



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Petra Jůdová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

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

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Svobodová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 26.3. 2013

.....  
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Šárce Svobodové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Poděkování patří také mé klientce za výbornou spolupráci.



## **Anotace**

Příjmení a jméno: Petra Jůdová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Svobodová

Počet stran: číslované: 59, nečíslované: 11

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: Cévní mozková příhoda - mozek - ošetrovatelská péče – rizikové faktory - prevence

## **Souhrn:**

Hlavním obsahem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta po cévní mozkové příhodě během hospitalizace na oddělení následné péče. V teoretické části je stručně popsána anatomie mozku, míchy a fyziologie cévního zásobení mozku. Dále je tato část práce zaměřena na cévní mozkovou příhodu – její typy, klinické příznaky, rizikové faktory, diagnostiku a terapii. Druhá polovina teoretické části je věnována ošetrovatelské péči aplikací modelu Marjory Gordonové a úloze sestry v prevenci cévní mozkové příhody. V praktické části je vypracována kazuistika klientky po ischemické cévní mozkové příhodě a sestaven ošetrovatelský proces včetně edukačních plánů. V závěru práce je shrnuta problematika, která toto onemocnění může doprovázet.

## **Annotation**

Surname and name of the author: Petra Jůdová

Department: Department of Nursing Care and Midwifery

Title of the work: The nursing care of patient after stroke

Academic advisor: Mgr. Šárka Svobodová

Number of pages: 59, unnumbered pages: 11

Number of annexes: 5

Number of titles from literature: 30

Key words: Cerebrovascular akcident - brain - nursing care - risk factors - prevention

### Summary:

This bachelor thesis deals with the nursing care of patient after a cerebrovascular accident during his hospitalization in the longterm residential care hospitals. A theoretical part briefly describes the anatomy of the brain and the spinal cord, the physiology of the vascular supply of the brain is also included. This part is also focuses on the general characteristics of cerebrovascular accident – kinds of cerebrovaskular accident, clinical symptoms, risk factors, diagnostics and therapy. The second part acquaints readers with the nursing care which uses the model of Marjory Gordon and the role of nurse in the prevention of cerebrovaskular accident. The practical part covers client case study after cerebral ischemia. It also describes the nursing care including the educational plan. The thesis concludes with summig up problems, which can occur during this illness.

# Obsah

Úvod.....	10
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 CENTRÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM.....</b>	<b>11</b>
1.1 Cévní zásobení mozku.....	12
<b>2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Cévní mozkové příhody ischemické.....	14
2.1.1 Rozdělení ischemické cévní mozkové příhody.....	15
2.2 Hemoragické cévní mozkové příhody.....	16
2.2.1 Intracerebrální hemoragie.....	16
2.2.2 Subarachnoidální krvácení.....	16
2.3 Rizikové faktory.....	17
2.4 Primární a sekundární prevence.....	17
2.5 Příznaky.....	18
2.6 Diagnostika.....	18
2.7 Terapie.....	19
2.8 Organizační péče.....	21
2.8.1 Přednemocniční péče.....	21
2.8.2 Nemocniční péče.....	21
2.8.3 Následná péče.....	22
<b>3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....</b>	<b>23</b>
3.1 Oblast vnímání zdravotního stavu –řízení zdraví.....	23
3.2 Výživa a metabolismus.....	23
3.3 Vylučování.....	24
3.4 Aktivita, cvičení.....	25
3.4.1 Polohování.....	25

3.4.2	Nácvik soběstačnosti .....	26
3.5	Spánek a odpočinek .....	27
3.6	Vnímání, poznávání .....	27
3.7	Sebekoncepce, sebeúcta .....	28
3.8	Plnění rolí, mezilidské vztahy .....	29
3.9	Sexualita.....	30
3.10	Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance .....	30
3.11	Víra, přesvědčení, životní hodnoty .....	31
4	ÚLOHA SESTRY V PREVENCI .....	32
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	33
5	FORMULACE PROBLÉMU.....	33
6	CÍL A ÚKOL PRÁCE.....	33
7	VZOREK RESPONDENTŮ .....	33
8	KAZUISTIKA .....	34
8.1	Anamnéza .....	34
8.2	Resumé předchozí hospitalizace .....	34
8.3	Vyšetření celkového stavu při přijetí.....	35
8.4	Měření dle škál u klienta při příjmu na oddělení následné péče.....	36
8.5	Průběh hospitalizace, konziliární vyšetření.....	36
8.6	Současný stav .....	40
9	ZPRACOVÁNÍ DAT DLE MODELU MARJORY GORDON.....	41
9.1	Sběr informací dle modelu Marjory Gordon .....	41
9.1.1	Vnímání zdraví .....	41

