
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	45
8	METODIKA PRÁCE	46
9	ORGANIZACE VÝZKUMU	47
10	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	48
10.1	KAZUISTIKA č. 1	48
10.1.1	Osobní údaje	48
10.1.2	Rodinná, osobní a pracovní anamnéza	49
10.1.3	Fyzikální vyšetření sestrou	49
10.1.4	Použité škály	50
10.1.5	Shromažďování dat dle modelu V. Hendersonové.....	50
10.1.6	Průběh hospitalizace	54
10.1.7	Plán ošetrovatelské péče	58
10.1.8	Edukační plán	63
10.2	KAZUISTIKA č. 2	65
10.2.1	Osobní údaje	65
10.2.2	Rodinná, osobní a pracovní anamnéza	66
10.2.3	Fyzikální vyšetření sestrou	66
10.2.4	Použité škály	67
10.2.5	Shromažďování dat dle modelu V. Hendersonové.....	67
10.2.6	Průběh hospitalizace	70
10.2.7	Plán ošetrovatelské péče	73
10.2.8	Edukační plán	76
	DISKUZE A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	77
	ZÁVĚR.....	82
	Seznam zdrojů	83
	Seznam příloh	86

SEZNAM ZKRATEK

a.	arterie (tepna)
aa.	arteriae (tepny)
anon	anonym
ADL	Barthelové test bazálních denních činností
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
EKG	elektrokardiograf
IADL	Test instrumentálních denních činností
ICN	Mezinárodní rada sester
ILO	Mezinárodní organizace práce
i. v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
KCC	Centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče
LDK	levá dolní končetina
LHK	levá horní končetina
MR	magnetická rezonance
NPO	nic per os
P + V	příjem a výdej tekutin
PDK	pravá dolní končetina
PEG	perkutánní endoskopická gastronomie
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katétr
PNS	periferní nervová soustava
PŽK	periferní žilní katétr
RF	retikulární formace
RIND	reverzibilní ischemický deficit
RZP	rychlá záchranná pomoc
SAK	subarachnoideální krvácení
sat. Hb	saturace hemoglobinu
s.c.	subkutánně

TIA	transitorní ischemická ataka
tj.	to jest
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
tzn.	to znamená
WHO	Světová zdravotnická organizace
WSO	Světová organizace pro mrtvici

ÚVOD

V dnešní době je problematika cévních mozkových příhod stále aktuální. K výskytu tohoto onemocnění, bohužel, dochází již i u mladších ročníků, netýká se pouze osob vyššího věku. K cévní mozkové příhodě dochází v důsledku přerušení cévního zásobení mozku. Hlavním projevem nemoci bývá ztráta citlivosti končetin, může dojít až k ochrnutí poloviny těla. Častým doprovodným znakem je pokleslý ústní koutek, snižování řečové schopnosti. Tyto projevy vedou mnohdy k trvalé invaliditě, končící i smrtí. Ke snížení následků postižení vede rychlá, včasná a účinná diagnostika. Součástí udržující naše zdraví je prevence s ovlivnitelnými i neovlivnitelnými vlivy. Velice důležitou roli hraje poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, čímž můžeme přispět k rychlejší rekonvalescenci a návratu pacientů do společnosti. Ke zpracování teoretické části jsme využily služeb v podobě rešerše Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje.

Praktická část práce je zpracována dvěma plány ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu s využitím modelu „Teorie základní ošetrovatelské péče“ Virginie Hendersonové. Veškerá data pro sestavení anamnestické části budou čerpána ze sesterské a lékařské dokumentace. V důsledku rozhovorů s pacienty (včetně jejich příbuzných) a pozorováním máme možnost nahlédnout na jednotlivé části modelu a tím získat jak subjektivní tak i objektivní pohled. Následně stanovíme ošetrovatelské diagnózy, které pro kontrolu správného vytvoření porovnáme s taxonomií NANDA – Ošetrovatelské diagnózy. Pro dosažení a splnění cílů bakalářské práce nám napomůže ošetrovatelský proces.

Téma Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě jsem si vybrala pro jeho stálou aktuálnost a pro snahu o zlepšení a rozvíjení poskytované péče pacientům po CMP.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NERVOVÝ SYSTÉM

Nervový systém je jednou z nejsložitějších soustav lidského těla, který zprostředkovává kontakt mezi organismem a vnějším prostředím. Všechny části této složité soustavy jsou velmi důkladně vzájemně propojeny a prostřednictvím vzruchů si předávají informace o veškerém dění v organismu. Mozek společně s činností míchy se podílí na monitoringu a řídicích funkcích nevědomých tělesných činností, koordinují vědomé pohyby a jsou chápány jako nejdůležitější místo intelektuálních funkcí. (Pfeiffer, 2007, s.77-83).

Základním stavebním prvkem nervového systému je **neuron** skládající se z výběžků, které se nazývají dendrity (stromovitě rozvětvené, přijímají aferentní signály) a axon (může být velice dlouhý, převádí eferentní signál na vzdálené efekторы a zároveň na návazné neurony). Neurony jsou největšími buňkami lidského těla a jejich úloha spočívá v podráždění a následného přenosu vzruchu prostřednictvím synapse (Silbernagl, 2016, s. 46).

Z anatomického hlediska rozdělujeme nervový systém na centrální nervovou soustavu (CNS) jejíž součástí je mozek a mícha a dále na nervovou soustavu periferní (PNS), která je tvořena mozkovými, autonomními a míšními nervy. (Dylevský, 2000, s.408).

1.1 Mícha a míšní nervy

Hřbetní mícha (medulla spinalis) je uložena v páteřním kanálu, je uspořádána do zhruba 45 cm dlouhého sloupce a silného asi jako lidský palec. Sestupuje z mozkového kmene a končí (kuželovitě ztenčená) v oblasti druhého bederního obratle. Na přední i zadní straně míchy probíhají hluboké zářezy, které naznačují její rozdělení na dvě poloviny. V každé polovině probíhají další dva mělké žlábků, které jsou určeny pro výstup a vstup vláken míšních nervů. Přední žlábek je pro výstup motorických vláken, které vytvářejí přední míšní kořeny; zadním žlábkem do míchy vstupují vlákna sensorická, která vytvářejí míšní kořeny zadní. Na průřezu míchou rozlišujeme míšní hmotu, šedou

a bílou. Šedá hmota má motýlovitý tvar a převážně obsahuje nervové buňky tvořící ohraničené skupiny nazývané jádra. Šedá hmota vybíhá v přední míšní rohy obsahující motoneurony a v míšní rohy zadní, kde končí senzitivní vlákna míšních nervů. Autonomní vlákna jsou uložena v postranních úsecích šedé hmoty. Bílá míšní hmota vytváří obal míchy, je tvořena nervovými vlákny, které jsou obaleny myelinovou pochvou.

Míšní nervy vznikají spojením míšních kořenů do svazků vystupujících z meziobratlových otvorů. Rozlišujeme 31 párů míšních nervů a to: 8 párů krčních, 12 párů hrudních, 5 párů bederních, 5 párů křížových a 1 pár kostrčních nervů. (Dylevský, 2000, s.432-443).

1.2 Anatomie a fyziologie mozku

Mozek je pravděpodobně nejvýše organizovanou živou hmotou, vážící 1330 – 1400 gramů, uloženou v kostěné lebce, kde je před mechanickým poškozením chráněn třemi vazivovými obaly, nazývanými mozkové pleny; *dura mater* (tvrdá plena mozková), *arachnoidea* (pavučnice) a *pia mater* (měkká plena mozková). Mezi arachnoideou a pia mater je prostor vyplněný *liquorem cerebrospinalis* (mozkomíšní mok), který kromě funkce mechanické ochrany, zastává i funkci ochrany biochemické povahy. Zároveň plní funkci nutriční a transportní a pomáhá udržovat homeostázu mozku. Dalším ochranným systémem mozku je *hematoencefalická bariéra*, která kontroluje biochemický přenos v obou směrech, zároveň ale tato bariéra může být zdrojem potíží, ve smyslu nepropustnosti některých důležitých léků do CNS. (Pfeiffer, 2007, s. 84-87).

1.2.1 Prodloužená mícha (*medulla oblongata*)

Prodloužená mícha je umístěna v zadní lebeční jámě, tvoří IV. mozkovou komoru. Je přímým pokračováním míchy hřbetní, rozšiřuje se směrem dopředu, kde pokračuje zanořením do Varolova mostu (*pons Varoli*) spojeného s mozečkem. Varolův most můžeme popsat jako mohutný límec obepínající dolní plochu prodloužené míchy. Složení prodloužené míchy a Varolova mostu sestává z nervových buněk rozdělených do jader, ve kterých začínají nebo končí vlákna IX.- XII. hlavových nervů. V souvislosti s prodlouženou míchou se musíme zmínit o tzv. *retikulární formaci* (RF), jakési přepojovací stanici ascendentních a descendentních drah přijímající vzruchy z drah

míšních a hlavových nervů a následného převodu do ostatních částí CNS. RF je místem řídicího centra dýchání, reguluje srdeční činnost, obsahuje vasomotorické centrum a centrum nepodmíněných reflexů jako například škytání, polykání, zvracení a další. Pokud dojde k přerušení prodloužené míchy či narušení retikulární formace, bývá následek fatální. (Dylevský, 2000, s.444-445).

1.2.2 Střední mozek (*mesencephalon*)

Střední mozek je nejmenším oddílem mozkového kmene. Obsahuje čtverhrbolí vytvořené nervovými buňkami. Horní hrbolky jsou zapojeny do zrakových drah, pracují jako podkorové zrakové centrum pro zrakové reflexy; sledování dráhy, pohybu objektů a pohybu očí společně s hlavou za zdrojem světla. Dolní hrbolky se podílí na sluchových reflexech - reflexní odpovědi na zvuky, polekání se hlasitého zvuku, otočení se za zvukem. Ve středním mozku také nalezneme dráhy, pomocí kterých jsou řízeny vědomé pohyby.

1.2.3 Mozeček (*cerebellum*)

Mozeček je uložen v zadní jámě lebeční, pokryt zbrázděnou kůrou, pod kterou nalezneme bílou hmotu obsahující mozečková jádra. Společně s koncovým mozkiem a mozkovým kmenem je spojen silnými stonky. Jeho složení sestává ze dvou hemisfér a mozečkového červu, jakožto jakési spojky. Mozeček je centrem pro koordinaci chtěných i mimovolních pohybů, ovládá svalový tonus a koordinaci svalových pohybů, udržuje rovnováhu a držení těla. Při porušení funkce dochází k hypotonii svalů, vrávorání při chůzi, neschopnosti udržet rovnováhu. (Dylevský, 2000, s.465).

1.2.4 Mezimozek (*diencephalon*)

Mezimozek je složen z párových struktur – thalamu a hypothalamu. Třetí mozková komora leží mezi oběma thalamy. Jádra thalamu mají za úkol přepojení senzitivních informací (např. bolest, hmat) z organismu. Thalamus je také považován za „bránu vědomí“, která nás chrání před přílišným množstvím informací. Hypothalamus je tvořen hypothalamickými jádry, které řídí autonomní reakce endokrinní funkce. (Dylevský, 2000, s. 452-454).

1.2.5 Přední mozek (*telencephalon*)

Přední mozek je největší součástí CNS a je tvořen dvěma polokoulemi (hemisférami), které představují 83% celkové mozkové hmoty. Mezi oběma hemisférami je hluboká podélná mozková štěrbina sahající až k mozkovému svalku -corpus callosum. Tento svazek bílé hmoty spojuje obě hemisféry a zprostředkovává mezi nimi spojení. Obě hemisféry jsou zcela pokryty mozkovou kůrou (*cortex cerebri*). Mozková kůra se při narození popisuje jako nepopsaný papír, kdy jsou postupně „zapisovány do paměťových stop“ naučené informace z oblasti motorických, akusticko-motorických, vizuálně motorických dovedností a zpětné schopnosti reakce. Vše se opírá o dědičný fond a veškeré tyto informace jsou důležité v rehabilitačním procesu. Kůra je tvořena nervovými buňkami (jejich počet je až 15 miliard) a je zvrásněna do mnoha závitů (gyrů) typickými zářezy a rýhami, podle kterých můžeme každou z hemisfér rozdělit na čtyři laloky: čelní, temenní, týlní a spánkový. (Pfeiffer, 2007, s. 89-93).

Čelní lalok (*lobus frontalis*) představuje 2/3 mozkové kůry, je velice rozvinutý a má zvláštní význam v oblasti psychiky a motoriky. Z primární motorické korové oblasti jsou řízeny vědomé, chtěné a vůlí ovládané, přesné a zručné pohyby těla, zvláště předloktí, prstů a tvářových svalů. Složitější pohyby jako je například uchopování předmětů nebo pohyb přes překážky jsou řízeny z premotorické kůry. Z psychického pohledu jde o místo, kde se utváří osobnost. Při porušení tohoto systému dochází k poruchám osobnosti, ztrátě iniciativy, nezájmu o okolí, chybí schopnost naučit se novým věcem a vede k potížím s pamětí. Do této struktury spadají vývojově staré reflexy, jako jsou sací, labiální a úchopový reflex, které jsou znovu výbavné. Dále zde nacházíme pohledové pole a Brockovo centrum. Je-li Brockovo centrum uloženo v levé hemisféře, pokud je dominantní, pak řídí tvorbu řeči. Brockovo centrum uložené v hemisféře pravé, má za úkol kontrolu emočního zabarvení mluveného slova a zároveň se tato oblast podílí i na krátkodobé paměti slov a řeči. Brockovo centrum také souvisí s dominantností pravé či levé ruky (Pfeiffer, 2007, s.93-96).

Temenní lalok (*lobus parietalis*) obsahuje senzitivní korovou oblast, která je výrazně zásobena informacemi o vnímání povrchu těla jako analyzátoru kožní citlivosti, kam patří bolest, teplo, chlad, tlak, dotyk a v tomto důsledku dochází k uvědomování si vlastního těla. Somatosenzitivní asociační oblast, která je taktéž součástí temenního laloku,

se na základě předchozích zkušeností podílí na rozpoznání předmětů dle tvaru (Pfeiffer, 2007, s.96-97).

Spánkový lalok (*lobus temporalis*) obsahuje sluchovou, vestibulární a řečovou oblast. Ve sluchové oblasti jsou umístěny analyzátory sluchových vjemů (jako je například hlasitost, výška tónů, rytmus), tím pádem tvoří vstupní bránu pro tvorbu řeči. Analyzátory vestibulárními procházejí dráhy pro vnímání polohy a pohybu těla. Mimo těchto dvou analyzátorů v laloku najdeme hippocampus, který je je jakousi vstupní cestou krátkodobé paměti do paměti dlouhodobé, přičemž dojde-li k narušení, vznikne porucha vytváření paměťových stop. Řečová oblast je rozdělena na Brockovu a Werickeovu oblast. Zatímco Brockova oblast se podílí na tvorbě řeči, ta Werickeova je analyzátozem mluveného slova (artikulace, rozpoznání rytmu). Též je zde místo centrální projekce čichových vjemů se silným emocionálním nábojem. V důsledku patologického dráždění této struktury, dochází k čichovým pseudohalucinacím, které jsou velmi nepříjemné a mohou být předzvěstí epileptického záchvatu (Pfeiffer, 2007, s. 97-98).

Týlní lalok (*lobus occipitalis*) je analyzátozem dostředivých zrakových informací s hlavní recepční oblastí Brodmannova centra společně se schopností rozeznávat písmena a neschopností číst. Dojde-li ke dráždění, vznikají zrakové fenomény od jednodušších až po halucinatorní vjemy (Pfeiffer, 2007, s. 98).

1.3 Cévní zásobení mozku

Mozek je velmi náročný na krevní zásobení, neboť sám pro sebe vyžaduje 20% veškeré krve těla, ačkoliv představuje asi 2% celkové hmotnosti. Při přerušení cévního zásobení (transportu kyslíku a glukózy) hrozí mozkové tkáni nedokrevnost a rozpad. Nervové buňky jsou schopny bez kyslíku přežít asi 5 minut, neurony kmene 20 – 30 minut, při úplném přerušení přítoku krve do mozku nastává do 10 sekund bezvědomí (Dylevský, 2000, s. 471).

Mozek je zásoben pravou a levou a. vertebralis vystupující z pravé a levé arteria subclavia zásobující mozkový kmen a mozeček. Arteria basilaris vzniká spojením aa. vertebrales na spodní části Varolova mostu a dále se dělí na dvě tepny aa. cerebri posterior, které zásobují zřetkovou korovou oblast uloženou v okcipitálním laloku a část laloku spánkového. Dalšími hlavními tepnami zásobující mozek jsou pravá a levá a. carotis interna dále se dělící na větve, které zásobují mozkovou kůru. Dvě hlavní větve jsou arteria cerebri anterior, zásobující čelní lalok a arteria cerebri media, která zásobuje lalok spánkový. A. basilaris s aa. vertebrales společným spojením a s dalšími cévami vytvářejí Willisův okruh, který dle potřeby umožňuje kolaterální zásobení mozkových laloků a tím může kompenzovat i větší uzávěr některé z výše uvedených tepen (Čihák, 2016, s. 363; Pfeifer, 2007, s. 77).

2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Již několik tisíc let se učenci zabírali podstatou náhlého vzniku ochrnutí. Na papýru nalezeném Edwinem Smithem se uvádí, že staří Egypťané a Řekové vnímali mozek jako sídlo myšlení a poznali vztah mezi hemisférou a hybností na opačné polovině těla. Apoplexií (krvácením do tkáně, které ji poškodí) se také zabýval Hippokrates, kde jako typickým příkladem klinického obrazu popsal pravostrannou hemiplegii sdruženou s afázií. O dalších pár set let později přišel Galén z Pergamonu, ovlivňující evropské medicínské myšlení na dalších zhruba 1300 let, s domněnkou nahromadění hlenu v mozkových tepnách jakožto příčiny apoplexie. Ta byla ve středověku popsána i Avicennou jako ztráta hybnosti a citlivosti v důsledku cévního uzávěru v mozku. V 17. století jako první přináší Thomas Willis reálný popis a zobrazení karotického a vertebrobazilárního povodí včetně vzájemného propojení přívodných tepen. Termín Willisův okruh je používán dodnes. Z tohoto shrnutí historických poznatků je patrné, že cévní příhody sužují lidstvo od nepaměti (Kalina, 2008, s.12).

Dle WHO je cévní mozková příhoda definována jako rychle se rozvíjející klinické anebo fokální příznaky mozkové dysfunkce, přetrvávající déle než 24 hodin anebo vedoucí ke smrti (Herzig, 2014, s.7).

Na celém světě je cévní mozková příhoda jednou z nejčastějších příčin úmrtnosti, v České republice zaujímá třetí místo a je nejčastější příčinou invalidizace. Přestože výskyt onemocnění stoupá s věkem, stále častěji se setkáváme s výskytem u osob středního i mladého věku. Co se týká České republiky, výskyt onemocnění a úmrtí je oproti západním zemím 2-3x vyšší.