9.1.2	Výživa a metabolismus .....	41
9.1.3	Vylučování .....	41
9.1.4	Aktivita a cvičení.....	42
9.1.5	Spánek a odpočinek .....	42
9.1.6	Vnímání a poznávání .....	42
9.1.7	Sebepojetí a sebeúcta .....	42
9.1.8	Role, vztahy.....	42
9.1.9	Reprodukce a sexualita.....	43
9.1.10	Stres, zátěžové situace .....	43
9.1.11	Víra, životní hodnoty.....	43
10	<b>OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN .....</b>	<b>44</b>
10.1	Aktuální krátkodobé ošetřovatelské diagnózy .....	44
10.2	Aktuální ošetřovatelské diagnózy .....	45
10.3	Potencionální ošetřovatelské diagnózy .....	50
10.4	Podporující ošetřovatelské diagnózy .....	51
11	<b>EDUKAČNÍ PLÁN .....</b>	<b>52</b>
11.1	Edukace klientky v oblasti zdravého životního stylu .....	52
11.2	Edukace klientky ohledně správného užívání předepsaných léků.....	53
12	<b>DISKUZE .....</b>	<b>54</b>
	Závěr.....	59
	Seznam zdrojů .....	60
	Seznam příloh.....	63
	Přílohy .....	64

## Úvod

Cévní mozková příhoda je akutní příhoda, při níž dochází k poškození mozkové tkáně. Jedná se o závažné invalidizující onemocnění s vysokou mortalitou, které postihuje stále více lidí. Cévní mozková příhoda se řadí na druhé až třetí místo mezi příčiny úmrtí vůbec, ale je i nejčastější příčinou invalidity. Ročně postihne toto onemocnění v České republice až 40.000 lidí. Jedna třetina pacientů umírá, hlavně z důvodů, že přijdou k залечení cévní mozkové příhody pozdě, 45% pacientů jsou ochrnuty na polovinu těla v různém stupni, 22% pacientů mají poruchu chůze a 15% představuje pacienty s poruchou řeči. Cévní mozková příhoda může postihnout zcela zdravého jedince a výskyt tohoto postižení se posunuje do stále nižšího věku, což může být ovlivněno nezdravým životním stylem a u žen s poruchou krevní srážlivosti také užíváním hormonální antikoncepce. Riziko vzniku mozkové příhody se zvyšuje množstvím rizikových faktorů u daného jedince. Některé z nich jsou ovlivnitelné jako je pohybová aktivita, udržování optimální tělesné hmotnosti, zlepšení jídelníčku, omezení soli, tuků a cukrů. Dalším ovlivnitelným faktorem je omezení kouření i nadměrná konzumace alkoholu, dodržování pravidelných preventivních kontrol u praktického lékaře a vyvarování se trvalých stresových situací. Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří věk, rodinná dispozice a pohlaví.

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě dlouholeté praxe v Nemocnici následné péče v Horažďovicích, kde denně pečuji o klienty po cévní mozkové příhodě. Ošetrovatelská péče a rehabilitace je u tohoto onemocnění dlouhodobá a je fyzicky i psychicky náročná, jak pro klienta, tak i pro ošetroující zdravotnický personál. Vzhledem k tomu, že se člověk na základě tohoto onemocnění stává více či méně závislým na svém okolí, je zde důležitá i spolupráce rodiny, která napomáhá k překonávání překážek tohoto postižení. Ve své práci se zaměřuji na ošetrovatelskou péči a snažím se zachytit nejčastější problémy těchto klientů v následné péči. Ne vždy je ošetroující zdravotnický personál dostatečně informován o příčinách, terapii a komplikacích související s cévní mozkovou příhodou. Naplánováním ošetrovatelského procesu bych ráda informovala všeobecné sestry o možných ošetrovatelských diagnózách a jejich realizaci do ošetrovatelské péče. Důležitou součástí ošetrovatelského procesu je i vytvoření edukačních plánů, které umožňují klientovi a jeho rodině se podílet na kvalitní poskytované péči.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CENTRÁLNÍ NERVOVÝ SYSTÉM

### Mozek

Mozek je životně důležitý orgán, který je sídlem našeho vědomí, kontroluje a řídí naše tělesné funkce. Je uložen v dutině lebeční a jeho váha se pohybuje mezi 1300 - 1400 g. Mozek je v dutině lebeční ještě chráněn vazivovými obaly, které tvoří tvrdá mozková plena (dura mater), pavučnice (arachnoidea) a měkká plena mozková (pia mater). V prostoru mezi pavučnicí a měkkou plenou se nachází mozkomíšní mok, ve kterém mozek plave a tím je mechanicky chráněn proti otlaku vlastní vahou nebo před otřesy při chůzi. Anatomicky má mozek čtyři hlavní části, koncový mozek (telencephalon), mezimozek (diencephalon), mozeček (cerebellum) a mozkový kmen (truncus encephali). Největší část mozku představuje koncový mozek rozdělený na dvě hemisféry pravou a levou. Hemisféry jsou spojeny ve střední čáře svazkem bílé hmoty tzv. kalózní těleso (corpus callosum). Povrch hemisfér tvoří šedá mozková kůra (cortex cerebri), zprohýbaná do mnoha závitů (gyry). Pod mozkovou kůrou tvořenou hlavně nervovými buňkami je silná vrstva bílé hmoty, kde jsou uložena bazální ganglia. Ty funkčně zajišťují zpracování iniciačních impulsů pro hybnost. Nachází se zde i nejvyšší řídicí centrum pro většinu funkcí nervového systému. Kůra hemisféry svými hlubokými zářezy od sebe odděluje mozkové laloky, jejichž názvy odpovídají názvům lebečních kostí. Čelní lalok (lobus frontalis) je centrem motoriky a řeči. Temenní lalok (lobus parietalis) je centrem senzitivním pro tělesné vjemy jako je teplota, bolest, dotek, tlak. Týlní lalok (lobus occipitalis) v němž je uloženo zrakové centrum a ve spánkovém laloku (lobus temporalis) sídlí centrum sluchu, které je schopné rozpoznat zvuky dle výšky, hlasitosti i tónu. Mezimozek je uložen mezi hemisférami koncového mozku. Skládá se z bazálních částí, kterou tvoří hypothalamus, subthalamus a dorzální části skládající se z thalamu, epithalamu a metathalamu. Thalamus je podkorové senzitivní centrum nazývané tzv. bránou vědomí, neboť přes thalamus probíhají všechny senzitivní dráhy do mozkové kůry. K thalamu se připojuje hypothalamus, jenž představuje řídicí centrum autonomních, endokrinních, ale i tělesných funkcí jako je hlad, žízeň, emoce, řízení tělesné teploty a má vliv na sexuální chování. Další součástí mozku je mozkový kmen složený z prodloužené míchy (medulla oblongata), Varolova mostu (pons Varoli), středního mozku (mesencephalon). V mozkovém kmeni jsou umístěna velmi důležitá centra řídicí dýchání, činnost srdce i trávicího traktu. Jsou zde

uložena i většina jader hlavových nervů. Mezi hlavovými nervy je síť nervových buněk tzv. retikulární formace kudy probíhají vzestupné a sestupné dráhy nervové. Řada důležitých reflexů pro příjem potravy i obranných reflexů se uskutečňuje ve Varolově mostu a prodloužené míše. Na dorzální straně mozkového kmene se nachází mozeček, který se podílí na řízení a koordinaci pohybů, reguluje svalový tonus, udržuje rovnováhu. (Rokyta, 2009)