Jedná se o urgentní stav, při kterém dochází k náhlému přerušení či snížení cévního zásobení, trvající déle než 24 hodin a který vyžaduje rychlou diagnostiku a včasnou účinnou terapii (Kalita, 2010, s.9).

Čím dříve dojde k obnově krevního oběhu, tím více se zvyšuje pacientova šance na kompletní uzdravu. I přes včasnou léčbu zůstává až polovina pacientů trvale postižena a v průběhu týdnů, měsíců až let může dojít k recidivě.

2.1 Klinický obraz

Cévní mozková příhoda je náhle vzniklé onemocnění projevující se velmi variabilními znaky v závislosti na lokalizaci a rychlosti vzniku, rozsahu poškození, zdravotním stavu pacienta, prevenci.

Typickým projevem ischemických příhod je centrální paréza lícního nervu a centrální hemiparéza, afázií lze pozorovat u postižení dominantní hemisféry. Je-li poškozeno místo vertebrobazilárního povodí, jsou patrné poruchy polykání a dysartrie, parézy okoohybných nervů, poruchy rovnováhy a ochrnutí dolních i horních končetin. V neposlední řadě může docházet k poruchám vědomí.

U mozkové příhody z hemoragických příčin se nejčastěji setkáváme s bolestmi hlavy spojené se zvracením. Pozorujeme také poruchy vědomí.

Mozková příhoda z příčiny subarachnoideálního krvácení se projevuje typicky krátkou poruchou vědomí, s prudkou bolestí hlavy a postupným nástupem tuhnutí šíje až k meningeálním projevům (Bartůněk, s. 432, 2016).

2.2 Rizikové faktory a prevence cévní mozkové příhody

Rizikový faktor můžeme chápat jako riziko předcházející vzniku, rozvoje či nepříznivého průběhu nemoci. Z klinického hlediska zpravidla rizikové faktory dělíme na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Neovlivnitelné faktory (jak již z názvu vyplývá, jsou faktory, které nemůže nijak ovlivnit) patří sem zejména věk. Bylo prokázáno riziko až dvojnásobné u populace po 55. roce věku života, avšak ve středním a časném starším věku, je výskyt CMP častější u mužů než u žen, ale zde se s rostoucím věkem rozdíl smazává. K rizikovým faktorům také patří genetické vlivy jako například familiární výskyt mozkových příhod.

Faktory ovlivnitelné můžeme tedy ovlivnit například zdravým životním stylem, vnímavostí k vlastnímu tělu (ve smyslu nepřecházení nemocí, nepodceňování příznaků a důsledná léčba chorob). Hlavním rizikovým faktorem cévních mozkových příhod ischemických i hemoragických je hypertenze. Proto léčba vysokého krevního tlaku, ať už změnou životosprávy nebo farmakoterapií, je nejúčinnější primární prevencí vzniku CMP. K dalším rizikovým faktorům, dobře léčitelným, patří onemocnění srdce, zejména fibrilace síní. Z kardiálních příčin nesmíme opomenout ischemickou chorobu srdeční a infarkt myokardu. Diabetes mellitus je dalším rizikovým faktorem, kde předčasně dochází ke vzniku aterosklerotického poškození velkých i malých tepen a tím se násobí riziko a výskyt srdečních chorob, ale i CMP. Rovněž hladina cholesterolu je velmi důležitým faktorem, protože jeho vysoká hladina vede k aterosklerotickým změnám v cévách a tím se zvyšuje riziko rozvoje cévní mozkové příhody a jak bylo uvedeno na sympoziu v Brně, vše souvisí se vším:

„Prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., vedoucí Centra preventivní kardiologie II. interní kliniky LF UK a FN Plzeň, ve své přednášce připomněla výsledek velké metaanalýzy statinových studií zahrnujících více než 170 000 pacientů. Bylo prokázáno, že každé snížení koncentrace LDL cholesterolu (LDL-c) znamená pro pacienta snížení rizika úmrtí ze všech příčin o 10 %, úmrtí z koronárních příčin o 20 %, velké koronární příhody o 23 % a cévní mozkové příhody o 17 %.“

<http://terapie.digital/terapie/kongresy/vsechno-souvisi-se-vsím-aneb-trikrat-kv-trefa-do-cerneho.html?authToken=null#>

Cílem prevence je snížení rizika vzniku či rozvoje nemoci. Jak již výše byl uveden zdravý životní styl, kam patří snížení ovlivnitelných rizikových faktorů, zde zařadíme na prvním místě kouření, tedy absolutní zákaz kouření (především ženám užívající hormonální antikoncepci). Dalším preventivním opatřením je zákaz nadměrného užívání alkoholu a v posledních letech i konzumace návykových látek jako například kokain, heroin, marihuana a další.

Doporučují se tedy pravidelné kontroly glykemie, cholesterolu, krevního tlaku, nekouřit, neužívat nadměrně návykových látek, doporučujeme dostatek pohybu a aktivního cvičení, samozřejmě i dostatek odpočinku a úpravu stravovacích návyků (Herzig, 2014, s.17-23; Kalita, 2010, s. 15-20).

2.3 Typy mozkových příhod

Mozkové příhody rozdělujeme ze širšího hlediska na ischemické a hemoragické. Ischemické příhody dále dělíme dle několika dalších kritérií. V této práci jsme zvolily dělení dle Češky a to: dělení dle průběhu, příčiny, rozsahu léze a dle lokalizace uzavřené tepny. Hemoragické příhody můžeme rozdělit dle typu krvácení.

2.3.1 Ischemické mozkové příhody

Nejčastějším typem CMP je mozková ischemie (až v 80%), kde dochází k poškození mozkové tepny v důsledku aterosklerotického procesu nebo uvolňujícím se trombem vzniklým mimo mozkovou oblast, například v srdci, aortě či karotidě. Dle Miloše Táborského (předsedy České kardiologické společnosti) se uvádí, že častou příčinou je také fibrilace síní, při které vzniká riziko vzniku krevní sraženiny v oušku levé síně. *“Ta se pak může utrhnout a tepenným řečištěm doputovat až do mozku, kde tepnu ucpe a dojde k cévní mozkové příhodě”* (Malý, 2018; <https://zdravi.euro.cz/petina-cevnich-mozkovych-prihod-je-zpusobena-fibrilaci-sini-srdce/>). (Češka, s.161, 2012)

Dělení dle průběhu:

TIA (tranzitorní ischemická ataka) – jedná se o fokální poruchu mozkové funkce nebo jednostrannou poruchu zraku vaskulárního původu, nedochází zde k vývoji mozkového infarktu. Ačkoli je TIA přechodným stavem, který se spontánně upravuje zpravidla do 1 hodiny (typicky do několika minut), nejpozději však do 24 hodin bez vzniku prokazatelných změn (např. na CT), musíme jej považovat za vysoce varovný signál závažné poruchy mozkové perfuse vyžadující urgentní diagnostiku.

RIND (reverzibilní mozková příhoda) je mozková ischemie s náhle vzniklou symptomatologií odeznívající obvykle do 14 dnů. Oproti tranzitorní ischemické atace zobrazovací metody již obvykle prokážou drobný infarkt, který někdy zanechá trvalý drobný funkční deficit.

Platí však, že ještě nedochází k rozvoji akutního mozkového infarktu, avšak jsou oba typy velmi varovným příznakem hrozícího iktu (Herzig, 2014 s. 21; Tyrliková a Bareš, 2012)

Dokončená mozková příhoda – mozková ischemie, při které náhle vzniká závažná klinická symptomatologie. Zobrazovací metody již prokáží rozsáhlejší mozkový infarkt a funkční postižení zůstává trvalé.

Progredující mozková příhoda – jedná se o obraz mozkové ischemie s postupnou progresí klinických příznaků. Jde o méně častý klinický obraz CMP (Češka, s. 161, 2012).

Dělení dle příčiny:

Onemocnění velkých tepen – k tomuto onemocnění dochází v 50% všech ischemických mozkových příhod. Nejčastěji se jedná o postižení magistrálních přívodných mozkových tepen v důsledku aterosklerotického procesu, ostatní příčiny, jako například disekce tepny, jsou vzácnější.

Onemocnění malých tepen – v tomto případě je výskyt u 25% všech mozkových příhod. Jedná se o postižení drobných perforujících tepen, které odstupují z Willisova okruhu. Nejčastější příčinou bývá ateroskleróza, vzácněji vaskulitida apod. V každém případě je důsledkem vznik lakunárního infarktu.

Embolizace ze srdce – tato příčina je patrna ve 20% všech mozkových iktů, kde příčinou jsou srdeční onemocnění, která jsou provázena tvorbou trombů v oddílech levého

srdce, případně se může jednat o defekt srdečního septa s následnou paradoxní embolizací (Češka, s. 161, 2012).

U zbylých 5% není příčina vzniku mozkové příhody určena.

Dělení dle rozsahu ischemické léze:

Malý iktus – pro svou lehkou symptomatologii a takřka úplného vymizení příznaků, jsou do této skupiny řazeny TIA a RIND

Velký iktus – tento název vyplývá ze závažnosti těžké a hlavně přetrvávající klinické symptomatologie. Do této skupiny řadíme většinu dokončených iktů společně s konečnými fázemi iktu progredujícího. Nejzávažnějším typem velkého iktu je tzv. „maligní iktus“, který postihuje celou oblast v povodí střední mozkové tepny a někdy i povodí sousedních arterií

Lokální postižení mozku – jedná se o ložiskové ischemie, nacházející se v oblasti příslušné mozkové tepny

Globální postižení mozku – zde se jedná o postižení celého mozku v důsledku hypoxie či ischemie

Dle lokalizace uzavřené tepny:

Karotické povodí – jedná se o častější lokalizaci ischemických iktů

Vertebrobazilární povodí – oproti karotickému povodí, je tato lokalizace méně častá (Češka, s.161, 2012).

2.3.2 Hemoragické mozkové příhody

Dalším typem mozkové příhody, je hemoragická cévní mozková příhoda (takřka ve 20% všech CMP), způsobená krvácením do mozku. Ačkoliv je tento typ CMP méně častý, jeho prognóza i průběh bývá velmi závažný, úmrtnost je až 60%, u pacientů v kómatu mortalita stoupá až k 90%. Krvácení vzniká porušením stěny mozkové cévy nacházející se buďto na povrchu mozku, s následným rozšířením krevního výronu do subarachnoidálního prostoru, zde hovoříme o krvácení subarachnoidálním (SAK) anebo krevní výron se týká cévy uvnitř mozku, tehdy hovoříme o krvácení intracerebrálním.

Můžeme hovořit i o krvácení intraventrikulárním, a to v případě dojde-li k porušení cévy v oblasti mozkových komor (Seidl, 2008, s.87; Kalita, 2010, s.12).

Intracerebrální krvácení – tento druh krvácení zahrnuje 10-15% všech iktů. Nejčastější příčinou vzniku krvácení je prasknutí cévní stěny některé z mozkových arterií. Vzácnější příčinou je však původ venózní. Rozhodující úlohu v patogenezi mají anatomické (lokální postižení cévní stěny s možností ruptury, ukládání amyloidu do svaloviny cév – u starších jedinců, cévní anomálie – častěji u mladších osob) a hemodynamické (arteriální hypertenze) faktory. Svou úlohu hrají také faktory hemokoagulační (antikoagulační a trombolytická terapie, hematologická onemocnění).

Typická krvácení – tvoří 80% všech intracerebrálních krvácení. Častěji se vyskytují v centrální oblasti mozkových hemisfér, méně často pak v mozkovém kmeni či mozečku. Významnou roli zde zastává arteriální hypertenze.

Lobární krvácení – jsou nazývány též globozní nebo atypická – tato krvácení jsou zastoupena ve 20% všech intracerebrálních hemoragií. Jejich výskyt je lokalizován více na povrch a obvyklou příčinou v mladším věku je ruptura cévní anomálie (nejčastěji kavernozního angiomu) a ve vyšším věku je příčina v amyloidní angiopatii.

Subarachnoidální krvácení – klasifikace se řídí subjektivními příznaky a závažností objektivního neurologického nálezu. Klasifikace subarachnoidálního krvácení podle Hunta a Hesse je řazena do pěti stupňů, z nichž první stupeň představuje mírné klinické obtíže až po stupeň pátý definovaný kómatem (Češka, s. 170, 2012).

2.4 Vyšetřovací metody

Základem vyšetřovacích metod je důkladné stanovení celkové anamnézy (anamnéza rodinná, osobní, sociální, pracovní, u žen gynekologická, nynější onemocnění). Za velmi důležitý považujeme časový údaj vzniku příznaků. Všímáme si klinického obrazu společně s náhledem urgentně provedeného laboratorního screeningu, jehož součástí je sedimentace erytrocytů, krevní obraz, stanovení hladiny glykemie, ledvinové, jaterní a lipidové testy, krvácivé parametry a další dle indikace. Abychom mohli spolehlivě určit typ mozkové příhody (ischemická či hemoragická) využíváme diagnostiky pomocí zobrazovacích metod (Třeška, 2003, s.245,263).

Výpočetní tomografie (CT) je pro svoji snadnou dostupnost a diagnostickou výtěžností stále považována za metodu volby, pro pacienta bezbolestným vyšetřením. Nejen že rozpozná ischemii od hemoragie, ale také zobrazuje rozsah a charakter ischemické léze, zobrazí sekundární změny mozku, také pomůže s hodnocením rizika terapie a s náhledem na stanovení prognózy iktu. Ischemické změny však často bývají v prvních hodinách vzniku příznaků negativní, neboť prokazatelné změny mají obvykle postupný vývoj v řádu několika hodin, někdy až dní (Češka, 2012, s. 163).

Nativní CT, bez podání kontrastní látky, pro pacienta nepředstavuje žádnou přípravu k vyšetření. Naopak CT s kontrastní látkou vyžaduje pacientovu přípravu v podobě podání antihistaminik (předchází vzniku alergické reakce, případně takovou reakci potlačují), a to perorální nebo intravenózní cestou. Při využití kontrastní látky podávané intravenózně se zobrazuje cévní řečiště. Toto vyšetření tak může nahrazovat CT angiografii, která je oproti CT invazivní metodou. K posouzení průtoku krve mozkovou tkání využíváme perfúzní CT (Seidl, 2008, s. 53-57, Češka, 2012, s. 163).

Magnetická rezonance je další přínosnou metodou, při které lze posoudit ischemické léze mozku, avšak dříve a přesněji než u vyšetření CT. Nevýhodou magnetické rezonance je její obtížnější dostupnost, finanční náročnost a vyskytují se zde zásadní kontraindikace: feromagnetický materiál (náhrady kloubů, kardiostimulátor, tetováž...) (Seidl, 2008, s.53-57).

Digitální subtrakční angiografie (DSA) je metoda invazivní, která umožňuje zobrazení cévního řečiště s průkazem cévních anomálií (stenóz, aneuryzmat) a cévních spazmů. Kromě významu zobrazovacího hraje důležitou roli v angiochirurgických a endovaskulárních intervencích (Češka, 2012, s. 164).

Sonografické vyšetření dopplerovskými průtokoměry poskytuje barevné zobrazení průtoku cévami, informuje o struktuře stěn cévy. Monitoruje embolizaci do mozkových tepen, pomáhá určit mozkovou smrt. Sonografie využívá ultrazvuku, který sám o sobě dokáže zničit trombus, což využíváme k potencování trombolýzy (Češka, 2012, s. 164).

2.5 LÉČBA

Cévní mozkové příhody je nutné považovat za urgentní stav, který vyžaduje co nejrychlejší hospitalizaci na iktové jednotce a zahájení účinné terapie. Je tedy žádoucí rozpoznání klinických příznaků již od laické veřejnosti, aby byla včas, bez jakéhokoliv zaváhání, přivolána lékařská pomoc, neboť čas zde hraje velice důležitou roli.

2.5.1 Informovaný souhlas pacienta

Veškerá vyšetření, výkony musí být provedeny se souhlasem pacienta. Informovaný souhlas, jehož pravidla upravuje Vyhláška č.98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci; musí splňovat základní náležitosti, jakož jsou: kvalifikovaný, svobodný a poučený souhlas; kromě akutního ohrožení zdraví (výkon z vitální indikace), musí být pacient informován o případných rizicích spojených s výkonem či vyšetřením a jsou-li v léčbě i alternativní postupy, je důležité o nich informovat. Vyjádření souhlasu nemusí být pouze písemné, ale i ústně či konkludentně (projev slovní nebo mlčky se souhlasným gestem, musí být učiněn zápis se svědky). Nesouhlasí-li pacient s danými postupy, musí podepsat tzv. negativní revers (písemný projev nesouhlasu). Pokud je pacient přijat do zdravotnického zařízení a není schopen udělit souhlas s hospitalizací, je zdravotnické zařízení povinno tuto událost nahlásit do 24 hodin příslušnému soudu (Haškovcová, 2015, s. 75-79).

2.5.2 Přednemocniční péče

Jedním ze zásadních úkolů, již přivolané záchranné služby, je zjištění doby počátku vzniku příznaků a zjistit kontakt na osoby, které by mohly doplnit a upřesnit pacientovu anamnézu. Neméně důležitým krokem je stabilizace vitálních funkcí, kam řadíme krevní tlak, pulz, saturaci krve kyslíkem, kontrolu vědomí, kontrolu hodnoty glykemie a další, odvíjející se od aktuálního zdravotního stavu pacienta. Samozřejmostí je zavedení intravenózního vstupu, kam aplikujeme normotonický či hypertonický roztok. Následuje rychlý transport nejlépe do iktového centra. Iktová centra jsou vysoce specializovaná pracoviště disponující multidisciplinárním týmem, potřebnou diagnostickou i léčebnou technikou. Jsou rozdělena na Komplexní cerebrovaskulární centra (1. stupeň) zaměřená na komplexní péči cerebrovaskulárních onemocnění a na Iktová centra (2. stupeň), která jsou specializována na léčbu iktů (Bartůněk, s.433-438,2016, Češka, 2012, s.161-170).

2.5.3 Léčba ischemického iktu akutní

V akutní fázi ischemického iktu se soustředíme na časový interval vzniku příznaků mozkové ischemie. Rekanalizační léčba, jejíž cílem je obnova perfuze tepnou uzavřené trombem či embolem, spočívá v podání trombolytika - rekombinantního tkáňového aktivátoru plasminogenu rt-PA - Actilysa i.v. Trombolýza je podávána nejprve bolusem 10% dávky a posléze podávána v podobě infuze po dobu 60 minut. Největšího účinku podané látky dosáhneme, pokud je co nejkratší doba od vzniku prvních příznaků. Mějme však na paměti, že při rozsáhlém mozkovém infarktu je tato metoda kontraindikována. Při postižení karotického povodí je terapeutické okno pro podání intravenózní trombolýzy do 4,5hodiny, nejlépe však do 45 minut od vzniku příznaků. Není-li toto časové okno dodrženo a není-li delší než 6hodin, volíme trombolýzu intraarteriální cestou. V intervalu do 8hodin po vzniku příznaků můžeme využít kombinace intravenózní a intraarteriální trombolýzy nebo jejího zvýšení účinku pomocí tzv. sonotrombolýzy. Přílišné snižování krevního tlaku ke standardním hodnotám není doporučováno, a to pouze za předpokladu, není-li mozková příhoda doprovázena dalšími závažnými stavy. Jsou však stavy kde je trombolýza kontraindikována, zejména se jedná o krvácení do mozku či gastrointestinálního traktu, onemocnění vyžadující užívání antikoagulancií, těhotné či kojící ženy. Cílem léčby akutní fáze cévní mozkové příhody je obnovení perfuze uzavřené cév (Bartůněk, s.433-438,2016, Češka, 2012, s.161-170).

2.5.4 Léčba hemoragického iktu

Stejně jako v případě ischemické příčiny i zde je velice důležité začít s léčbou co nejdříve. Zahájení léčby se odvíjí od rozsahu a lokalizace krvácení. Zaměřujeme se také na prevenci sekundárního postižení mozku, která si klade za cíl zpomalení a potlačení progresu krvácení.

V případě hematomu je léčba vysokého krevního tlaku nezbytná. U případné koagulopatie (např.u předávkování Warfarinem) podáváme Prothromplex nebo transfuzní terapii v podobě čerstvé mražené plazmy. ; Dochází-li k alteraci vědomí , monitorujeme nitrolební tlak přímou monitorací, kde preferujeme klidový režim (nejlépe za pomoci sedace) a snažíme se o udržení hlavy ve středním postavení s elevací ve 30stupňovém sklonu. V případech sekundární terapie využíváme antiedematickou, radiační léčbu. Taktéž

využíváme postupů ednovaskulárních technik jako jsou například angioplastika, remodelace, stenting a další, které jsou určeny pro ošetření cévních malformací a aneuryzmat (Bartůněk, s.433-438,2016, Češka, 2012, s.161-170).

2.5.5 Chirurgická léčba

Léčba spočívající v chirurgickém řešení je prováděna na neurochirurgických odděleních. Mluvíme zde o operacích revaskularizačních, které jsou řešeny tzv. by-passem. K tromboembolizaci se přikláníme při uzávěru kmene střední mozkové tepny a k dekompresivní kraniotomii při snižování rizik edému, expanze mozkového infarktu (Bartůněk, s.433-438,2016, Češka, 2012, s.161-170).

2.5.6 Konzervativní léčba

Ke konzervativní léčbě přistupujeme, pokud nebylo dodrženo terapeutické časové okno. Spočívá ve stabilizaci základních životních funkcí, klidovém režimu, předcházení komplikací. U ischemické CMP antiagregancia podáváme již od 1. dne akutní fáze. Vyjimku tvoří pacienti, kteří byli léčeni trombolýzou, zde se zahajuje podávání antiagregancií až po 24hodinách. U pacientů se závažnými trombofilními stavy zahajujeme léčbu antikoagulancii v podobě nízkomolekulárních heparinů. V případě CMP hemoragické se soustředíme na léčbu protiedémovou a vyhýbáme se léčbě antikoagulancii a antiagregancií (Bartůněk, s.433-438,2016, Češka, 2012, s.161-170).

2.5.7 Následná péče

Následná péče je zajištěna již v akutní fázi. Spočívá zejména v pravidelné a dlouhodobé péči multidisciplinárního týmu. Pacienti po mozkové příhodě jsou ohroženi latentní aspirací, proto aktivně vyhledáváme symptomy dysfagie, v indikovaných případech věnujeme čas nácvičku polykání. V postiktálním období může u mnohých dojít k rozvoji demence a sekundární epilepsie, je tedy doporučována spolupráce se specializovanými poradnami. V následné péči by měl být kladen důraz také na sekundární prevenci spočívající ve snižování rizikových faktorů námi ovlivnitelnými (zejména zákaz kouření, dostatek pohybu) a ve zvolení vhodné medikace přidružených onemocnění (diabetes, hyperlipidemie, hypertenze). Někteří nemocní jsou více ohroženi závažnými depresemi, mohou pociťovat frustraci a vztek, což může vyústit až v agresivitu.

Velmi důležitou roli zde zastává podpora rodiny, která má vliv na psychický stav nemocného. Ačkoli i pro rodinu tato situace je často velmi náročná, doporučuje se spolupráce s psychologem. Další součástí následné péče by měla být i oblast sociální, která rodině umožní náhled i na jiné způsoby péče, např. domácí péče (Home care), pečovatelské služby. Do oblasti sociální péče také patří různé příspěvky, na které má rodina dle daných kritérií nárok (příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, dopravu, pořízení motorového vozidla...). Aby péče rodiny byla co nejlepší, je důležité nebát se a říci si o pomoc, využít služeb respitní péče či se spojit s organizacemi zabývající se pacienty s CMP (Bartůněk, s.433-438,2016, Češka, 2012, s.161-170).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO CMP

Ošetřovatelství je vědní disciplína vycházející z poznatků přírodních, humanitních a společenských vědních oborů, prostřednictvím kterých zkoumáme ošetřovatelské aspekty péče o jedince a skupiny v souvislosti se zdravím a prostředím vyplývající z požadavků uspokojování potřeb. Systematické a komplexní uspokojování potřeb člověka v souladu s individualitou jedince, postupy vedoucí k uchování či navrácení zdraví, mírnění bolesti a zajištění klidného umírání a důstojné smrti jsou hlavními cíli ošetřovatelství. Charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství je vyhledávání a plánování v oblasti uspokojování individuálních potřeb ve vztahu ke zdraví či nemoci, vycházející z holistického přístupu k člověku v přímém kontaktu s jednotlivcem nebo skupinami vyžadující péči, a to vše formou ošetřovatelského procesu.

Ošetřovatelství se též podílí na snižování nákladů a současně na zvyšování efektivnosti poskytování péče obyvatelstvu s úkolem podpory optimálního zdravotního stavu jednotlivce, skupin i komunit, ve vzájemné spolupráci zabezpečit maximální kvalitu ošetřovatelské péče, vést k soběstačnosti a preventivními opatřeními snižovat úmrtnost za přístupu zdravotnického personálu odborně způsobilého a neustále vzdělávajícího se v souladu s právy pacientů, s etickými principy a se schopnostmi využít a aplikovat výsledky výzkumu za podpory organizací jako např. WHO – Světová zdravotnická organizace, ICN – Mezinárodní rada sester, ILO – Mezinárodní organizace práce apod.

Pro získání informací o pacientovi tak, abychom se mohly zaměřit na problémy jednotlivých oblastí, vyhledání problému a následné sestavení ošetřovatelské diagnózy, stanovení intervencí a cílů ošetřovatelského procesu, využíváme některých ošetřovatelských modelů, např. modelu Teorie základní ošetřovatelské péče Virginie Hendersonové. (Boroňová, 2010, s.8-11).

3.1 Standardizace ošetřovatelského plánu

Ošetřovatelský proces uvádí souhrn všech ošetřovatelských činností, které vedou k zajištění potřeb jednotlivců, rodin i komunit, k řešení jejich problémů a předcházení jejich vzniku. Jde tedy o systematickou posloupnost plánování ošetřovatelské péče, která vede ke změnám zdravotního stavu nemocného. Tyto postupy jsou zakotveny v standardech, které nám přesně určují kdo, kdy a co má za úkol. Jsou tedy vodítkem pro sestru, zvyšují kvalitu poskytované péče a v neposlední řadě mají zajistit bezpečí pacienta.

Vycházejí z holistické filozofie a kladou důraz na individualitu člověka. V neposlední řadě jsou nástrojem k posuzování poskytované péče (Hradecká, 2020).

3.2 Ošetřovatelský model Virginie Hendersonové

Ošetřovatelský model „Teorie základní ošetřovatelské péče“ Virginie Hendersonové se stal přechodem od pasivního ošetřovatelství k aktivnímu. Vychází z principů pro samostatnou aktivizaci sestry, která pracuje v souladu s lékařským terapeutickým plánem, s nutností aktualizace. Propojením ošetřovatelského modelu a standardů sestra reaguje na 14 základních potřeb nemocného (holistický přístup), při čemž se snaží o nezávislost či případné snížení nezávislosti pacienta; doprovází pacienta v důstojné a klidné smrti (Pavlíková, 2005).

3.2.1 Vnímání, udržování zdraví

Tato oblast se zaměřuje na to, jak sám pacient vnímá zdraví a jakými způsoby tohoto zdraví dosáhne. Úkolem sestry je respektovat pacientův pohled na zdraví a společně o zdraví pečovat. Důležitým faktorem je také zvládnání rizik spojených se zdravotním stavem pacienta, uvědomování si svého životního stylu, stanovení plánů do budoucna. Většina pacientů má po CMP problémy s vnímáním postižené poloviny těla, proto bychom měli uspořádat pokoj tak, aby co možná nejvíce podnětů přicházelo právě z postižené strany. Předměty, které upoutávají pacientovu pozornost, jako například okno, případně televize, by měly být umístěny na straně parézy. Také lékaři, ošetřující personál, ale i návštěvy by měli přistupovat z této strany. Noční stolek by měl být umístěn také na straně parézy, hlavně z důvodu zlepšení sebeobsluhy (Herzig, 2014).

3.2.2 Výživa

Výživa je základní lidskou potřebou zajišťující živiny pro vývoj člověka, jeho růst, regeneraci, dodává organizmu energii a látky potřebné pro jeho stavbu a funkčnost. Mezi základní výživové složky patří cukry, tuky, bílkoviny, správná rovnováha elektrolytů (sodík, draslík, vápník, hořčík, fosfor), vitaminy, stopové prvky a samozřejmě nesmíme zapomenout na dostatečný přísun tekutin. Pacient by měl dostat stravu bohatou a pestrou,

pro něj přiměřenou, s přihlédnutím k přidruženým onemocněním, k užívání léků, samozřejmě brát také ohled na stravovací návyky a požádat rodinu o informace, co má pacient rád. Profesor Třeška uvádí, že zhruba 60% pacientů trpí malnutricí čímž dochází k ovlivňování životních funkcí a v důsledku změn se zhoršuje imunita pacienta (Vytejková, 2018, s.168; Třeška, 2003, s.26-29).

Samostatně se najíst a napít přináší pacientovi pocit uspokojení, avšak u každého to není možné. Je-li perorální příjem zachován, zohledňujeme míru postižení horních končetin, pacientovi pomůžeme nakrájet maso, nastavit stoleček, zvolíme vhodnou polohu v sedě; pokud není v pacientových silách se najíst sám, nakrmíme jej, ale nikdy nenutíme. Stravu vkládáme do té poloviny dutiny ústní, která není postižena a pokaždé se přesvědčíme, zda bylo sousto polknuto. Samozřejmý je neustálý dostatek tekutin v dosahu pacienta v upravených nádobách, např. uzavřený hrneček se savičkou či brčkem, jen dejme pozor na kojeneckou lahev, neboť může být pro pacienta ponižující. Pokud pacientův stav nedovoluje perorální příjem, musíme zvolit jinou alternativu stravování. Při poruše polykání je možná enterální výživa nasogastrickou nebo nasojejunální sondou, je-li nutriční intervence delší než 3 týdny, měl by být zaveden PEG. Další možností je zvolit parenterální výživu, která je připravována pomocí vaků All-in-one, avšak zde musíme brát zřetel na to, že je toto podávání invazivní (centrální žilní katétr) a tudíž se zvyšuje riziko infekce. V oblasti výživy spolupracujeme s nutričním terapeutem a logopedem (viz kapitola 3.2.7 vnímání a poznávání (Grofová, 2007, s.136).

3.2.3 Vylučování

Vyprazdňování je velice intimní záležitost, proto bychom měli respektovat soukromí pacienta.

Vyprázdnění střeva a močového měchýře patří k základním biologickým potřebám člověka. U pacientů s cévní mozkovou příhodou se často vyskytuje dysfunkce močového měchýře a střeva. Je-li pacient v akutní fázi onemocnění sužován retencí a inkontinencí, zavádí se však pouze na nezbytnou dobu PMK. Musíme mít však na paměti, že dlouhodobé ponechání katétru zvyšuje riziko infekce. Po odstranění katétru sledujeme močení, případné obtíže či neschopnost vymočit se, hlásíme lékaři. Přetrvává-li inkontinence, je důležité dbát na zvýšenou hygienu pacienta v oblasti genitálu a udržovat jej v suchu s využitím pomůcek pro inkontinentní pacienty (Slezáková, 2012, s. 175).

Vyprázdnění střeva je záležitostí zcela individuální. Obecně platí, že vyprázdnění by mělo být alespoň jednou za dva až tři dny. U pacientů po mozkové příhodě se často setkáváme se zácpou, která může být způsobena imobilizací, nedostatečným příjmem tekutin nebo také užívanými léky. Je tedy namístě včasná mobilizace, neustále nabízet tekutiny, podávat stravu bohatou na vlákninu. Taktéž, na dočasnou dobu, můžeme využít látek na změkčení stolice, případně klyzma (Feigin, 2007, s. 148).

3.2.4 Hygiena

Hygienická péče patří k základním činnostem ošetrovatelské péče, odvíjí se od úrovně soběstačnosti pacienta a celkového zdravotního stavu. Soběstačnost vyhodnocujeme pomocí Barthelové testu bazálních denních činností – ADL (k nahlédnutí v příloze č. 1) a také pomocí Testu instrumentálních denních činností – IADL (viz příloha č. 2). Osobní hygiena vychází z pravidel, které člověk koná v domácím prostředí při každodenním dodržování hygieny a je nejen základní lidskou potřebou, ale je také významnou složkou prevence nozokomiálních nákaz a zároveň předcházíme komplikacím, které by mohly vzniknout v důsledku nedostatečné hygieny (imobilizační syndrom, dekubity a opruzeniny, infekční komplikace, zubní kaz). K hygienické péči patří ranní a večerní hygiena, ať již samostatně, s dopomocí či celkovou koupelí na lůžku. U pacientů po cévní mozkové příhodě musíme přihlídnout k míře soběstačnosti. Sestra pomůže s úkony, které sám pacient nezvládne, klade důraz na intimitu, zároveň však pacienta motivuje k samostatné činnosti a při zvládnutí také pochválí. Nedílnou součástí hygieny je mytí rukou, proto pacientovi umožníme umýt si ruce před a po jídle, po každém vyprázdnění a dle potřeby nemocného. Péče o dutinu ústní je další nezbytnou součástí hygieny a spočívá v čištění zubů včetně péče o zubní náhradu a péče o dásně a rty. Kůže je ochranným krytem těla, v podobě pocení se zbavuje odpadních látek, je zásobárnou energie, podílí se na termoregulaci, a proto je nutné o kůži plně pečovat. Vedle dostatečné hygieny používáme i masti, krémy anebo spreje vedoucí k promaštění kůže či k hojivým účelům. Úpravu vlasů provádíme minimálně jednou denně učeáním, myjeme dle potřeby a zvyklosti. U mužů nesmíme opomenout úpravu vousů, holení zvládne buďto sám, taktéž může požádat rodinu a samozřejmě, nejde-li tento úkon zvládnout, pomůže ošetrovatelský personál. Při hygieně dbáme i o úpravu nehtů, čisté a krátké nehty působí esteticky dobře a zároveň předejdeme případnému poranění. Nedílnou součástí hygienické péče je úprava lůžka a čisté osobní prádlo (Vytejková, 2018, s. 128-158).

3.2.5 Aktivita a cvičení

Téměř u poloviny lidí, postižených cévní mozkovou příhodou, zůstává v malé či větší míře pohybové postižení, proto musíme ponechat volný přístup k lůžku z pacientovy postižené strany. Velice důležitou součástí léčby je včasné zařazení léčebné rehabilitace s cílem co nejrychlejšího zkrácení doby imobility a nesoběstačnosti pacienta na minimum a navrácení nemocného do aktivního společenského života. Zde je nutná a velice přínosná edukace rodiny. Léčebná rehabilitace je vždy individuální, je kladen důraz na individuální potřeby a součástí by měl být i zájem rodiny. Dle Formanové v akutní fázi onemocnění dominuje rehabilitační ošetřovatelství, respirační fyzioterapie, polohování s pasivními cviky a vertikalizace. Pokud pacient spolupracuje, využívá se u postižených končetin metoda dle Kabata. Individuální fyzioterapie dle Bobathova konceptu či Vojtovy metody dominuje v subakutním stadiu s rozvojem spasticity. V tomto období se používají různé terapeutické postupy, jako jsou například polohování s pasivními a později i s aktivními cviky, vertikalizace, ergoterapie nebo individuální léčebnou tělesnou výchovu. Taktéž můžeme využít fyzikální léčbu, hydroterapii, masáže, při reedukaci řeči je nutná spolupráce klinického logopeda (Formanová, 2017, s.9-11).

Polohováním, které je chápáno jako základní terapeutický výkon prováděný ve čtyřech polohách, předcházíme nadměrnému působení tlaku na tlakové body (predilekční místa), předcházíme svalovým kontrakturám, deformitám kloubů, dechovým komplikacím, napomáháme ke zmírnění bolesti a předcházíme vzniku imobilizačního syndromu. Nejčastějším časovým intervalem polohování bývají každé 2 hodiny (ve dne i v noci) a samozřejmě dle potřeb pacienta tento interval upravujeme. Při zvolení polohy, hledíme na pohodlí pacienta a dbáme na to, aby polohování nepocíťoval jako bolestivé. K polohování využíváme polohovacích pomůcek jako jsou molitanové klíny, hrazdy, derotační botičky, polštáře a jiné.

Poloha na postiženém boku podporuje vnímání postižené poloviny těla. Poloha hlavy je v lehké flexi, trup v lehké zadní rotaci, pro zajištění těla využijeme polštářů. Paretickou horní končetinu uložíme do polohy svírající úhel 90° k tělu, tak aby předloktí bylo v supinaci a zápěstí v mírné dorziflexi. Zdravá končetina zaujímá polohu na těle nebo za zády na polštáři. Paretická dolní končetina je natažená v kyčli, mírně pokrčená v koleni, kdežto zdravá dolní končetina je mírně pokrčená v kyčli i v koleni; zaujímají tzv. krokovou pozici.

Poloha na zdravém boku pozitivně ovlivňuje spastický tonus svalstva a je příznivá v prevenci vzniku dekubitů sakrální oblasti. Pacient leží mírně navalený na břicho, hlava je podložena tak, aby byla v ose těla. Paretická horní končetina leží předpažená do úhlu asi 100° na polštáři před tělem, ruka směřuje dlaní do polštáře. Paretická dolní končetina je mírně pokrčená v kyčli i v koleni a podložena spočívá před tělem. Zdravá horní končetina je v poloze, která vyhovuje pacientovi.

Poloha na zádech je často využívána samotným pacientem, avšak v této poloze je nejvyšší riziko vzniku dekubitů. Pacient by měl ležet rovně, může mít podložen trup pomocí zvednutého podhlavníku postele nebo velkého polštáře. Hlavu nesmí mít v předklonu, ale může být lehce natočená na stranu parézy. Postižená horní končetina je podložena mírně od těla a v zevní rotaci (dlaní vzhůru), všechny prsty jsou natažené, rameno stažené dolů. Postižená ruka může být otočená i dlaní dolů, ale musí se dbát na funkční postavení ruky. Obě dolní končetiny jsou lehce pokrčené, kyčel a stehno jsou podloženy, pánev předsunutá. Koleny nesmí být prověšené, hlezno polohujeme do nulového postavení (Pfeiffer, 2007, s.153-154, Lippertová, 2015, s.119-125).