## **Mícha**

Mícha hřbetní (medulla spinalis) probíhá páteřním kanálem začínající za prvním krčním obratlem (C1) a končící ve výši druhého bederního obratle (L2). Kaudální pokračování míchy tvoří nitkovitý provazec (filum terminale), a kořeny lumbálních i sakrálních míšních nervů tvořící chvost podobný koňskému ohonu tzv. cauda equina. Mícha se skládá z 31 segmentů odpovídající jednotlivým obratlům a z každého segmentu vystupuje jeden pár míšních nervů. Míšní nerv vzniká spojením předního a zadního míšního kořene. Přední kořeny vedou odstředivá vlákna a zadní kořeny dostředivá vlákna. Na průřezu hřbetní míchou je uprostřed kanálek (canalis centralis) obklopený šedou hmotou ve tvaru motýla a okolo je bílá hmota jako plášť. V šedé hmotě jsou nervové buňky, které se člení prostorově na sloupce a na řezu se jeví jako rohy. Zadní sloupce tvoří buňky sensitivní, přední motorické, postranní autonomní. Bílá hmota je tvořena nervovými vlákny obalená myelinovou pochvou. Svazky vláken v centrálním nervovém systému se nazývají dráhy. Bílá hmota se člení na provazce, kdy zadní provazce tvoří vzestupné sensitivní dráhy, přední sestupné motorické dráhy a postranní vedou motorické i sensitivní dráhy. Mícha plní převodní i reflexní funkce a je podřízena ve své činnosti mozku. (Rokyta, 2009)

### **1.1 Cévní zásobení mozku**

Normální funkce mozku je závislá na nepřetržité dodávce kyslíku a glukózy tepennou krví, kterou zajišťují tzv. čtyři magistrální tepny – dvě vnitřní krkavice (arteriae carotis internae) a dvě vertebrální tepny (arteriae vertebrales). Karotické tepny vyživují 85% mozkové tkáně, zejména čelní, temenní a spánkové laloky obou hemisfér mozku. Vnitřní krkavice se dále větví po vstupu do nitrolebí na přední a střední mozkovou tepnu (arteria cerebri anterior a arteria cerebri media). Kmen mozkový, vnitřní části spánkového laloku a týlní lalok zásobují vertebrální artérie, které se asi po 3 cm průběhu spojují do nepárové baziliární tepny (arteria basilaris). Ta se opět rozdělí na dvě zadní mozkové tepny (arteriae cerebri posteriores). Na spodině mozku se všechny tyto mozkové tepny



propojují tepennými spojkami a vytváří Willisův arteriální okruh (circulus arteriosus Willisii). Funkcí Willisova okruhu je dostatečné a vyrovnané krevní zásobení mozku, neboť umožňuje do jisté míry kompenzovat poruchy dodávky krve v jedné z přívodných tepen. Ke své optimální funkci vyžaduje mozková tkáň přítok krve u dospělého člověka asi 750ml krve/min. Krev z mozku odvádí žíly hluboké a povrchové, které vyúsťují do systému mozkových splavů uložených v tvrdé pleně a odtud se odvádí žilní krev z dutiny lebeční do hrdelní žíly (vena jugularis interna). (Jedlička, 2005, Kalvach, 2010)

## 2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

*„Cévní mozkové příhody (CMP) jsou podle WHO (World Health Organization) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu“.* (Nevšímalová, 2002, s. 171)

Cévní mozková příhoda (dále jen CMP) neboli iktus je závažné náhle vzniklé postižení mozkových krevních cév, při kterém došlo k ucpání cévy krevní sraženinou (ischémie), zúžení cév (stenóza) anebo prasknutí cévy. Akutní cévní mozkové příhody rozlišujeme podle hlavní příčiny na ischemické ikty, které tvoří 80% případů. Hemoragické ikty představují 20% případů, z nichž je 15% intracerebrálních hemoragií (krvácení dovnitř mozku) a 5% subarachnoidálních hemoragií (krvácení do subarachnoidálního prostoru). (Nevšímalová, 2002)