Mobilizace má nenahraditelnou úlohu, je velice vhodné včasné zahájení, abychom předcházeli vzniku kontraktur, snížili spasticitu a riziko vzniku dekubitů. Nezastupitelnou úlohu má vedení k soběstačnosti, k tomu je nutné uspořádat pokoj nemocného tak, aby noční stolek, židle a veškeré potřebné věci každodenních činností byly uloženy na straně ochrnuté (Pfeiffer, 2007, s.95).

Bazální stimulace jako podpora nejzákladnějšího lidského vnímání se základními prvky pohybu, komunikace, vnímání a jejich vzájemného propojení pomocí doteků. Je tedy důležité, aby každý dotek byl citelný a zřetelný. Polohováním je poskytována somatická, vestibulární i zraková stimulace a tím dochází k uvědomění si vlastního těla, nejen tedy pouze ke změně polohy a profylaxi dekubitů (Friedlová, 2012, s.91-92).

3.2.6 Spánek a odpočinek

Dle Lewina je „*potřeba chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a udržuje chování*“, taktéž i Abraham Maslow, který do svého modelu potřeb zahrnul fyziologické i psychologické potřeby, tyto chápe jako nutnost motivovat chování jednotlivce. I když je každý jedinec individuální, některé potřeby mají všichni společné, avšak záleží na každém, jaké priority jsou pro jedince nejdůležitější a v jakých sociálně-ekonomických a kulturních poměrech se nachází. V hierarchickém řádu Maslowových potřeb se na prvním místě nachází **fyziologické potřeby** – stojící na nejnižší příčce tzv. Maslowovy pyramidy potřeb (vzduch, voda, teplota, potrava, odpočinek, spánek, přístřeší) a znamenají nezbytný předpoklad pro uspokojování dalších potřeb tak, aby člověk mohl žít ve zdraví a dále se rozvíjet. Pro každého má spánek ochranný a regenerační význam, avšak každý jedinec má různou spánkovou potřebu, která se v době nemoci opět mění. Abychom naplnili tuto potřebu ve zdravotnickém zařízení, klademe důraz na spánkové zvyklosti pacienta. Pro klidný spánek odstraníme rušivé elementy, vyvětráme, upravíme lůžko a zajistíme jej bočnicemi. Samozřejmostí je také signalizační zařízení na dosah pacienta. Na žádost pacienta a na základě ordinace lékaře podáváme léky na spaní (Boroňová, 2010, s.47-53).

3.2.7 Vnímání a poznávání

Do této oblasti řadíme schopnost vnímání smyslových vjemů, jako jsou zrak, sluch, čich, chuť, hmat. Nesmíme opomenout vnímání a prožívání bolesti, kterou můžeme hodnotit pomocí různých škál. Co se bolesti týče, vždy musíme brát zřetel na pacientův pocit, neboť bolest je pocitem subjektivním a zcela individuálním. Z kognitivních schopností do této oblasti patří řeč, jakožto dorozumívací prostředek. U nemocných mozkovou příhodou se často setkáváme s poruchami řeči různého typu. Afázie je získaná porucha řeči, která vzniká na základě poškození mozku.

Afázie motorická (expresivní) – pacient si poruchu uvědomuje. Řeči dobře rozumí, ale neumí se vyjádřit, řeč není plynulá. Tato forma afázie je často spojena s hemiparézou.

Afázie senzorická (perceptivní) – pacient si poruchu nemusí uvědomovat. Nerozumí, co mu říkáme, mluví nesmysly (tzv. slovní salát), avšak normálně artikuluje. Druh senzorické afázie je často spojen s agrafií (neschopností psát) a alexií (neschopností číst).

Afázie globální (totální) – je kombinací obou výše zmíněných, kdy pacient nemluví a zároveň mluvenému nerozumí. Často bývá spojena s těžkou hemiparézou až plegií.

Afázie amnestická – pacient rozumí dobře. Pokud se chce vyjádřit, některá slova zapomíná a není schopen je pojmenovat, ale velice se snaží o jejich popis.

Terapií poruch řeči (afázií, dysartrií, dysfonií) se zabývá logopedie, která je nedílnou součástí při úzdavě pacienta, neboť zde hraje důležitou roli rodinná a sociální integrace. Součástí logopedické péče je terapie poruch polykání, kde příjem potravy není pouze přísun kalorií, ale také požitek. Proto je důležité, aby byl co nejdříve započat proces fyziologického přijímání potravy (Lippertová, 2015, s.135-145).

Dle docentky Klenkové, u osob jejichž komunikace je omezená až nemožná, jsou určeny druhy doplňkové a nahrazující komunikace. Augmentativní komunikace je založena na rozvíjení již existující dovednosti a usnadňuje porozumění mluvené řeči i vlastního mluvení. Opakem jsou komunikační systémy alternativní, které se používají jako náhrada řeči, a to pomocí například nonverbální komunikace (pohled, mimika, gestika), speciálních pomůcek (obrázky, piktogramy) nebo pomocí znakové řeči, alternativních klávesnic (Klenková, 2015, s. 206-207).

Komunikace je definována jako sdělování informace pomocí signálů, tzn. vysílat a dešifrovat signály z vnějšího prostředí pomocí mimiky, gest, písemného i ústního projevu a dalším neverbálním vyjádřením. Podávané i přijímané zprávy by měly být srozumitelné a jasné a měly bychom je podávat přiměřeným tempem a naopak nechat sdělujícímu dostatečný prostor pro své vyjádření. **Verbálně** vyjadřujeme myšlenky konkrétním jazykem pomocí slov, ne však vždy si lidé porozumí, neboť různá slova mohou vyjadřovat různé významy. Příjemce informace slyší, co je mu sdělováno, avšak význam si může vykládat jinak, proto je nezbytné ověření, zda zprávě správně porozuměl. **Neverbální** komunikace je předávání informací beze slov; výrazem obličeje (obočí a čelo, oblast očí, partie úst), vzdáleností (intimní, osobní, sociální a veřejná zóna), dotekem (tlak, chlad, teplo, vlhkost), postojem, gesty, úpravou zevnějšku nebo také tónem hlasu.

Zásadní předpoklady pro komunikaci s pacientem s pohybovým postižením by měly vždy respektovat určitá pravidla. Zajistit soukromí a komunikovat tvář v tvář. Pomalu a stručně mluvit, neposmívat se chybné řeči a nemocného v komunikaci podporovat. Otázky by měly být kladeny zjišťovací (s odpovědí ano – ne). Vždy budme

empatičtí, trpěliví a využijeme všech prostředků komunikace), (Janáčková, 2008, s.11-25).

3.2.8 Sebeúcta a sebepojetí

Být milován i milovat, patřit k nějaké skupině, o někoho pečovat a být opečováván, přátelství a láska jsou vyššími potřebami lásky a sounáležitosti. Pokud tyto potřeby nejsou naplněny, dochází k osamělosti, odcizení a k nedostatku přátel, což může vést až k sociální izolaci. K dalším vyšším potřebám patří potřeba úcty a sebeúcty, která je vázána na individualitu (tedy JÁ). Řadíme sem touhu být úspěšný, sebejistý, nezávislý ve svém okolí a zároveň mít dobrou pověst, dobré postavení uvnitř skupiny. Potřeba seberealizace je nejvyšší potřebou a nejsou-li uspokojeny potřeby předchozí, není možno se seberealizovat. Zdravé sebevědomí je nezbytným předpokladem pro zvládnání náročných životních situací. Je-li tato oblast narušena, neváháme požádat o psychologickou pomoc. (Boroňová, 2010, s.47-53).

3.2.9 Role a vztahy

Během celého života se člověk učí a zastupuje určitou roli, která je po prodělané nemoci pozměněna. Nemocný se stává závislým na svém okolí, od kterého přijímá nepřetržitou péči. Ve většině případů roli pečovatelů zastává rodina, pro kterou nemoc svého nejbližšího znamená obrovskou fyzickou i psychickou zátěž. Pro zajištění, alespoň částečné, péče může rodina zažádat přes praktického lékaře o službu tzv. domácí péče, která je běžně dostupná. Co se týče zvládnání ekonomické situace, jsou zde možnosti příspěvků sociálního úřadu na poskytovanou péči domácími příslušníky. Nezbytná je také pohoda pečovatelů, proto by měli dbát i sami o sebe, a využít tzv. odpočinkových pobytů.

3.2.10 Reprodukce a sexualita

Základní lidskou potřebou je také potřeba sexuálního života. Z medicínského hlediska není žádný důvod k sexuální abstinenci. Avšak po prodělaném iktu mohou mít nemocní snížené libido či sníženou schopnost erekce. Stimulancia erektilních funkcí se pro riziko dalšího iktu nedoporučují, avšak záleží na konzultaci s lékařem (Feigin, 2007, s. 164).

3.2.11 Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Každý chce cítit fyzické i citové bezpečí především při ztrátě životní jistoty. Tato potřeba může být často dominantní v období nemoci a projevuje se vyhledáváním bezpečí a jistoty a zároveň dochází k vyhýbání se neznámému, proto je jistota a bezpečí životně důležitá. Není-li naplněna, může vést k úzkosti, abnormálnímu chování a dezorientaci. Pro každého je nemoc zátěžovou situací, se kterou se individuálně vypořádává. Může se projevit zvýšeným stresem, beznadějí, bezmocí či depresí. Nejvhodnější se zdá odpoutání myšlenek nemocného a na ubezpečení, že není sám (Boroňová, 2010, s.47-53).

3.2.12 Víra, životní styl

Své životní hodnoty každý vnímá jinak, stejně i rozdílně řadí životní priority. Náboženství je součástí moderního světa, proto bychom je měli respektovat a tyto služby, nejen nemocnému, umožnit (Trachtová, 2013, s. 170).

„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“

Menandros

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Cévní mozková příhoda patří k onemocnění, se kterým se setkáváme velice často, bohužel musíme konstatovat, že se tato nemoc vyskytuje čím dál více i u mladších ročníků. Velice důležitou rolí je rozpoznání příznaků CMP. Vedle stanovení diagnózy a včasného zahájení léčby je velice důležitá ošetrovatelská péče. Péče o pacienta by měla být co nejkomplexnější a nejefektivnější a zároveň co nejšetrnější, abychom mohli zpříjemnit chvíle v době nemoci a navrátit pacientův stav do zdravotního stavu nejvíce podobnému původnímu a samozřejmě také podporovat jeho psychiku, která je velice křehká.

Pacienti se vlivem nemoci často ocitají v nové, velice náročné životní situaci, která doléhá i na veškeré jejich okolí. V různé míře již nemusí zvládat každodenní aktivity. Mnozí se stávají závislími na pomoci druhých osob. V důsledku náročnosti poskytované péče pacientům i rodinám, kde má sestra nezastupitelnou úlohu ve zvládnutí komplexní ošetrovatelské péče, mne vedlo k otázce: „Jaká je ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě?“

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Vytvořit ošetrovatelský plán

5.2 Dílčí cíle

- 1.** Zpracovat kazuistiky u pacienta po léčbě trombolýzou a bez léčby trombolýzou
- 2.** Zjistit, jaké jsou jejich potřeby
- 3.** Zmapovat možnosti intervence sester
- 4.** Vytvořit plán ošetrovatelské péče

6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

- Jak se od sebe liší péče o pacienta po léčbě trombolýzou a bez léčby trombolýzou?
- Jaké jsou potřeby pacienta po CMP?
- Jaké jsou intervenční možnosti sestry?
- Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče?

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Volba respondentů byla záměrná. Aspektem pro výběr byli pacienti s onemocněním cévní mozkové příhody. Mezi kritéria byli zahrnuti ti pacienti, kterým byla podána trombolýza a pacienti, kteří byli léčeni konzervativně. Součástí kritérií byla hospitalizace na interním oddělení. Podmínkou byl poskytnutý souhlas respondenta o provedení výzkumu, který je k nahlédnutí viz. příloha č. 4.

8 METODIKA PRÁCE

V praktické části bakalářské práce byl vybrán kvalitativní výzkum. Podstatou byla analýza dat z ošetrovatelské dokumentace. Vzhledem ke kontaktu s respondenty, bylo možno sledovat jejich potřeby, proto byla vytvořena kazuistika. Získané informace byly zpracovány formou ošetrovatelského procesu dle modelu Teorie základní ošetrovatelské péče Virginie Hendersonové, díky kterému můžeme porovnat oba respondenty.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Sběr informací proběhl v Městské nemocnici Privamed v Plzni, na interním lůžkovém oddělení JIP a JIP-P v době září – prosinec 2019.

O schválení provedení výzkumného šetření byla písemně požádána ředitelka ošetrovatelské péče Bc. Jana Vyoralová, MBA, která toto šetření schválila (příloha č. 3).

10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Zpracování je rozděleno na 2 kazuistiky, průběh hospitalizace s vytvořením ošetrovatelského a edukačního plánu. První kazuistika se týká pacientky, která byla léčena konzervativně. Kazuistika druhá je zaměřena na pacienta léčeného trombolýzou.

10.1 KAZUISTIKA č. 1

Žena, 60 let, bytem v Plzni, byla přijata na JIP MN Privamed, 4. 11. 2019. Pacientka přivezena RZP pro cévní mozkovou příhodu, nejasné doby vzniku (pacientka nepřišla do práce; kontaktována dcera, která volala hasiče k otevření bytu). Nemocná byla nalezena ležící na zemi, nekomunikující, pomočená. Při příjezdu RZP při vědomí, nespolupracující, reagující na bolestivý podnět, hyposaturovaná. Kontaktováno KCC, které vzhledem k nejasné době vzniku, doporučilo převoz dle spádu.

10.1.1 Osobní údaje

- Jméno a příjmení: XY
- Pohlaví: žena
- Narozen/a: 1959
- Věk: 60 let
- Vztah k zařízení: hospitalizace
- Důvod přijetí: Cévní mozková příhoda
- Oddělení: JIP
- Doba pobytu: 4.11.2019 – 14.11.2019
- Lékařská diagnóza: Cévní mozková příhoda
- Chronická medikace: Prestarium neo combi 1-0-0, Tenoloc (odebráno z dokumentace praktického lékaře)
- Aktuální medikace: při příjmu Plasmalyte 500ml i.v.; na oddělení Plasmalyte 1000ml + 40ml 7,5% KCL i.v. na 7hodin, Glukoza 5% 500ml + 1ampule 20% MgSO₄, Clexane 0,4ml s.c. ve 20 hodin, O₂ 2l/min polomaskou
- TK + saturace Hb ā 1 hod, P + V ā 4 hod, kontrola glykemie 2xdenně

10.1.2 Rodinná, osobní a pracovní anamnéza

- Rozvedená, žije sama, 1 dcera - zdravá
- Oslovení: paní XY
- Kontakt na příbuzné: kontakt uveden na dceru (z RZP), který zapsán do souhlasu s hospitalizací; vystaveno Hlášení okresnímu soudu o hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu
- Zaměstnání: zdravotní sestra
- Pacientka hypertonička, v anamnéze perikarditis staršího data
- Pravidelně užívá: viz. chronická medikace
- Alergie: Antibiotika (toleruje pouze Doxybene, Azitromycin), Acylpyrin, alergie na jod, Mesocain, vosí a včelí štípnutí
- Transfuze: neuvedeno, dle dcery: nepodávána
- Abusus: neuvedeno, dle dcery: nekouří, nepije
- Preventivní prohlídky: neuvedeno, dle dcery: pravidelně gynekolog, stomatolog

10.1.3 Fyzikální vyšetření sestrou

- FF: P - 90', TK - 190/110, saturace 91% bez O₂, TT - 37,7°C, vědomí - GCS 13bodů
- Výška: nelze zjistit (odhadem 176 cm), hmotnost: nelze zjistit (odhadem 75 kg), BMI: nelze vyhodnotit (dle odhadu 24)
- Při vědomí, nespolupracuje, nekomunikuje, nechodí
- Kůže: suchá, bez defektů
- Nehty čisté, upravené
- Zornice izokorické, bulby ve středním postavení, nesleduje předmět, aní na výzvu se nepodívá doprava
- Jazyk nevypláží, lehce pootevře ústa, v klidu pokleslý pravý koutek; chrup sanován, na výzvu necení
- Nos bez výtoku
- Šíje: šíje volná, amengiální, karotidy tepou symetricky
- Horní končetiny bez spontánní hybnosti, LHK udrží krátce, PHK neudrží
- Dolní končetiny spontánní pokrčení LDK, PDK bez hybnosti

- Břicho v niveau, měkké, prohmatné
- Stoj, chůze nelze
- Výživa přiměřená
- Kompenzační pomůcky: nepoužívá
- Vyšetření:

RTG hrudníku – bez ložiskových změn a bez městnání v malém oběhu

CT mozku nativní – akutní ischemické CMP vlevo hemisferálně s pravostrannou hemiplegií, globální afázií

10.1.4 Použité škály

- Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové – 19 bodů – střední riziko
- Glasgow Coma Scale – 13 bodů
- Dospělé nutriční skóre – 0 bodů – není nutná nutriční intervence
- Barthelův test základních všedních činností (ADL) – 30 bodů – vysoce závislý
- Test instrumentálních všedních činností (IADL) – 5 bodů – nesoběstačnost v IADL
- Zjištění rizika pádu – 4 body – střední riziko
- Modifikované Rankinovo skóre – 4 – stav těžší neschopnosti, pacient neschopen samostatné chůze, neschopen samostatně se postarat o všechny osobní potřeby

10.1.5 Shromažďování dat dle modelu V. Hendersonové

(data byla shromažďována v přítomnosti dcery, pacientka gestikulací potvrdila správnost či nesprávnost údajů)

1. Dýchání

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: při velké námaze se zadýchává, jinak bez potíží

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: dýchá pravidelně, nasazena kyslíková terapie (2l/min)

Kouření: nelze zjistit

Dle dcery: nekuřák

2. Výživa a hydratace

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: nesnídá, 1x denně teplé jídlo, má ráda jogurty, ovoce; pitný režim: 1,5 – 2 l tekutin denně, převážně ovocné čaje, káva 2x denně, alkohol nepije

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: nepolyká, zavedena NGS

hmotnost 75kg , výška 176 cm

hodnota BMI 24 – přiměřená hodnota

Dospělé nutriční skóre: 0 bodů, není nutná nutriční intervence

Strava: dieta NPO, infuzní terapie

3. Vylučování

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: inkontinencí netrpí, potíže neguje, stolice pravidelná

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: zaveden PMK

4. Pohyb a udržování tělesné pohody

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: potíže neudává, ráda chodí na procházky a fotografuje

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: ležící, opocená

Hodnocení rizika pádu: 4 body, střední riziko

5. Spánek a odpočinek

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: spí 7 hodin, nebudí se, po probuzení se cítí odpočatá, hypnotika neužívá

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: pospává, unavená

Bolest: nevykazuje známky bolesti

6. Oblékání

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: bez obtíží, preferuje pohodlný oděv z přírodních materiálů

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: přivezena v pomočené noční košili

7. Regulace tělesné teploty

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: teploty nemívá, raději má chladnější prostředí

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: hodnota TT 37,7°C - subfebrilie

8. Hygiena

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: samostatná, raději se sprchuje

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: kompletní hygienická péče na lůžku

9. Ochrana před nebezpečím, vyvarování se nebezpečí z okolí a zranění jiných

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: v práci je ostražitá, nepodceňuje případná rizika

Nyní: Subjektivně: orientovaná časem, místem, osobou

Objektivně: nevykazuje známky dezorientace

Riziko pádu: 4 body, střední riziko

10. Komunikace s okolím, kontakt, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: bez potíží, kontakt s rodinou navazuje, přátelská, komunikativní

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: nekomunikuje, oční kontakt nenavazuje

11. Víra, konání pobožnosti

nelze zjistit

Dle dcery: nevyznává žádná víru, pouze věří „že *smrtí to nekončí*“

12. Práce, uspokojení z práce

zdravotní sestra

Dle dcery: svou práci má hodně ráda „*někdy až moc*“

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: nekomunikuje

13. Aktivity, zájmy

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: ráda chodí na procházky, fotografuje, čte

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: unavená, bez zájmu

14. Učení, rozvoj osobnosti

Doma: nelze zjistit

Dle dcery: ráda by se naučila kompoziční techniky

Nyní: Subjektivně: nelze zjistit

Objektivně: pacientka s dcerou byly seznámeny s ošetřujícím lékařem a ošetřujícím týmem, s chodem oddělení

Edukace pacienta v oblasti chůze v chodítku

10.1.6 Průběh hospitalizace

Pacientka byla hospitalizována na interní JIP MN Privamed v období 4. 11. 2019 – 13. 11. 2019. Během hospitalizace se neobjevily známky hospitalismu.

1. den

Pacientka byla přivezena na oddělení na lehátko, v doprovodu sanitáře, 4. 11. 2019 v 15 hodin z centrálního příjmu, kde byla odebrána krev, proběhlo RTG hrudníku, nativní CT mozku a neurologické vyšetření. Při uložení na lůžko byla pacientka napojena na monitor ke sledování vitálních funkcí; TK, P, saturace Hb a 1 hodinu. Z důvodu sledování diurézy (a 4 hodiny) byl zaveden permanentní močový katétr. Vše zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. Posléze byly vypsány ošetrovatelská anamnéza a hodnotící škály. Pacientka, společně s dcerou, byly seznámeny s chodem oddělení, ošetřujícím lékařem a ošetřujícím personálem. Za důkladného vysvětlení a ujištění se, že pacientka porozuměla, bylo na dosah ruky umístěno signalizační zařízení pro přivolání sestry. Proběhla kontrola lékařem, po které byl nasazen Plasmalyte 1000ml + 40ml 7,5% KCl, rychlostí 150ml/h; nasazena kyslíková terapie nosními hroty 2 l/h a pacientka byla poučena o dietě NPO. V 17 hodin proběhla kontrola glykemie, bez nutnosti úpravy. V průběhu odpoledne pacientka pospává a vykazuje známky mírného neklidu. Clexane 0,4 ml s.c. aplikován ve 20.00. Po té proběhla úprava lůžka, ošetřena dutina ústní a pacientka byla uložena ke spánku. Další kontrola glykemie ve 21.00, opět bez nutnosti úpravy. Ve 22.00 dokapala infuze Plasmalyte a následně podána 5% glukóza 500 ml s 1 ampulí 20% MgSO₄, rychlostí 150 ml/h. V oblasti periferního žilního katétru se objevilo zarudnutí a pacientka neverbálně udávala bolest. PŽK byl přepíchnut a na zarudlé místo byl aplikován Heparoid ung. společně s ledováním.

2. den

Po probuzení je pacientka nervózní, má kruhy pod očima. Ranní hygiena provedena zcela komplexně sestrami na lůžku, zvýšená péče o dutinu ústní. Pokračuje monitorace vitálních funkcí a 1 hodinu, P+V tekutin a 4 hodiny, kyslíková terapie. Byla nabrána kontrolní laboratoř a natočený záznam EKG. Z ranní vizity změněna dieta z NPO na čaj po douškách. Pacientka má však velké obtíže s polykáním, proto byla dle ordinace lékaře zavedena nasogastrická sonda. Rozpis výživy a tekutin byl stanoven na podávání 25 ml

Nutrison + 25 ml vody každou hodinu (kromě noční pauzy, 24 – 4 hod), pomocí Janettovy stříkačky. Perorální léky podávány do NGS. Pacientka je velice spavá a nejeví zájem o své okolí, a to ani v případě návštěvy dcery. Z důvodu pasivity pacientky byl zaveden polohovací plán pro prevenci vzniku dekubitů. Polohování probíhalo každé dvě hodiny, převážně na boky.

3. den

Stav pacientky se nemění. Přetrvává pasivita a velká spavost. Monitorace, sledování příjmu a výdeje tekutin, kyslíková terapie pokračuje dle předešlého režimu. Byl navýšen příjem Nutrisonu a vody, podávané do NGS, na 50 ml po hodině. Po ranní vizitě naordinována rehabilitace na lůžku, která spočívala v pasivních cvicích. Pravostranné končetiny cvičeny pasivně dle Kabata, u cvičení levostranných končetin mírná spolupráce. Oční kontakt navazuje pouze z levé strany. Na další den bylo naplánováno sonografické vyšetření karotid a vertebrálních tepen, které nevyžaduje žádnou přípravu. Dnes proběhla kontrola neurologickým lékařem, kde nebyla zaznamenána žádná změna zdravotního stavu.

4. den

Pacientka se probouzí s náznakem úsměvu. Ranní hygiena provedena na lůžku avšak s náznakem pomoci pacientky. Taktéž se objevuje snaha o mluvení, z čehož je pacientka velice frustrovaná, neboť jí to nejde. Snaží se tedy gestikulovat, což je pro pacientku vyčerpávající z důvodu neschopnosti vyjádřit se. V oblasti polykání nastala změna. Polkne malý doušek čaje, bez potíží. Čaj je po lžičkách nabízen častěji a postupně snaha o přestup k hrnečku se savičkou. V dopoledních hodinách proběhlo DUSG vyšetření karotid a vertebrálních tepen - bez patologických změn. Po návratu z vyšetření byly zabandážovány dolní končetiny. Z ordinace lékaře byla zrušena kyslíková terapie a do perorální léčby přidán Lozap 50 mg 1/2-0-0. Ačkoli již nebyla ordinována infuzní terapie ani žádná i.v. léčba, byl PŽK přepíchnut, a to z důvodu případné akutní potřeby. Odpoledne přišla na návštěvu dcera, což pacientku velmi potěšilo. Pokračuje rehabilitace pacientky, kde dochází k mírnému zlepšení stran pravostranných končetin. Pacientka posazována s dopomocí, v sedě drží stabilitu. Započata ergoterapie ruky (psaní, kreslení), což se setkalo s nervozitou a následným pláčem. Trvá afázie, proto bylo indikováno logopedické cvičení.

5. den

Pacientka se probouzí odpočatá. Ranní hygiena provedena na lůžku s mírnou pomocí pacientky. Trvá monitorace vitálních funkcí v časových intervalech jako doposud. Z ranní vizity je ordinována změna diety na kašovitou stravu, kterou pacienta přijímá pomalu, ale sama. Je nucena přijímat větší množství tekutin. Byla odstraněna nasogastrická sonda. Rehabilitace probíhá stejným způsobem jako předešlého dne, bez výraznějšího pokroku v pohyblivosti. Pouze oční kontakt je již zcela navozen. Po obědě přichází dcera, která byla edukována v oblasti nácviku sebeobsluhy pacientky. Ve 20 hodin naměřena vyšší hodnota krevního tlaku; dle ordinace lékaře podána 1 tbl. Tensiomin 25 mg, s efektem.

6. den

Na dnešní den byla naplánována kontrolní laboratoř a konziliární vyšetření rehabilitačním lékařem. Po náběrech byla provedena ranní hygiena ve sprše v pojízdném křesle. Sprcha pacientku unavila, ospává a odmítá rehabilitaci. Změna monitoringu krevního tlaku z a 1 hodiny na a 4 hodiny. Rehabilitace probíhá v odpoledních hodinách, za přítomnosti dcery a dvou sester. Snaha o stoj u lůžka ve vysokém chodítku. Je patrna velká nejistota a strach pacientky. K večeru proběhlo rehabilitační konzilium; je indikován překlad na Rehabilitační oddělení dne 14. 11. 2019. V noci pacientka neklidná, nemůže usnout, avšak tabletu na spaní odmítá. Bylo upraveno lůžko, vyvětrán pokoj.

7. den

Po probuzení se pacientka cítí unavená, důvodem je neklidné spaní v noci. Z ranní vizity lékař ordinoval překlád na JIP-P (standardní lůžko na JIP oddělení). Byly změněny časy kontroly vitálních funkcí. Krevní tlak měřen 3x denně, příjem a výdej tekutin sledován 1x za 24hodin. Periferní žilní katétr ex. Změněna dieta na G3. Stravu přijímá pacientka sama, má chuť k jídlu. Tekutiny podávány v hrnečku se savičkou. Rehabilitace pokračuje v nácviku z předešlých dní, objevují se mírné pokroky. Při stožení ve vysokém chodítku se dvěma osobami již pacientka nabírá jistoty. Afázie stále trvá. Po obědě přichází dcera, která se zapojuje s maminkou do nácviku zapínání knoflíků. Bylo doporučeno alespoň z počátku, zapínání na zipy, případně patentky. V odpoledních hodinách byla pacientka poučena o RTG a CT vyšetření, které byly naplánovány na další den. Večer se pacientka cítí hodně unavená a brzy usíná.

8. - 9. den

Pacientka se vyspala dobře, usmívá se. Proběhlo RTG hrudníku – bez podstatných změn oproti minulému vyšetření a nativní CT mozku s výsledkem neměnného obrazu. Pacientka se posazuje skoro sama, v sedě se udrží. Nacvičován stoj se dvěma osobami, již bez pomoci chodítka. Pravá dolní končetina je v náznaku abdukce kyčle a v lehké flexi v koleni. Pravá horní končetina stále plegická. Nadále dochází dcera, která pacientku povzbuzuje, velmi chválí a je pro ni velkou oporou. Odpolední rehabilitace byla zaměřena na chůzi s tzv. kozičkou v doprovodu 2 osob. Pacientka zvládla dva samostatné kroky, z čehož měla velkou radost.

10. den

Při ranní vizitě nebyla shledána žádná komplikace zabraňující překládu na Rehabilitační oddělení. Byla sepsána sesterská překládová zpráva včetně nově vytvořených hodnotících škál. Po napsání lékařské propouštěcí zprávy byla pacientka v 10 hodin přeložena na rehabilitační oddělení.

- Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové – 24 bodů – mírné riziko vzniku dekubitů
- Glasgow Coma Scale – 15 bodů

- Dospělé nutriční skóre – 0 bodů – není nutná nutriční intervence
- Barthelův test základních všedních činností (ADL) – 65 bodů – lehký stupeň závislosti
- Test instrumentálních všedních činností (IADL) – 60 bodů – částečně závislá
- Zjištění rizika pádu – 4 body – střední riziko
- Modifikované Rankinovo skóre – 3 body – pacientka je lehce až středně postižena, vyžaduje pomoc při některých činnostech, schopna chůze s pomocí druhé osoby

10.1.7 Plán ošetrovatelské péče

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 1

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00103 – Porušené polykání
- Doména: 2. Výživa
- Třída: 1. Příjem potravy
- Související s neurologickými problémy
- Projevující se neschopností polykat
- Očekávané výsledky: během hospitalizace je u pacientky navozeno fyziologické polykání, nedojde k aspiraci
- Ošetrovatelské intervence: zhodnot' stav pacientky, uprav polohu pacientky, nabízej tekutiny po doušcích
- Hodnocení: nejsou obtíže s polykáním, nedošlo k aspiraci

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 2

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00018 – Reflexní inkontinence moči
- Doména: 3. Vylučování a výměna
- Třída: 1. Funkce močového systému
- Související s neurologickým postižením
- Projevující se neschopností pocitu vyprázdnění
- Očekávané výsledky: během hospitalizace bude zjišťována diuréza pacientky dle ordinace lékaře
- Ošetrovatelské intervence: zajisti permanentní močový katétr, postupuj asepticky, dodej vhodný sběrný sáček, pouč pacientku o nutnosti PMK, dbej na hygienu genitálu, zajisti soukromí při zavádění PMK
- Hodnocení: účel splněn, došlo ke sledování diurézy

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 3

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00198 – Narušený vzorec spánku
- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 1. Spánek/odpočinek
- Související s nedostatkem soukromí při spánku a imobilizací
- Projevující se nespokojeností se spánkem
- Očekávané výsledky: pacientka bude během hospitalizace v noci spát 6 hodin bez probuzení
- Ošetrovatelské intervence: uprav prostředí a lůžko ke spánku, vyvětrej, zhasni, přes den pacientku aktivizuj, nabídmi hypnotika dle ordinace lékaře
- Hodnocení: pro nervozitu pacientky nedošlo k nepřerušovanému spánku, hypnotika odmítá

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 4

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00085 – Zhoršená tělesná pohyblivost
- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 2. Aktivita/cvičení
- Související s neurologickým postižením
- Projevující se zhoršeným prováděním jemných i hrubých motorických dovedností
- Očekávané výsledky: pacientka se zvládne posadit a stát u lůžka bez pomoci druhé osoby do 1 týdne
- Ošetrovatelské intervence: pouč o rehabilitačním cvičení, pouč o vhodnosti pasivního cvičení, zajisti bezpečnost pacientky, nacvičuj sed a stoj pacientky
- Hodnocení: pacientka se zvládne posadit, při stoji u lůžka se cítí nejistá, žádá oporu druhé osoby

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 5

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00088 – Zhoršená chůze
- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 2. Aktivita/cvičení
- Související s neurologickým postižením
- Projevující se zhoršenou schopností chůze
- Očekávané výsledky: pacientka bude do propuštění schopna chůze v doprovodu, bude znát rizikové faktory vedoucí k pádu

- Ošetrovatelské intervence: edukuj pacientku v oblasti bezpečné chůze, doporuč vhodnou obuv, odstraň překážky, dbej na bezpečnost, zajisti doprovod
- Hodnocení: pacientka zvládne chůzi s doprovodem, zná rizikové faktory předcházející pádu

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 6

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00093 - Únava
- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 3. Rovnováha energie
- Související s fyziologickým stavem, nemocí
- Projevující se zhoršenou schopností zachování běžného denního režimu; pacientka je spavá, má sníženou fyzickou aktivitu
- Očekávané výsledky: pacientka nebude cítit únavu během hospitalizace, využije relaxačních technik
- Ošetrovatelské intervence: doporuč vhodné relaxační techniky, projevuj empatii, podporuj pacientku, preferuj častější odpočinek
- Hodnocení: pacientka využívá relaxačních technik, cítí se méně unavená

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 7

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00108 – Deficit sebeděče při koupání
- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 5. Sebeděče
- Související s neurologickým postižením
- Projevující se zhoršenou schopností umýt si tělo
- Očekávané výsledky: během hospitalizace se pacientka zvládne umýt
- Ošetrovatelské intervence: zajisti hygienické pomůcky, připrav pomůcky na dosah, dbej na intimitu, nabídni pomoc
- Hodnocení: pacientka se s mírnou dopomocí umyla sama

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 8

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00109 – Deficit sebeděče při oblékání
- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 5. Sebeděče
- Související s neurologickým postižením
- Projevující se zhoršenou schopností obléknout se

- Očekávané výsledky: pacientka se během hospitalizace zvládne obléci
- Ošetrovatelské intervence: vysvětlí vhodný postup oblékání, doporučí oděvy bez knoflíků, upozorní na oblékací pomůcky
- Hodnocení: pacientka zvládne obléci oděvy bez zapínání, se zapínacími oděvy má potíže

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 9

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00110 – Deficit sebezpečí při vyprazdňování
- Doména: 4. Aktivita/ odpočinek
- Třída: 5. Sebezpečí
- Související s neurologickým postižením
- Projevující se zhoršenou schopností provést řádnou hygienu po vyprázdnění
- Očekávané výsledky: po vyprázdnění pacientka provede řádnou hygienu
- Ošetrovatelské intervence: zajistí soukromí při vyprazdňování, umožní hygienu rukou
- Hodnocení: po vyprázdnění pacientka potřebuje stále dopomoc

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 10

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00051 – Zhoršená verbální komunikace
- Doména: 5. Percepce/kognice
- Třída: 5. Komunikace
- Související s poškozením centrálního nervového systému
- Projevující se neschopností mluvit
- Očekávané výsledky: během hospitalizace se pacientka bude aktivně zapojovat do logopedického cvičení
- Ošetrovatelské intervence: zajistí logopedickou péči, buď trpělivá, nespěchej, pochval a povzbuzuj, udržuj oční kontakt
- Hodnocení: pacientka se aktivně zapojovala, trvá afázie

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 1

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00028 – Riziko dehydratace
- Doména: 2. Výživa
- Třída: 5. Hydratace

- Související s odchylkami ovlivňující příjem tekutin
- Očekávané výsledky: během hospitalizace nebude pacientka dehydrována
- Ošetrovatelské intervence: kontroluj a vysvětli pitný režim, nabízej tekutiny, doporuč vhodné tekutiny
- Hodnocení: u pacientky nedošlo k dehydrataci

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 2

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00004 – Riziko infekce
- Doména: 11. Bezpečnost/ochrana
- Třída: 1. Infekce
- Související s invazivními vstupy
- Očekávané výsledky: během hospitalizace nedojde k infekci
- Ošetrovatelské intervence: postupuj asepticky, kontroluj známky infekce, pouč o známkách infekce, kontroluj dobu zavedení invazivních vstupů
- Hodnocení: během hospitalizace nedošlo u pacientky k infekci

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 3

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00039 – Riziko aspirace
- Doména: 11. Bezpečnosti/ochrana
- Třída: 2. Tělesné poškození
- Související se zhoršeným polykáním
- Očekávané výsledky: během hospitalizace nedojde k aspiraci
- Ošetrovatelské intervence: zvol vhodnou polohu, sleduj polykací reflex, nabízej malá sousta
- Hodnocení: pacientka neaspirovala

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 4

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00155 – Riziko pádů
- Doména: 11. Bezpečnost/ochrana
- Třída: 2. Tělesné poškození
- Související se zhoršenou mobilitou
- Očekávané výsledky: během hospitalizace nedojde k pádu
- Ošetrovatelské intervence: uprav prostředí, zajisti bezpečnost pacientky, umísti signalizační zařízení na dosah pacientky, doporuč vhodnou obuv, zvedni postranice u lůžka, pouč o pomalém vstávání, nepodceňuj příznaky vertiga
- Hodnocení: během hospitalizace nedošlo k pádu