### 2.1 Cévní mozkové příhody ischemické

Ischemické cévní mozkové příhody jsou nejčastější typy. Vznikají po uzávěru nebo zúžení tepny nebo při nedostatečném přítoku krve do mozku. Stenóza je způsobena narůstajícím aterosklerotickým plátem určité tepny, přičemž při uzavření dochází k blokadě cévy trombem (krevní sraženinou) nebo embolem (vmetkem). O trombóze hovoříme pokud dojde k blokadě artérie mozku způsobenou krevní sraženinou, která vzniká v systému krevních cév. Embolie je blokáda způsobená odloučením trombu, který vznikl na jiném místě a pomocí krevního toku je přiveden do mozku. Optimální mozková perfúze je v rozmezí 50-60ml krve na 100g mozkové tkáně za minutu. K ischemickým iktům dochází v důsledku kritického snížení mozkové perfúze části nebo celého mozku. Poklesne-li krevní průtok na hodnotu 20ml/min na 100g mozkové tkáně dochází k projevům ischémie, při které nastává reverzibilní (přechodné) omezení funkce neuronu. Klinickými příznaky je nepozornost, závratě, mdloba. K ireverzibilním (nenávratným) změnám struktury neuronů vede pokles krevní perfúze až pod hodnotu 10ml/min na 100mg mozkové tkáně. (Kalita, 2006, Ambler, 2011)

## 2.1.1 Rozdělení ischemické cévní mozkové příhody

### 1) Podle mechanismu vzniku

- obstrukční (okluzivní) - dochází k uzávěru cévy trombem nebo embolem
- neobstrukční-vznikají z hypoperfúzních příčin regionálních a systémových

V současné době rozlišujeme základní subtypy mozkových infarktů:

- aterotromboticko-embolický okluzivní proces velkých a středních arterií (makroarteriopatie) 40%,
- arteriopatie malých cév (mikroarteriopatie-lakunární infarkty) 20%
- kardiogenní embolizace 16- 20%,
- ostatní, kam řadíme koagulopatie, hemodynamické- hypoxicko-ischemické příčiny, neaterosklerotické poruchy a infarkty z nezjištěné příčiny 4%.

### 2) Podle vztahu tepenného povodí:

- teritoriální infarkty - vznikají embolickým nebo místním trombotickým uzávěrem terminální větve, skupiny větví nebo hlavního kmene větší mozkové tepny,
- interteritoriální infarkty - vyskytují se na rozhraních zásobovaných ze dvou nebo více mozkových tepen,
- lakunární infarkty - vznikají poruchou oběhu v tepénkách (arterioly) zásobující bazální ganglia, talamus, mozkový kmen anebo v oblasti kortikálních penetrujících arteriol.

### 3) Podle časového průběhu:

- TIA- tranzitorní ischemická ataka je ložisková dysfunkce v důsledku nedostatečného prokrvení mozku s odeznívajícími příznaky nejpozději do 24 hodin. Tato ataka je významným rizikovým faktorem vzniku ischemického iktu způsobená nejčastěji stenózou tepny, malou embolií či trombózou,
- RIND- reverzibilní ischemický neurologický deficit je ischemický výpad funkce s trvajícím příznaky déle než 24 hodin a zcela odezní do 3 týdnů,
- ES (evolving stroke)- vyvíjející se iktus je postupně narůstající ložisková hypoxie mozku, kdy dochází k progresi klinických příznaků. Vzniká na základě narůstajícího trombu,
- CS (completed stroke)- dokončený iktus je ireverzibilním ložiskovým výpadkem mozkové funkce. (Bednařík, 2010, Kalita, 2006)

## **2.2 Hemoragické cévní mozkové příhody**

Při hemoragickém iktu se zhoršuje krevní zásobení vlivem poškození cévní stěny. Méně časté hemoragické cévní mozkové příhody vznikají rupturou (prasknutím) mozkové tepny a následném krvácení intracerebrálně nebo subarachnoidálně. Nejčastější příčinou je hypertenze (40% až 50%), ateroskléróza, vaskulitidy, antikoagulační terapie a další.

U hemoragických příhod bývá prognóza velmi závažná. Náhlým krvácením dochází v dutině lebeční ke zvýšení nitrolebního tlaku a tím dochází k rychlému rozvoji příznaků. Při masivním krvácení následuje otok mozku s následným útlakem důležitých center pro srdeční činnost a dýchání. (Kalina, 2008)