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 5

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00249 – Riziko dekubitu
- Doména: 11. Bezpečnost/ochrana
- Třída: 2. Tělesné poškození
- Související se sníženou mobilitou
- Očekávané výsledky: během hospitalizace nedojde ke vzniku dekubitu
- Ošetrovatelské intervence: prováděj důkladně hygienu, uprav lůžko, polohuj v pravidelných intervalech, používej polohovací pomůcky
- Hodnocení: u pacientky nevznikl dekubitus

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 6

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00217 – Riziko alergické reakce
- Doména: 11. Bezpečnost/ochrana
- Třída: 5. Obranné procesy
- Související s lékovou alergií
- Očekávané výsledky: po dobu hospitalizace nedojde k alergické reakci
- Ošetrovatelské intervence: zjisti pacientčiny alergie, vyvaruj se přípravkům způsobujících alergie, kontroluj známky alergické reakce
- Hodnocení: pacientka neměla alergickou reakci

10.1.8 Edukační plán

Účel: Edukace pacientky v oblasti bezpečné chůze

Cíl: Osvojení si používání kompenzačních pomůcek během hospitalizace

Pomůcky: Vysoké chodítko, kozička

Výukové metody: Rozhovor, nácvik

Kognitivní cíl:

- pacientka defínuje opatření vedoucí k bezpečné chůzi
- sestra vysvětlí pojem bezpečná chůze, vyjmenuje všechna opatření
- 20 minut
- pacientka, vzhledem k afázii, nezvládne vyjmenovat prvky bezpečné chůze

Afektivní cíl:

- pacientka přijme změnu v oblasti chůze
- sestra vysvětlí rizika při nesprávné chůzi

- 10 minut
- pacientka si uvědomuje rizika

Psychomotorický cíl:

- pacientka bude zvládat používat kompenzační pomůcky
- sestra vysvětlí jak používat kompenzační pomůcky a názorně ukáže
- 20 minut
- pacientka umí s doprovodem používat kompenzační pomůcky

10.2 KAZUISTIKA č. 2

Muž, 67 let, bytem v Okrouhlé, okres Cheb, byl přijat na JIP-P MN Privamed, 6. 9. 2019. Pacient se dostavil v doprovodu manželky (dle předchozí domluvy, na žádost dcery) pro bolesti hlavy a pod pravou lopatkou, vertigo, zvracení a zhoršení hybnosti končetin. Při příchodu pacient při vědomí, spolupracující, normosaturován, zjevné známky únavy, dysartrie bez fatické léze, nedoslýchavost. V polovině července 2019 proběhla cévní mozková příhoda (pravostranná hemiparéza, porucha řeči) s rekanalizační léčbou (léčba v nemocnici Sokolov). V rámci screeningu etiologie iktu doplněno RTG plic s nálezem suspektního patologického ložiska pod pravým hilem. Doplněno CT plic s nálezem centrálního plicního tumoru. 31. 7. 2019 doplněna bronchoskopie s excizí tumoru – centrální plicní adenokarcinom. K dalšímu postupu léčby objednan 16. 9. 2019 na onkologii Cheb.

10.2.1 Osobní údaje

- Jméno a příjmení: XY
- Pohlaví: muž
- Narozen/a: 1953
- Věk: 67 let
- Vztah k zařízení: hospitalizace
- Důvod přijetí: zhoršení stavu po CMP
- Oddělení: JIP-P
- Doba pobytu: 6. 9. 2019 – 13. 9. 2019
- Lékařská diagnóza: Vertigo
- Chronická medikace: Godasal 100mg 1-0-0, Ascorutin 1-1-1, Nolpaza 20mg 1-0-0, Atoris 40mg 0-0-1, Fromilid 500mg a 12hodin
- Aktuální medikace: beze změny
- TK 1xdenně, standardní lůžko JIP-P

10.2.2 Rodinná, osobní a pracovní anamnéza

- Ženatý, žije s manželkou, 2 dcery – 1. dcera trombofilní stavy, 2. dcera nález na hypofýze
- Oslovení: pan XY
- Kontakt na příbuzné: kontakt uveden na manželku, který zapsán do souhlasu s hospitalizací
- Zaměstnání: důchodce, dříve policista
- Pacient před CMP – zcela zdrav
- Pravidelně užívá: viz.chronická medikace
- Alergie: neguje
- Transfuze: nepodávána
- Abusus: nekouří od 7/2019 (dříve 10-15 cigaret/denně), alkohol neguje
- Preventivní prohlídky: 2x ročně stomatolog, praktický lékař

10.2.3 Fyzikální vyšetření sestrou

- FF: P - 83', TK – 115/85, saturace 98% bez O₂, TT – 36,3°C, vědomí – GCS 15bodů
- Výška: 182cm, hmotnost: 68 kg, BMI: 20,5 norma
- Při vědomí, orientovaný, spolupracuje, komunikuje, chodí
- Kůže: normální, bez defektů
- Nehty čisté, upravené
- Zornice izokorické, reagují na osvit, spojivky bledé, skléry anikterické
- Jazyk plavý ve střední čáře, vlhký, nepovleklý; chrup sanován
- Nos bez výtoků
- Šíje: šíje volná, pohyblivá na všechny strany, karotidy tepou symetricky
- Horní končetiny: spontánní hybnost, LHK udrží, PHK udrží krátce
- Dolní končetiny: spontánní hybnost, bez známek akutní TEN, varixy obou dolních končetin
- Břicho v niveau, měkké, prohmatné, peristaltika přítomna
- Stoj jistý, chůze PDK mírně zvedá
- Výživa přiměřená

- Kompenzační pomůcky: brýle, naslouchadlo
- Vyšetření:

EKG – bez patologie

Laboratoř – zvýšené CRP, leukocyty; mírně zvýšený D-dimer, mírně snížený hemoglobin; ostatní výsledky v normě

10.2.4 Použité škály

- Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové – 29 bodů – žádné riziko
- Glasgow Coma Scale – 15 bodů
- Dospělé nutriční skóre – 0 bodů – není nutná nutriční intervence
- Barthelův test základních všedních činností (ADL) – 100 bodů – nezávislý
- Test instrumentálních všedních činností (IADL) – 80 bodů – soběstačný v IADL
- Zjištění rizika pádu – 1 bod – bez rizika
- Modifikované Rankinovo skóre – 1 – postižení je lehkého stupně, životní styl není ovlivněn
- Jednoduchá deskriptivní škála bolesti (0-5) – 2 body – střední bolest

10.2.5 Shromažďování dat dle modelu V. Hendersonové

1. Dýchání

Doma: při větší námaze se zadýchá

Nyní: Subjektivně: bez potíží

Objektivně: dýchá pravidelně, normosaturován

Kouření: již nekouří

2. Výživa a hydratace

Doma: bez potíží, častěji menší porce, denně vypije 2 l tekutin, preferuje minerální vody

Nyní: Subjektivně: žaludeční potíže po tučném jídle, občas zvrací, vypije 2 l tekutin

Objektivně: přiměřená výživa, nejsou známky dehydratace

hmotnost 68kg , výška 182 cm

hodnota BMI 20,5 – přiměřená hodnota

Dospělé nutriční skóre: 0 bodů, není nutná nutriční intervence

Strava: dieta č. 4 (s omezením tuků), 1x denně Nutridrink

3. Vylučování

Doma: bez potíží, nepoužívá žádné prostředky k vyprázdnění, pocení přiměřené

Nyní: Subjektivně:

mikce – bez potíží

stolice – bez potíží, poslední stolice 5.9.

Objektivně: moč i stolice bez příměsí, není přítomno zvýšené pocení

4. Pohyb a udržování tělesné pohody

Doma: bez potíží, pravidelná tělesná aktivita, způsob relaxace – práce na zahradě

Nyní: Subjektivně: bez potíží, jistý v chůzi

Objektivně: pravá dolní končetina – při chůzi mírně zvedá, pravá horní končetina neúplný stisk

Hodnocení rizika pádu: 1 bod, bez rizika

5. Spánek a odpočinek

Doma: bez potíží, neužívá žádné léky na spaní, ráno se cítí odpočatě

Nyní: Subjektivně: spí dobře, ráno se cítí odpočatý

Objektivně: nevykazuje známky únavy

Bolest: Jednoduchá deskriptivní škála bolesti (0-5) – 2 body – střední bolest

6. Oblékání

Doma: bez potíží, soběstačný, preferuje teplejší oděv z přírodních materiálů

Nyní: Subjektivně: bez nutnosti pomoci

Objektivně: čistý, upravený

7. Regulace tělesné teploty

Doma: bez potíží, zvýšenou teplotu nezaznamenal, preferuje teplejší prostředí

Nyní: Subjektivně: nepocituje zvýšenou teplotu

Objektivně: hodnota TT 36,3°C - normotermie

8. Hygiena

Doma: bez potíží, hygienu provádí 2x denně, raději se sprchuje

Nyní: Subjektivně: nepotřebuje pomoc

Objektivně: čistý, upravený

9. Ochrana před nebezpečím, vyvarování se nebezpečí z okolí a zranění jiných

Doma: bez potíží

Nyní: Subjektivně: orientován časem, místem, osobou

Objektivně: nevykazuje známky dezorientace, používá kompenzační pomůcky

Riziko pádu: 1 bod, bez rizika

10. Komunikace s okolím, kontakt, vyjádření emocí, potřeb, obav a názorů

Doma: bez potíží, kontakt s rodinou navazuje, komunikativní

Nyní: Subjektivně: nejlépe se cítí s rodinou

Objektivně: komunikativní, spolupracuje, oční kontakt navazuje

11. Víra, konání pobožnosti

nevyznává žádnou víru

12. Práce, uspokojení z práce

důchodce

Nyní: Subjektivně: je spokojený

Objektivně: rád na práci vzpomíná

13. Aktivity, zájmy

Doma: práce na zahradě, rád čte a luští křížovky

Nyní: Subjektivně: těší se na jaro, až bude moci být venku

Objektivně: projevuje zájem o četbu

14. Učení, rozvoj osobnosti

Doma: dosažené středoškolské vzdělání

Nyní: Subjektivně: rád se učí novým věcem

Objektivně: pacient byl seznámen s právy pacientů, s domácím řádem oddělení, s ošetřujícím lékařem a ošetřujícím týmem

Edukace pacienta v oblasti prevence dehydratace

10.2.6 Průběh hospitalizace

Pacient byl hospitalizován na interním JIP-P MN Privamed v období 6. 9. 2019 – 13. 9. 2019. Během hospitalizace se neobjevily známky hospitalismu.

1. den

Pacient byl přijat na oddělení, v doprovodu manželky, 6. 9. 2019 ve 14 hodin z centrálního příjmu, kde byla odebrána základní laboratoř, natočeno EKG a podepsán souhlas s hospitalizací. Po uvedení na pokoj a uložení na lůžko proběhlo seznámení pacienta s domácím řádem oddělení, seznámení s ošetřujícím personálem, který vypsal ošetřovatelskou anamnézu, sestavil hodnotící škály a vše zaznamenal do ošetřovatelské dokumentace. Posléze došlo ke kontaktu s ošetřujícím lékařem, z jehož vizity byla naordinována jednorázová infuze (FR 250 ml + 1 amp Degan + 1 amp Novalgin rychlostí 125ml/h), proto byl pacientovi zaveden PŽK. Došlo také ke změně v oblasti medikace, kde byly přidány NAC 600 do vody 0-0-1 a Kinito 50mg před jídlem 1-1-1. V průběhu odpoledne si pacient na nic nestěžuje. V 19 hodin proběhla večerní vizita, při které pacient udává bolest pod pravou lopatkou. Byl aplikován Dolgit krém na postižené místo a došlo k poučení o aplikaci krému 3x denně samotným pacientem. Ve 20.00 hodin dle medikace podáno 500mg Fromilid per os. Ve 22.00 proběhla kontrola sestrou, pacient neudával žádné potíže a uložil se ke spánku.

2. den

Pacient se probouzí odpočatý. Ranní hygiena provedena samostatně v koupelně. Před jídlem byl pacient upozorněn na tablety, které je nutno vzít. V 8.00 hodin podán Fromilid 500mg. Při ranní vizitě pacient udává točení hlavy při pohybu a mírnou bolest. Byla ordinována jednorázová infuze FR 250ml + 1 amp Novalgin rychlostí 125ml/h a došlo

k poučení o pomalém vstávání z lůžka a předcházení pádu. Po zbytek dne pacient jakékoliv potíže neguje. Ve 20.00 podána antibiotika.

3. den

Pacient je usměvavý, komunikativní. Antibiotika podávána po 12 hodinách, dle rozpisu. Došlo k edukaci v oblasti prevence dehydratace. Pacient spolupracoval, byl si vědom rizika dehydratace. Z lékařské vizity nebyly žádné ordinace. Po konzultaci s lékařem již nebylo plánováno podávání infuzí, proto PŽK ex.

4. den

Po ranní hygieně udává pacient již jen minimální vertigo. Z tohoto pohledu se cítí mnohem lépe. Z ordinace lékaře byl vysazen Korylan a nově naordinován Zaldiar 1-1-1. Antibiotická léčba pokračuje. Nově zahájena rehabilitace. Pravá horní končetina je míčkována a stimulována tzv. ježkem, což pacient pociťuje jako velmi příjemné. Dolní končetina je cvičena aktivními cviky. V doprovodu sestry se pacient prochází po chodbě, zatím se občas přidržuje madel. Chůze jej unavila, proto odpočívá na lůžku. V odpoledních hodinách, v rámci posilování paměti a rehabilitačního cvičení ruky, luští křížovky.

5. den

Ranní vstávání je doprovázeno mírnou únavou, z důvodu nevyspání se kvůli dalšímu pacientovi na pokoji, který dle pacienta „*neustále někam cestoval*“. Z ordinace lékaře byla vysazena antibiotika a NAC 600. Bylo konstatováno zlepšení stavu. Na další den naplánována kontrolní laboratoř a magnetická rezonance mozku. Rehabilitace pokračuje jako v předešlém dni, je však přidána chůze po schodech. Pacient zvládl vystoupat 1 patro. Ve 21 hodin pacient poučen o vyšetření magnetické rezonance a upozorněn na opatření, aby od půlnoci nejedl, nepil a nekouřil.

6. den

Ráno byla odebrána kontrolní laboratoř, kde došlo k opětovnému nárůstu zánětlivých parametrů. V 9.15 pacient v doprovodu sanitáře odjel na vyšetření MR mozku s výsledkem neprokázané generalizace do mozku, nýbrž se jedná o subakutní ischemii v povodí zadní mozečkové tepny vpravo. Z lékařské vizity ordinován kontrolní náběr zánětlivých parametrů na další den; z léčby vysazen polední Ascorutin. Rehabilitace probíhá nadále

v posilování horních i dolních končetin. Chůze po chodbě 2x denně. Pacient již necítí potřebu přidržovat se madel, chůze je jistější. Jako předešlého dne zvládl vyjít 1 patro. Ve 21.30 byl pacient poučen o sonografickém vyšetření břicha a malé pánve (nesnídá, pije, od rána nemočí).

7. den

Před ranními odběry pacient buzen, nechtělo se mu vstávat. V 8 hodin proběhlo plánované sonografické vyšetření – bez nálezu. Z ranní vizity ještě naplánováno RTG plic. Výsledkem byla přítomnost tekutiny bazálně vpravo, zastření v pravém dolním poli, které by mohlo svědčit pro bronchopneumonii, dále změny za stenozou při udávaném centrálním plicním tumoru. Z medikace vysazen Godasal, od 20 hodin (a 12hod) nově Augmentin 1g. Pacient se cítí dobře, žádné potíže neudává. Během dne si chodí sám po chodbě, vyhlíží rehabilitační sestru, se kterou opět projde chodbu. Následují schody a dnešního dne pacient zvládl 2 patra, bez větších potíží. Při chůzi přetrvává mírné zvedání PDK. Horní končetinu pacient pocítuje již silněji. V odpoledních hodinách si kreslí omalovánky.

8. den

Pacient se cítí odpočatý, ranní hygiena bez potíží. V 8 hodin podány antibiotika dle rozpisu. Při vizitě se lékař s pacientem dohodli na dimisi. Do léčby přidán Trombex 75mg 1-0-0. Byly vytvořeny nově hodnotící škály. Po napsání lékařské propouštěcí zprávy, která obsahovala doporučení pro praktického lékaře (kontrola u praktického lékaře do 3 dnů, kontrolní laboratoř, po ATB léčbě kontrolní RTG plic, domluva s onkologem) byl pacient v 10.30 hodin dimitován sanitním vozem do domácí péče.

- Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové – 29 bodů – žádné riziko
- Glasgow Coma Scale – 15 bodů
- Dospělé nutriční skóre – 0 bodů – není nutná nutriční intervence
- Barthelův test základních všedních činností (ADL) – 100 bodů – nezávislý
- Test instrumentálních všedních činností (IADL) – 80 bodů – soběstačný v IADL
- Zjištění rizika pádu – 1 bod – bez rizika
- Modifikované Rankinovo skóre – 1 – postižení je lehkého stupně, životní styl není ovlivněn
- Jednoduchá deskriptivní škála bolesti (0-5) – 1 bod – mírná bolest

10.2.7 Plán ošetrovatelské péče

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 1

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00132 – Akutní bolest
- Doména: 12. Komfort
- Třída: 1. Tělesný komfort
- Související s onemocněním
- Projevující se vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti
- Očekávané výsledky: pacient během hospitalizace nemá bolest
- Ošetrovatelské intervence: sleduj známky bolesti, podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj účinek léků, doporuč častější odpočinek, informuj o úlevové poloze
- Hodnocení: pacient nemá bolest

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 2

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00088 – Zhoršená chůze
- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 2. Aktivita/cvičení
- Související s neurologickým postižením
- Projevující se zhoršenou schopností chůze
- Očekávané výsledky: pacient do propuštění nabude jistoty v chůzi, bude znát rizikové faktory vedoucí k pádu, zvládne chůzi po schodech
- Ošetrovatelské intervence: edukuj pacienta v oblasti bezpečné chůze, doporuč vhodnou obuv, odstraň překážky, dbej na bezpečnost, nabídmi doprovod
- Hodnocení: pacient se při chůzi cítí jistě, zvládne chůzi po schodech, zná rizikové faktory předcházející pádu

Aktuální ošetrovatelská diagnóza č. 3

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00093 - Únava
- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 3. Rovnováha energie
- Související s onemocněním
- Projevující se zhoršenou schopností zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti

- Očekávané výsledky: během hospitalizace pacient nebude cítit únavu, zná relaxační techniky
- Ošetřovatelské intervence: doporuč vhodné relaxační techniky, projevuj empatii, podporuj pacienta, doporuč častější odpočinek
- Hodnocení: pacient zná relaxační techniky, častěji odpočívá, cítí se méně unavený

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 4

- Číselný kód + název ošetřovatelské diagnózy: 00214 – Zhoršený komfort
- Doména: 12. Komfort
- Třída: 1. Tělesný komfort
- Související s nedostatkem soukromí
- Projevující se pocitem diskomfortu
- Očekávané výsledky: pacient během hospitalizace chápe snížení komfortu
- Ošetřovatelské intervence: vysvětlí chod oddělení, eliminuj rušivé vlivy, zajisti dostatek soukromí
- Hodnocení: pacient chápe důvody vedoucí ke sníženému diskomfortu

Aktuální ošetřovatelská diagnóza č. 5

- Číselný kód + název ošetřovatelské diagnózy: 00198 – Narušený vzorec spánku
- Doména: 4. Aktivita/odpočinek
- Třída: 1. Spánek/odpočinek
- Související s narušením způsobené spolunocležníkem
- Projevující se změnou normálního vzorce spánku
- Očekávané výsledky: během hospitalizace pacient bude spát 6hodin bez přerušení
- Ošetřovatelské intervence: uprav prostředí a lůžko ke spánku, vyvětrej, zhasni, přes den pacienta aktivizuj, požádej spolunocležníka o spolupráci, nabídni hypnotika dle ordinace lékaře
- Hodnocení: pacient spal 6 hodin bez přerušení, spolunocležník se choval ohleduplně, hypnotika pacient odmítá

Potencionální ošetřovatelská diagnóza č. 1

- Číselný kód + název ošetřovatelské diagnózy: 00028 – Riziko dehydratace
- Doména: 2. Výživa
- Třída: 5. Hydratace

- Související s odchylkami ovlivňující příjem tekutin
- Očekávané výsledky: během hospitalizace nebude pacient dehydratován
- Ošetrovatelské intervence: kontroluj a vysvětli pitný režim, nabízej tekutiny, doporuč vhodné tekutiny
- Hodnocení: u pacienta nedošlo k dehydrataci

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 2

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00004 – Riziko infekce
- Doména: 11. Bezpečnost/ochrana
- Třída: 1. Infekce
- Související s invazivním vstupem
- Očekávané výsledky: během hospitalizace nedojde k infekci
- Ošetrovatelské intervence: postupuj asepticky, kontroluj známky infekce, pouč o známkách infekce, kontroluj dobu zavedení invazivního vstupu
- Hodnocení: během hospitalizace nedošlo u pacienta k infekci

Potencionální ošetrovatelská diagnóza č. 3

- Číselný kód + název ošetrovatelské diagnózy: 00155 – Riziko pádů
- Doména: 11. Bezpečnost/ochrana
- Třída: 2. Tělesné poškození
- Související se zhoršenou mobilitou, vertigem
- Očekávané výsledky: během hospitalizace nedojde k pádu
- Ošetrovatelské intervence: uprav prostředí, zajisti bezpečnost pacienta, umísti signalizační zařízení na dosah pacienta, doporuč vhodnou obuv, nepodceňuj a upozorni na příznaky vertiga
- Hodnocení: u pacienta nedošlo k pádu

10.2.8 Edukační plán

Účel: Edukace pacienta v oblasti prevence dehydratace

Cíl: Osvojení si pitného režimu

Pomůcky: Brožury, letáky

Výukové metody: Rozhovor

Kognitivní cíl:

- pacient definuje opatření vedoucí k rizikům dehydratace
- sestra vysvětlí pojem dehydratace, vyjmenuje rizika vedoucí k dehydrataci, doporučí vhodné tekutiny
- 20 minut
- pacient chápe pojem dehydratace, vyjmenuje rizika vedoucí k dehydrataci, zná vhodné tekutiny

Afektivní cíl:

- pacient přijme změnu v pitném režimu
- sestra vysvětlí rizika při nesprávném pitném režimu
- 10 minut
- pacient přijal změnu v pitném režimu

DISKUZE A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Tématem „Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě“ jsem chtěla nahlédnout do problematiky týkající se odlišností péče o pacienty s podáním rozdílné léčby, zjistit jejich potřeby, najít nejvhodnější intervenční možnosti sestry a odhalit specifika dané péče.

Prvním cílem je najít odpověď na otázku jak se od sebe liší péče o pacienta po léčbě trombolýzou a bez této léčby. Myslím si, že jednoznačnou odpověď na danou otázku nenalezneme. Ačkoliv posuzujeme pouze dva pacienty, větší soběstačnosti je schopen pacient léčený trombolýzou, u kterého sledujeme na prvním místě spíše podporu ve zvládnání činností včetně podpory psychické. Pacient, který je léčen konzervativně (z jakéhokoliv důvodu), není zcela soběstačný a je odkázán na péči druhé osoby, čemuž napomáhá soulad v poskytování ošetrovatelské péče. Vždy záleží na míře postižení, na samotném pacientovi a jeho vypořádáním se s nemocí. Mohu však tvrdit, že péče o pacienty má být poskytována komplexně, s lidským a trpělivým přístupem, bez rozdílu jaká nemoc je postihla či jaká je podávaná léčba.

Porovnáním anamnézy a shromažďováním subjektivních i objektivních údajů pacientů s CMP zodpovíme otázky týkající se potřeb a specifik ošetrovatelské péče. K získání těchto výsledků využíváme modelu Teorie základní ošetrovatelské péče Virginie Hendersonové, pozorování pacientů a rozhovorů s nimi a jejich příbuznými. Jako první k porovnání využíváme anamnézy. Žena je o sedm let mladší než muž. Odlišnost je nalezena i v důvodu hospitalizace, kde žena, hypertonička, přijata pro akutní mozkovou příhodu nejasného data vzniku a muž, před CMP zcela zdravý, přijat pro zhoršení stavu po již proběhlé mozkové příhodě. Vzhledem k závažnosti stavu je žena uložena na monitorované lůžko, s podáním akutní medikace v podobě infuzní a kyslíkové terapie a 24hodinového sledování fyziologických funkcí. V případě muže není indikována akutní medikace a fyziologické funkce jsou sledovány 1 x denně v rámci standardního lůžka. Rozdíl nacházíme i v sociálním životě, kde žena je rozvedená žijící sama a muž je ženatý žijící ve společné domácnosti s manželkou. V oblasti zaměstnání také nenacházíme shodu; žena stále pracuje a muž je již v důchodu. Jako shodné rysy můžeme uvést, že ani jeden z pacientů nekouří (ačkoliv muž je odnaučený kuřák), negují abusus návykových látek a oba absolvují pravidelné preventivní prohlídky.

Druhým krokem je shromažďování subjektivních a objektivních údajů, které získáváme pomocí fyzikálního vyšetření. I zde jsou odhaleny odlišnosti. U ženy je patrná hypertenze, hyposaturace a zvýšená tělesná teplota oproti muži, který je normotenzní, normosaturován a afebrilní. Současně také nacházíme rozdíl ve spolupráci, komunikaci a v pohybu. Oba sledovaní pacienti jsou při vědomí, avšak žena nespolupracuje, nekomunikuje, leží. Oční kontakt nenavazuje, nesleduje předmět a není schopna vyhovět výzvě ke stočení očí do prava. Tyto obtíže u muže patrně nejsou. Dalším rozdílným jevem je pohyblivost končetin, kdy žena horní končetiny buď neudrží vůbec (PHK) nebo jen krátce (LHK) a to vše bez spontánní hybnosti, naopak u muže je spontánní hybnost zachována, pouze pravou horní končetinu při vyšetření udrží jen krátce. Podobný rozdíl je patrný i u dolních končetin. Žena spontánně pokrčí levou dolní končetinu, pravá je však zcela nehybná. U muže je zachována spontánnost hybnosti, pouze při chůzi je PDK mírně zvedána. Chůzi žena oproti muži nezvládne.

Výživa obou pacientů při přijetí je přiměřená. Kompenzační pomůcky používá pouze muž, a to brýle a naslouchadlo.

Patrných rozdílů jsme si všimly i při vytváření hodnotících škál. V hodnocení rizika vzniku dekubitů je zjištěno u ženy střední riziko (19 bodů), kdežto u muže riziko v této oblasti není (29 bodů). Při posuzování stavu vědomí pomocí stupnice Glasgow Coma Scale stanovujeme 13 bodů u ženy a 15 bodů u muže. Nutriční intervence není nutná ani u jednoho z pacientů. V hodnocení jsme se zaměřily také na soběstačnost. V Barthelově testu základních všedních činností dosáhla žena 30ti bodů což poukazuje na vysoký stupeň závislosti, oproti muži, který je vyhodnocen, se 100 body, jako nezávislý. Další nesoběstačnost nacházíme u ženy v Testu instrumentálních všedních činností (5 bodů). Muž je v této oblasti soběstačný (80 bodů). V souvislosti s hybností pacientů je hodnoceno riziko pádu, kdy střední riziko je patrné u ženy a žádné riziko u muže. Z neurologického hlediska využíváme Modifikovaného Rankinovo skóre. Ženin stav vychází jako stav těžší neschopnosti, neschopnost samostatné chůze a samostatně se postarat o všechny osobní potřeby. U muže stav vyhodnocujeme jako postižení lehkého stupně, bez ovlivnění životního stylu. V oblasti hodnocení bolesti vycházíme z Jednoduché deskriptivní škály bolesti u muže, který udává střední bolest, žena bolest neudává.

Využitím jednotlivých částí ošetrovatelského modelu přistupujeme k dalšímu srovnání pacientů.

V oblasti dýchání nejsou zjištěny větší potíže. Oba respondenti shodně dýchají spontánně, při velké námaze uvádějí dušnost. Pouze u ženy je ordinována podpůrná kyslíková terapie, kterou dobře toleruje.

V druhém bodě ošetrovatelského modelu, Výživa a hydratace, jsou již obtíže patrné. Občasná nauzea je u muže, který tento diskomfort udává již z domova, avšak za doby hospitalizace a volby diety tyto obtíže ustávají. Žena není z počátku schopna polykat, proto je ordinováno zavedení NGS pro příjem potravy po dobu nezbytně nutnou. Toto opatření žena vnímá jako nepříjemné, ačkoli chápe jeho nezbytnost. Problém přetrvává i při přechodu na perorální stravu. Pacientka, vzhledem k pravostranné hemiparéze, je nucena změnit návyk stravování druhou rukou než je zvyklá, nedokáže si jídlo nakrájet. Z ošetrovatelského hlediska je zde nutná kontrola při jídle z důvodu rizika aspirace, příprava jídla a do jisté míry povzbuzení pacientky při stravování, při kterém si uvědomuje svou nesoběstačnost.

Hydratace obou pacientů je přiměřená, avšak musejí se do pití nutit, neboť nepociťují žízeň.

V oblasti vylučování je muž zcela soběstačný, žena nikoliv. Z důvodu inkontinence a sledování hodinové diurézy je zaveden močový katétr, což přináší riziko vzniku infekce. Zde je kladen důraz na hygienickou péči v oblasti genitálu. Stejně jako v případě močení, i při defekaci je pacientka nesoběstačná. Neschopnost samostatné obsluhy při a po vylučování je velice frustrující a ponižující, proto pečující personál by měl respektovat soukromí a intimitu pacientky, vlídně, ochotně a trpělivě přistupovat k těmto potřebám. Uvědomme si, jaké pocity bychom měli sami a poskytujme péči tak, abychom nesnižovali lidskou důstojnost a pacienti se necítili trapně.

Pohyb, jakožto nedílná součást existence člověka, je u obou pacientů (u každého v jiné míře) omezen. Muž pociťuje omezení v pohybu jako mírné. Končetiny cítí jako slabé, následnou rehabilitací a posilováním se tyto obtíže zlepšují. Pouze při chůzi se stále necítí úplně jistě. Žena je z počátku upoutána na lůžko, omezený pohyb chápe jako překážku bránící ji ve vykonávání všech činností, které by ráda dělala. Svou snaživostí, rehabilitací a nepodlehnutím nemoci, postupem času zvládne samostatně sedět, s oporou

stát a v doprovodu dvou osob ujít krátkou vzdálenost, což chápeme jako velký pokrok. I přes postupné zlepšování pohybových schopností shledáváme nutnost psychické podpory pacientů personálem i rodiny a blízkých.

Narušený vzorec spánku udávají shodně oba pacienti. Ženin spánek je ovlivněn změnou prostředí, nedostatkem soukromí a imobilizací, která nedovolí zaujmout vhodnou polohu. Muž uvádí potíže se spánkem v souvislosti s druhou osobou na pokoji. Shodně odmítají na noc hypnotika.

V oblasti hygieny a oblékání jsou rovněž patrné rozdíly ve schopnostech sebepečce. Muž je celkově soběstačnější oproti ženě, která je odkázána na pomoc druhé osoby. Hygienická péče je prováděna na lůžku s pomocí ošetrovatelského personálu. Je zde však ponechán prostor pro samostatnou činnost pacientky, obzvláště pro posilující pocit, že něco zvládne sama. Prozatím se obléci sama nedokáže, největší potíže činí zapínání na knoflíky. Stejně jako při vylučování přistupujeme k pacientům s empatií, velkou trpělivostí a dbáme na soukromí a intimitu nemocných.

Komunikace patří k oblasti, kterou považujeme za velice důležitou. Oba pacienti jsou velice komunikativní dle svých možností, nebojí se vyjádřit své emoce, obavy a přání. Muž v této oblasti potíže nemá oproti ženě, u které přetrvává afázie. Vlídným přístupem a volbou alternativních metod komunikace nacházíme cestu k dorozumívání. Velice nás překvapila ochota příbuzných spolupracovat se samotným nemocným, i s ošetřujícím personálem. Svou přítomností a aktivní účastí napomáhají pacientům zvládnout jejich období nemoci.

V průběhu porovnávání jsme dospěly k odpovědím na výše položené otázky. S největšími problémy se pacienti potýkají v oblasti vyprazdňování, hygieny, pohybu a oblékání a při stravování. Ke shodnému výsledku došla i Věra Příbková ve své bakalářské práci zabývající se soběstačností pacientů po mozkové příhodě, kde zároveň poukazuje na důležitost motivace pacientů, udržování jejich zdraví a navrácení do společnosti ve spolupráci s jejich rodinou. S tímto konstatováním plně souhlasíme.

Jaké jsou intervenční možnosti sestry? Na tuto otázku jsme našly odpovědi v ošetrovatelských diagnózách shodujících se u obou pacientů. Avšak dovolím si zde připomenout, že každý pacient je individuální osobnost, proto je třeba i individuálního přístupu.

- Buď empatická
- Sleduj bolest
- Hleď na soukromí a intimitu pacienta
- Prováděj individuální uspokojování základní potřeb pacienta
- Motivuj a podporuj pacienta k soběstačnosti
- Udržuj přiměřený příjem stravy a tekutin
- Zajisti bezpečnost pohybu pacienta
- Neváhej pacientovi poskytnout pomoc při deficitech
- Zvol alternativní metody komunikace
- V případě nutnosti kontaktuj logopeda, psychologa
- Zapoj rodinu
- Předcházej rizikům (infekce, aspirace, pádu, dekubitu)

ZÁVĚR

Pokud rozpoznáme potřeby člověka, jsme schopny nabídnout pocit jistoty a bezpečí. Nezastupitelnou úlohu zde mají sestry, které jsou v přímém kontaktu s nemocnými. Jsou komunikačním prostředníkem mezi pacientem a lékařem, často také mezi pacientem a jeho příbuznými. Svým empatickým, trpělivým a profesionálním přístupem pacienta provázejí po dobu jeho nemoci, hledí na jeho individualitu a podle toho také jednají.

V teoretické části jsou zdůrazněny nejčastější medicínské, ošetrovatelské a psychosociální aspekty, neboť si uvědomujeme cévní mozkovou příhodu jako celospolečenský problém, často vedoucí k invalidizaci.

Praktická část práce je vypracována na základě sestavení dvou kazuistik, ošetrovatelského a edukačního plánu. Porovnáním, pozorováním a rozhovory s pacienty a jejich rodinami nacházíme odpovědi na otázky týkající se dílčích cílů, díky kterým dosahujeme cíle hlavního. Vzhledem k tomu, že pracuji v Městské nemocnici Privamed kam jsou pacienti přijímáni již v postiktové fázi, nezabýváme se fází akutní. V souhrnu můžeme konstatovat, že ačkoliv byla léčba rozdílná, měli bychom mít na paměti všechny oblasti bio-psycho-sociálních potřeb člověka. S využitím pouze dvou kazuistik, docházíme k závěru, že pacient léčený trombolýzou je do jisté míry soběstačnější než pacient, který touto léčbou neprošel. Jako nejčastější problémy pacientů po CMP nacházíme v oblasti vyprazdňování, hygieny, pohybu, oblékání a při stravování. Jako důležitou také považujeme komunikaci nejen s pacientem, ale i jeho blízkými.

Výstupem této práce do praxe je vytvoření návrhu standardu ošetrovatelské péče (příloha č. 5). V návrhu jsou použity nejčastější aktuální a potencionální diagnózy, s ponechaným prostorem pro doplnění diagnóz dle aktuálního stavu pacienta. Ošetrovatelský standard je vodítkem přesně daných úkolů, co, kdy a jak postupovat. Doufám, že tímto návrhem mohu napomoci motivovat sestry k individuálnímu a maximálně efektivnímu přístupu k nemocným a zvýšit jistotu v jejich nelehké práci.

Seznam zdrojů

AMBLER, Zdeněk. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 6. vyd. Praha: Galen, 2011. 351 s. ISBN 80-246-1258-5.

BOROŇOVÁ, Jana. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 2010. 196 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

BARTŮŇEK, Petr. JURÁSKOVÁ, Dana. HECZKOVÁ, Jana. NALOS, Daniel. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

ČEŠKA, Richard a kolektiv. *Interna. Svazek 1*. 1. vyd. 3. dotisk. Praha: TRITON, 2012. ISBN 978-80-7387-629-6.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Svazek I – nauka o cévách. 272 s. ISBN 978-80-247-5636-3.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. Učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium. 2. přeracované a doplněné vyd. Olomouc: EPAVA, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

FEIGIN, Valery. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 208 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

FORMANOVÁ, Pavla a JANDOVÁ, Dobroslava. *Léčebná rehabilitace u neurologických diagnóz. 2. díl, Náhlé cévní mozkové příhody*. Praha: Raabe, 2017. 246 s. ISBN 978-80-7496-310-0.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora. Praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. aktul. a rozšíř. vyd. Praha: Galen, 2015. 460 s. ISBN 978-80-7492-204-6.

HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2014. 112 s. ISBN 978-80-7345-373-2.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

KALINA, Miroslav a kol. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 39 s. ISBN 978-80-204-2093-0.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-9.

KOVAŘÍKOVÁ, Jaroslava. *Komplexní ošetrovatelská péče o klienty po cévní mozkové příhodě*. České Budějovice, 2012. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1.

NANDA Internacional. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice & klasifikace 2015-2017*. 10. vyd. Dotisk. Praha: Grada, 2017. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

PAVLÍKOVÁ Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci. Pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

PŘIBKOVÁ, Věra. *Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Katedra ošetrovatelství.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie. Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

SILBERNAGL, Stefan a DESPOPOULOS, Agamemnon. *Atlas fyziologie člověka*. 4. vyd. Praha: Grada, 2016. 448 s. ISBN 978-80-247-4271-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I: interna*. 2. vyd. Praha: Grada, 2012. 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

TŘEŠKA, Vladislav a kol. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0239-8.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a BAREŠ, Martin. *Neurologie pro nelékařské obory*. 2. rozšířené vyd. Brno: NCO NZO, 2012. 305 s. ISBN 978-807-0135-402.