### **2.2.1 Intracerebrální hemoragie**

Intracerebrální krvácení (dále jen ICH) je způsobeno rupturou cévní stěny některé mozkové tepny provalením krve do mozkové tkáně. Tyto mozkové příhody mají daleko větší procento úmrtnosti než příhody ischemické. Krvácení rozlišujeme v závislosti na výši krevního tlaku, velikosti ruptury cévní stěny a odporu mozkové tkáně na tříštivé, globózní nebo ohraničené. Mezi častější ICH patří tříštivé, které vznikají rupturou cévní stěny v důsledku chronické arteriální hypertenze zejména v oblasti centrálních perforujících tepen s následným krvácením do bazálních ganglií, talamu, vnitřního pouzdra a méně často do mozečku nebo mozkového kmene. Je zde velká mortalita pro významnou destrukci mozku. Globózní krvácení bývá způsobeno rupturou cévní anomálie a prognóza je zde daleko příznivější, neboť nedochází k destrukci mozkové tkáně, nýbrž k pouhému roztlačení tkáně. Dalšími příčinami ICH jsou komplikace medikamentózní koagulační a trombolytické terapie. (Kalvach, 2010, Seidl, 2004)

### **2.2.2 Subarachnoidální krvácení**

V subarachnoidálním prostoru dochází ke krvácení většinou z patologicky rozšířené, oslabené cévy (aneurysmatu). Oslabení cévní stěny na predilekčních místech bývá vrozeného původu. Při subarachnoidálním krvácení (dále jen SAK) proniká krev do prostoru mozkových obalů obklopující mozek. Masivní krvácení vede k rychlé destrukci mozku a může se komplikovat rozvojem cévních spasmů, které někdy bývají příčinou mozkového infarktu. Nejčastější lokalizací, kde dochází k prasknutí aneurysmatu, jsou tepny Willisova okruhu nebo odstupy hlavních mozkových tepen. Dalšími příčinami vzniku ruptury cévy jsou různé arteriovenózní malformace, hypertenze, terapie antikoagulancii. SAK je závažné neurologické onemocnění s velmi vysokou úmrtností.

Typickým příznakem subarachnoidálního krvácení je náhle vzniklá silná bolest hlavy často po rozčilení, defekaci nebo zvýšené tělesné námaze. Tento stav je velmi často doprovázen zvracením, ztuhnutím šíje nebo přechodnou ztrátou vědomí.

Prognózu onemocnění a následnou terapii posuzujeme z velké části na základě objektivního nálezu stavu nemocného. Ke klinické klasifikaci nám slouží stupnice podle Hunta a Hesse tzv. grading systém. (Feigin, 2007, Kubrická, 2012)

### **2.3 Rizikové faktory**

Dle autora Herziga rizikové faktory dělíme do dvou skupin. Mezi neovlivnitelné faktory řadíme dědičné dispozice, věk, pohlaví a rasový původ. Druhou skupinou jsou ovlivnitelné rizikové faktory, které vyplývají ze životního stylu i chování jedince. Mezi nejznámější patří aktivní i pasivní kouření, zvýšená konzumace alkoholu, užívání drog s povzbuzujícím účinkem, nezdravá strava, obezita, nedostatek pohybu, ale i užívání antikoncepčních pilulek. Do skupiny ovlivnitelných rizikových faktorů řadíme hlavně medicínské rizikové faktory. Mezi ně patří hypertenze, vysoká hladina cholesterolu v krvi, ateroskleróza, srdeční onemocnění, diabetes mellitus a migrény. Většina těchto rizikových faktorů se navzájem ovlivňují a kombinace několika rizik najednou zvyšují větší pravděpodobnost vzniku iktu. (Herzig, 2008)

### **2.4 Primární a sekundární prevence**

Cílem primární prevence CMP je snížení rizika vzniku a eliminace významných rizikových faktorů tohoto onemocnění. Z hlediska prevence jsou podstatnější ovlivnitelné faktory, kde úpravou životního stylu a správnou léčbou nemocí, které spadají do medicínských rizikových skupin, zamezíme zvýšenému riziku vzniku cévní mozkové příhody. Nejzávažnějšími rizikovými onemocněními je arteriální hypertenze, srdeční poruchy a diabetes mellitus.

Sekundární prevence, jejichž hlavním cílem je snížení rizika recidivy iktu, je zaměřená na farmakologické a nefarmakologické intervence. Účinnými složkami sekundární prevence je úprava rizikových faktorů, antiagregační, antikoagulační terapie doplněná neurochirurgickými a endovaskulárními výkony. Další významnou součástí sekundární prevence u nemocných, kde proběhla cévní mozková příhoda, je intenzivní rehabilitace a psychoterapie. (Feigin, 2007, Seidl, 2004)

## 2.5 Příznaky

Klinické projevy iktu jsou velmi rozmanité a odvíjí se od lokalizace procesu, závisí na velikosti porušení cévy, rychlosti rozvoje příhody a celkovém stavu nemocného. Mezi nejčastější příznaky řadíme poruchu hybnosti končetin částečnou (paréza), úplnou (plegie) nebo zhoršení hybnosti na jedné polovině těla (hemiparéza, hemiplegie). U hemisferálních iktů je ochrnutí končetin přítomno kontralaterálně k lokalizaci infarktu. Pokud dojde k ischémii v povodí arteria cerebri media je ochrnutí více vyjádřeno na horní končetině a také v oblasti mimického svalstva. V případě postižení arteria cerebri anterior je významnější porucha hybnosti na dolní končetině a mohou se objevovat i výrazné psychické poruchy. Často se vyskytuje kontralaterální porucha citlivosti i porucha zorného pole. Výpadek poloviny zorného pole nazýváme hemianopsií. Subjektivně mohou pacienti udávat brnění a mravenčení (parestézie), sníženou citlivost (hypestezie), ale i úplnou ztrátu čítí (anestezie). Při poruchách vyšší nervové činnosti jsou nejčastěji narušeny fatické funkce, jako je porucha řeči a porozumnění (afázie), poruchy výslovnosti (dysatrie), postižení schopnosti číst (alexie) a psát (agrafie). Mohou nastat obtíže s polykáním (dysfagie). Dále se projevují poruchy koordinace pohybů, ztráta rovnováhy, závratě, které ohrožují pacienta nečekaným pádem. Náhlé bolesti hlavy doprovázené nauzeou a zvracením jsou dalšími varovnými signály cévní mozkové příhody. V některých případech dochází k poruchám vědomí, které rozlišujeme na kvantitativní a kvalitativní. Mezi kvalitativní poruchy vědomí patří stavy zmatenosti (amentní stavy), halucinace, mráкотný stav (obnubilace), u kvantitativních se vyskytují tři stádia poruch vědomí somnolence, sopor a kóma. Tyto varovné příznaky se mohou projevit samostatně nebo v jakékoliv kombinaci a doba trvání těchto symptomů je od několika vteřin až po 24 hodin. Při podezření na mozkový iktus je nezbytně nutné vyhledat lékařskou pomoc. Velice často se například náhle vzniklá bolest bagatelizuje a je mylně spojována s obtížemi vertebrogenního původu nebo migrénou. (Feigin, 2007, Tyrliková, 2005)

## 2.6 Diagnostika

Důležitou součástí diagnostiky cévní mozkové příhody je podrobný rozbor anamnestických údajů a klinického obrazu. Ke stanovení příčiny iktu jsou pomocná laboratorní biochemická, hematologická a imunologická vyšetření, která nám umožní zjistit řadu patologických stavů, například poruchu krevní srážlivosti, zvýšenou hladinu lipidů, zmnožení či úbytek krevních elementů nebo známky zánětu. Pro správnou