VYTEJČKOVÁ, Renata a spol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2018. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

Zdravotnictví a medicína: Pětina cévních mozkových příhod je způsobena fibrilací síní srdce [on-line]. [vid. 4. 11. 2018]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/petina-cevnich-mozkovych-prihod-je-zpusobena-fibrilaci-sini-srdce/>

Terapie: Všechno souvisí se vším aneb třikrát KV trefa do černého. [on-line]. [vid. 18. 11. 2018]. Dostupné z <http://terapie.digital/terapie/kongresy/vsechno-souvisi-se-vsím-aneb-trikrat-kv-trefa-do-cerneho.html?authToken=null#>

Royal College of Nursing: Stroke. [on-line]. [vid. 26. 3. 2019]. Dostupné z <http://www.rcn.org.uk/clinical-topics/neuroscience-nursing/stroke>

Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. [on-line]. [vid. 23. 4. 2020]. Dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/standardy-osevratelske-pecce-podle-donabediana-444784>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Barthelův test základních všedních činností ADL

Příloha č. 2: Test instrumentálních všedních činností IADL

Příloha č. 3: Souhlas zdravotnického zařízení s výzkumem

Příloha č. 4: Souhlas pacienta s výzkumem

Příloha č. 5: Rešerše

Příloha č. 6: Návrh ošetřovatelského standardu

Příloha č. 1 – Barthelův test základních všedních činností ADL

Činnost	Bodové skóre	Zvládnutí činnosti	Skóre
jedení, pití	10 5 0	sám bez pomoci s pomocí (např. krájení, mazání) nedokáže sám	
oblékání	10 5 0	sám bez pomoci, včetně tkaniček potřebuje pomoc, ale asi polovinu činností zvládne sám v rozumném čase nedokáže sám	
koupání	5 0	soběstačný (sám nebo s pomocí) nedokáže sám	
osobní hygiena	5 0	soběstačný při česání, holení potřebuje pomoc	
kontinence moči	10 5 0	ano (během 7 dní) občas inkontinence (max. 1× denně) inkontinence	
kontinence stolice	10 5 0	ano občas inkontinence inkontinence	
používání WC	10 5 0	sám bez pomoci s pomocí (při vstávání, utírání) nedokáže sám	
přesun z lůžka na židli	15 10 5 0	sám bez pomoci potřebuje nepatrnou slovní nebo fyzickou pomoc schopný sedět na židli, ale při přesunu potřebuje fyzickou pomoc nedokáže sám	
pohyblivost, chůze po rovině	15 10 5 0	50 m samostatná chůze (i při použití pomůcek – hůl apod.) 50 m chůze se slovní nebo fyzickou pomocí jedné osoby sám pohyblivý na vozíku nedokáže sám	
pohyblivost po schodech	10 5 0	sám bez pomoci potřebuje slovní nebo fyzickou pomoc nedokáže sám	
Celkové skóre: 100 bodů		Hodnocení: těžký stupeň závislosti: 0–40 b. střední stupeň závislosti: 45–60 b. lehký stupeň závislosti: 65–95 b. nezávislost: 100 b.	

(Zdroj: Slezáková, s. 30)

Příloha č. 2 – Test instrumentálních všedních činností IADL

Činnost	Bodové skóre	Zvládnutí činnosti	Skóre
telefonování	10 5 0	vyhledává samostatně číslo, vytočí ho zná několik čísel, odpovídá na zavolání nedokáže používat telefon	
transport	10 5 0	cestuje samostatně dopravním prostředkem cestuje, pokud je doprovázený vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený dopravní prostředek	
nakupování	10 5 0	je schopný si samostatně nakoupit nakoupí s doprovodem nebo s radou druhé osoby neschopnost nakoupit bez podstatné pomoci	
vaření	10 5 0	uvaří samostatně celé jídlo jídlo si ohřeje jídlo musí být připravené druhou osobou	
domácí práce	10 5 0	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací vykonává lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	
práce kolem domu	10 5 0	vykonává samostatně a pravidelně vykonává pod dohledem vyžaduje pomoc, práci nevykonává	
užívání léků	10 5 0	samostatně v určenou dobu, správnou dávku, zná názvy léků užívá, pokud jsou léky připravené a připomenuté léky musí být podané druhou osobou	
finance	10 5 0	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi neschopný bez pomoci zacházet s penězi	

*Hodnocení 0–40 bodů: závislý
41–75 bodů: částečně závislý
76–80 bodů: nezávislý*

(Zdroj: Slezáková, s. 31)

Příloha č. 3 – Souhlas zdravotnického zařízení s výzkumem

MN Privamed, a.s.
Bc. Jana Vyoralová, MBA

Jana Vojtová
VSK, ZČU – Fakulta zdravotnických studií

Žádost o povolení výzkumného šetření

Jmenuji se Jana Vojtová, jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni, obor Všeobecná sestra.

Dovoluji si Vás požádat o provedení výzkumného šetření v MN Privamed v Plzni na interním oddělení JIP a JIP-P, v období září – listopad 2019. Toto šetření bude sloužit k vypracování praktické části mé bakalářské práce na téma: "Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě".

Dotazníkové šetření je anonymní, všechny informace jsou důvěrné a budou použity pouze k vypracování mé práce.

V Plzni, 23. srpna 2019

Vyjádření k žádosti:

Souhlasím



Bc. Jana Vyoralová, MBA
ředitelka ošetrovatelské péče

Plzeňská nemocnice Plzeň
PRIVAMED a.s.
Plzeňská 19, 323 00 Plzeň
IČO: 46 88 52 51 ©

Příloha č. 4: Souhlas pacienta s výzkumem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas k bakalářské práci na téma Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě

Výzkumné pracoviště: MN Privamed, a.s.

Výzkumná pracovnice: Jana Vojtová

Pan/paní:

Vážená/ý paní/pane,
jmenuji se Jana Vojtová. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Západočeské univerzity v Plzni, obor Všeobecná sestra.

Obracím se na Vás s žádostí o souhlas s poskytnutím osobních údajů, nahlížení do Vaší dokumentace a následné zpracování těchto informací, které budou sloužit výhradně ke zpracování bakalářské práce. Veškeré informace budou zpracovány zcela anonymně.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s použitím získaných informací a prohlašuji, že jsem toto učinil/a ze své vlastní vůle a bez nátlaku.

V Plzni:

Příloha č. 5: Návrh ošetřovatelského plánu

CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA – po zvládnutí akutního stavu; identifikační štítek

Datum/sestra	Ošetřovatelská Dg.	Očekávané výsledky	Intervence	Datum dosažení cíle/sestra	Hodnocení
	1. Zhoršená mobilita z důvodu: - nervosvalového postižení	P bude mít zachovánu optimální hybnost	1. Dopomáhej P při aktivizaci na lůžku: sed, stoj, chůze 2. Spolupracuj s rehabilitační sestrou 3. Podporuj používání pomůcek: hole, berle, madla 4. Povzbuzuj P		
	2. Deficit sebepéče z důvodu nervosvalového postižení nebo snížení fyzické a psychické síly, dysfagie v oblasti: - hygieny - výživy - oblékání	P bude mít uspokojeny potřeby v oblasti hygieny, výživy a oblékání	1. Zajisti individuální základní potřeby P 2. Motivuj P k soběstačnosti 3. Dopomáhej/prováděj P s hygienou 2x denně 4. Hodnoť stav výživy 5. Edukuj P alternativních řešeních		
	3. Zhoršená verbální komunikace z důvodu: - dysartrie, afázie	P bude schopen vyjádřit své potřeby. P bude lépe chápat mluvené i psané slovo a gesta	1. Vyšetři sluch, zrak, úroveň chápání 2. V případě nutnosti kontaktuj logopeda 3. V případě nutnosti kontaktuj psychologa 4. Najdi s P alternativní způsob komunikace a zapoj rodinu 5. Ujistí se, že P rozumí		
	4. Porucha kožní integrity - kanyla - dekubit - jiné:	U P nevznikne defekt, u již vzniklého bude probíhat proces hojení	1. Kontroluj invazivní vstupu 2. Prováděj hodnocení dle škály MADDONA 3. Vyhodnoť riziko vzniku dekubitů, event. založ Plán prevence/péče o dekubity a jiné rány 4. Pravidelně sleduj predilekční místa 5. Navrhni vhodné antidekubitní pomůcky, frekvenci polohování a zahaj včasnou rehabilitaci		
	5. Riziko infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů	P nebude mít infekci	1. Sleduj známky infekce 2. Postupuj asepticky 3. Sleduj bolest		
	6. Riziko pádu z důvodu zhoršené mobility	U P nedojde k pádu	1. Doporuč vhodnou obuv 2. Odstraň překážky 3. Doprovázej P 4. Edukuj v oblasti používání kompenzačních pomůcek		

(Zdroj: vlastní)

Knihy

1. DOW, Mike, DOW, David a SUTTON, Megan. *100 otázek a odpovědí, jak se uzdravit po mozkové mrtvici: rady pro všechny, kteří bojují za své vlastní uzdravení nebo uzdravení někoho blízkého*. Překlad Kateřina Němečková. Brno: BizBooks, 2018. 256 s. ISBN 978-80-265-0778 9. **Sig. SVK PK: 31B86019 umístění ve volném výběru: 616.8**
2. GRIM, Miloš et al. *Základy anatomie. 4a., Centrální nervový systém. 2., přeprac. vyd.* Praha: Galén, 2014. 221 s. ISBN 978-80-7262-938-1. **Sig. SVK PK: 392A44561-4/1 umístění ve volném výběru: 611**
3. HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře. 2. vyd.* Praha: Maxdorf, 2014. 112 s. Farmakoterapie pro praxi; sv. 66. Jessenius. ISBN 978-80-7345-373-2. (mj. podkapitoly o rizikových faktorech a diagnóze) **Sig. SVK PK: 391A65733 umístění ve volném výběru: 616.8**
4. HUTYRA, Martin et al. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody: diagnostika, léčba, prevence*. Praha: Grada, 2011. 167 s. ISBN 978-80-247-3816-1. **Sig. SVK PK: 31B47347 umístění ve volném výběru: 616.8**
5. KOTAS, Rudolf. *Bolesti hlavy v klinické praxi*. Praha: Maxdorf, 2015. 312 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-443-2. (kap. 5.1 – Migréna a ischemické cévní mozkové příhody a 13.1 – Bolest hlavy v souvislosti s ischemickou cévní mozkovou příhodou) **Sig. SVK PK: 31B67475 umístění ve volném výběru: 616.8**
6. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě*. Praha: Galén, 2015. 182 s. ISBN 978-80-7492-225-1. **Sig. SVK PK: 31B71931 umístění ve volném výběru: 616.8**
7. PALMER, Sara a PALMER, Jeffrey B. *Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah*. Praha: Portál, 2013. 223 s. ISBN 978-80-262-0348-3. **Sig. SVK PK: 31B55436 umístění ve volném výběru: 616.8**
8. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2015. 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1. (o CMP v kap. **Sig. SVK PK: 31B65114 umístění ve volném výběru: 616.8**
9. TOMEK, Aleš et al. *Neurointenzivní péče. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Mladá fronta, 2014. 498 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3359-6. (konkrétně o CMP kap. 26 a 27) **Sig. SVK PK: 31B62719 umístění ve volném výběru: 616.8**

Články (zejm. <https://www.medvik.cz/bmc/>)

10. BAR, Michal a CHMELOVÁ, Irina. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína*. 2011, roč. 13, č. 2, s. 128-135. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>. **Sig. SVK PK: 36A2349/2011-1**
11. BAUER, Jiří. Prevence kardioembolických cévních mozkových příhod. *Interní medicína pro praxi*. 2014, roč. 14, č. 1, s. 26-29. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/01/07.pdf>. (o antikoagulační léčbě) **Sig. SVK PK: 36A2336/2014**
12. FADRNÁ, Táňa a ŠKOLOUDÍK, David. Kvalita života u soběstačných pacientů po cévní mozkové příhodě. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2017, roč. 80, č. 3, s. 323-327. ISSN 1210-7859. Dostupné také z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2017-3-6/kvalita-zivota-u-sobestacnych-pacientu-po-cevni-mozkove-prihode-60743>.
13. FIKSA, Jan. Cévní mozková příhoda, patogeneze a současné aspekty léčby. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 2015, roč. 7, č. 2, s. 42-45. ISSN 1803-7542. Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/clanek/36405-cevni-mozkova-prihoda-patogeneze-a-soucasne-aspekty-lecby>. **Sig. SVK PK: 36A3867/2015**
14. KALITA, Z. et al. Rizikový profil pacientů s prodělanou ischemickou cévní mozkovou příhodou – analýza dat z registru IKTA. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2013, roč. 76, č. 3, s. 343-349. ISSN 1210-7859. Dostupné také z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/rizikovy-profil-pacientu-s-prodelanou-ischemickou-cevni-mozkovou-prihodou-analyza-dat-z-registru-ikta-40588>. **Sig. SVK PK: 35A76/2013-1**
15. KOCÁBKOVÁ, Eva a VAŇÁSKOVÁ, Eva. Logopedická péče po cévní mozkové příhodě v podmínkách lůžkového rehabilitačního oddělení. *Rehabilitácia*. 2012, roč. 49, č. 3, s. 184-189. ISSN 0375-0922. **Sig. SVK PK: 35A104/2012**
16. KOLIESKOVÁ, Stanislava a MIKULÍK, Robert. Novinky v prevenci ischemické cévní mozkové příhody. *Postgraduální medicína*. 2012, roč. 14, příl. 4, s. 29-34. ISSN: 1212-4184. **Sig. SVK PK: 36A2349/2012-2**
17. KUBRICKÁ, Jana. Cévní mozkové příhody. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 9, s. 39-41. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/cevni-mozkove-prihody-466841>. **Sig. SVK PK: 36A1361/2012**
18. Lidé po mozkové příhodě mohou komunikovat přes tablet. *Medical tribune*. 2017, roč. 13, č. 4, C4-C5. ISSN 1214-8911. **Sig. SVK PK: 37A242/2017** (t. č. ve vazačské dílně)
19. PENKA, Miroslav. Prevence cévní mozkové příhody a embolizačních

- příhod. *Acta medicae*. 2012, roč. 1, č. 7, s. 9-10. ISSN 1805-398X. **Sig. SVK PK: 36A4097/2012**
20. ROHAN, Vladimír et al. Aktuální pohled na možnosti primární a sekundární prevence ischemických cévních mozkových příhod. *Kardiologická revue*. 2013, roč. 15, č. 4, s. 218-223. ISSN 1212-4540. **Sig. SVK PK: 36A2374/2013**
21. Sestra vyvinula aplikaci pro komunikaci po mozkové příhodě: staniční sestra neurologického oddělení Vítkovické nemocnice v Ostravě. *Zdravotnictví a medicína*. 2017, roč. 2017, č. 3, s. 21. ISSN 2336-2987. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-vyvinula-aplikaci-pro-komunikaci-po-mozkove-prihode-484455>.
22. SHUDEIWA, Adel a VLACHOVÁ, Ivanka. Antiagregační terapie v sekundární prevenci ischemické cévní mozkové příhody. *Vaskulární medicína*. 2014, roč. 6, č. 2, s. 57-59. ISSN 1339-4266. Dostupné také z: <http://www.solen.sk/pdf/5a4ee4754dc02c8b238da42083d735ef.pdf>. **V SVK PK nedostupné**
23. SIKOVÁ, Eva. Cévní mozková příhoda postihuje i mladou populaci. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 9, s. 30-32. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/cevni-mozkova-prihoda-postihuje-i-mladou-populaci-472141>. **Sig. SVK PK: 36A1361/2013**
24. ŠKODA, Ondřej. Diagnostika, léčba a prevence cévních mozkových příhod. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 46-55. ISSN 1212-6152. **Sig. SVK PK: 35A1303/2012**
25. ŠKODA, Ondřej. Léčba ischemických CMP v České republice – pohled neurologa. *Postgraduální medicína*. 2016, roč. 18, č. 3, s. 250-255. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-ischemicky-ch-cmp-v-ceske-republice-pohled-neurologa-482355>. **Sig. SVK PK: 36A2349, t. č. jako příručka v čítárně časopisů**
26. ŠPINAR, Jindřich, ŠPINAROVÁ, Lenka a VÍTOVEC, Jiří. Studie FOURIER přepisuje guidelines sekundární prevence. *Remedía*. 2017, roč. 27, č. 2, s. 179-181. ISSN 0862-8947. (o rizikových faktorech a farmakoterapii aterosklerotických příhod) **Sig. SVK PK: 36A1405 t. č. jako příručka v čítárně časopisů**
27. ton. Léčba CMP je už hašení požáru, důležitá je prevence. *Medical tribune*. 2015, roč. 11, č. 13, s. F1, F5. ISSN 1214-8911. Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/clanek/36476-lecba-cmp-je-uz-haseni-pozaru-dulezita-je-prevence>. **Sig. SVK PK: 37A242/2015**
28. URBÁNKOVÁ, Šárka, NEUMANN, Jiří a POTMĚŠILOVÁ, Hana. Cévní mozková příhoda a role médií v informovanosti veřejnosti. *Hygiena*. 2013, roč. 58, č. 4, s. 162-166. ISSN 1214-6722. Dostupné také z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2013-4-05-full.pdf>. **Sig. SVK PK: 36A3389/2013**

Elektronické dokumenty

29. Současný výzkum (od 2017). In: *HOBIT: HOdina Biologie pro živoT* [on-line]. Brno: FNUSA (ICRC), [b.r.] [cit. 10.8.2017] Dostupné z: <https://www.projekthobit.cz/index.php/cz/vyzkum>.
30. Zdravotní gramotnost mladých dospělých. In: *Zdravotní gramotnost* [on-line]. Praha: Národní síť podpory zdraví, [b.r.] [cit. 11.8.2017]. Dostupné z: <http://zdravotnigramotnost.cz/zdravotni-gramotnost-mladych-dospelych/>.
knižní verze: JANOVSÁ, Kateřina et al. *Zdravotní gramotnost dětí, mladých dospělých, dospělých, seniorů*. Praha: Národní síť podpory zdraví, 2016. 4 svazky (14; 18; 18; 18 s.). ISBN 978-80-270-1271-8. **Sig. SVK PK: 391A68982**
31. *Zemřelí: 2015* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016 [cit. 10.8.2017]. 161 s. Zdravotnická statistika. ISBN 978-80-7472-157-1. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>. (zemřelí na cévní nemoci mozku, statistiky od r. 1970)
32. ZVOLSKÝ, Miroslav. *Hospitalizovaní a zemřelí na cévní nemoci mozku v ČR v letech 2003–2010* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [cit. 7.8.2017]. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/03_12.pdf.