diagnostiku, zda se jedná o ischemický či hemoragický iktus je rozhodující zobrazovací metoda CT mozku. Pokud se jedná o ischemii jsou na CT (výpočetní tomografie) změny patrné až za 48 hodin, pro akutní vyšetření nebývá pozitivní. U hemoragického iktu nám s vysokou přesností prokáže, zda je přítomno intracerebrální či subarachnoidální krvácení a tyto informace jsou rozhodující k indikaci chirurgických intervencí. Dalšími diagnostickými kroky je zhodnocení interního, neurologického stavu pacienta, monitorace EKG, sonografické vyšetření karotických a vertebrálních tepen, eventuelně neurofyziologické metody jako je EEG (elektroencefalografie). Sonografie je velice přínosná neinvazivní metoda, která nám zobrazuje cévní stěnu a průtok krve cévou tzv. dopplerovská sonografie. Tato metoda nám umožňuje vyšetřit i artérie v nitrolebí nazývaná transkranální dopplerovská sonografie. Dalším dostupným vyšetřením je angiografické vyšetření pomocí DSA (digitální subtrakční angiografie). Jedná se o invazivní metodu, kdy nástřikem kontrastní látky do cévního řečiště se provede rentgenové snímkování a počítačovým zpracováním se prokáže uzávěr, zúžení a jiné abnormality cévního řečiště. Časně stádium ischemického postižení nám zobrazí MRI (nukleární magnetická rezonance) nebo SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) podle níž můžeme hodnotit perfúzní rezervy mozku tzv. cerebrovaskulární rezervu. Do nukleárních metod dále spadá PET (pozitronová emisní tomografie), která zobrazuje pomocí značených izotopů mozkovou perfúzi a prokáže metabolické změny v mozku, především u cévní mozkové příhody spotřebu kyslíku a metabolismus glukózy. I přes svůj mimořádný význam nejsou tyto nukleární metody běžně používanými vyšetřeními, pro svojí vzácnou dostupnost a značnou finanční náročnost. (Nevšímalová, 2002, Seidl, 2004)

## 2.7 Terapie

Léčba ischemického iktu je závislá na časovém faktoru tzv. terapeutické okno, což je časový interval od vzniku příznaků do stanovení diagnózy. Pokud je nemocný dopraven na specializovanou JIP (jednotka intenzivní péče) či iktovou jednotku do 4,5 hodin je možné provést intravenózní trombolýzu. Tato léčba byla schválena v České republice v roce 2003 k použití, kdy časové okno bylo označováno do 3 hodin od vzniku příznaků. V roce 2008 byly publikovány výsledky studie ECASS III (European Cooperative Acute Stroke Study), jejímž cílem bylo zhodnotit účinnost a bezpečnost intravenózní trombolýzy v prodlouženém terapeutickém okně mezi 3 - 4,5 hodinou. Výsledky této studie hovoří o jasných datech prospěšnosti a bezpečnosti prováděné intravenózní trombolýzy do 4,5 hodin od vzniku příznaků. Trombolýzu rozlišujeme intravenózní a intraarteriální,

při které dochází použitím rekombinantního tkáňového aktivátoru plazminogenu (rtPA) k rozpuštění krevní sraženiny v cévním řečišti a následnému obnovení průchodnosti (rekanalizaci) cévy. Intraarteriální trombolýza, kde terapeutické okno tvoří 6 hodin od začátku příhody, je metoda při níž se během angiografického vyšetření zavede do artérie blokováne trombem speciální mikrokátetr, kterým se lokálně aplikuje trombolytikum přímo do krevní sraženiny. Tato metoda se považuje za šetrnější z hlediska podání až 10 krát nižšího množství léku než je u intravenózní trombolýzy. Další využití intraarteriální trombolýzy je v kombinaci s mechanickou, kdy se při katetrizaci zavede speciální nástroj, který mechanicky rozrušuje trombus a následně se odplaví nebo odsaje. Podáním nižší dávky trombolytika zabraňuje vzniku krvácivých komplikací. Další možností je kombinace trombolytické léčby s aplikací ultrazvuku (sonotrombolýza), kdy ultrazvukové vlnění způsobuje degradaci trombu a tím zesiluje trombolýzu. Z důvodů úzkého terapeutického okna, přísných kritérií léčby s řadou kontraindikací je trombolytická terapie pro většinu nemocných stále obtížně dostupná.

Konzervativní léčba se zaměřuje především na odstranění příznaků a následků. U všech pacientů je zahájena antiagregační terapie, která brání shlukování trombocytů a tvorbě destičkových trombů. K antiagregačním lékům patří preparáty kyseliny acetylsalicilové (Anopyrin, Aspirin). Antikoagulační terapie se indikuje u pacientů s vysokým rizikem mozkové embolizace, jejímž perorálním lékovým zástupcem je Warfarin. Dávkování tohoto léku je nutné podřídit laboratornímu monitorování tzv. Quickův protrombinový test. Dále se mohou indikovat nízkomolekulární hepariny (Fraxiparin). Základním lékem protiedémové terapie je Manitol. U nitrolební hypertenze je důležité zajistit pacientovi zvýšenou polohu hlavy a trupu na 30° nad podložkou, odstranění bolestivých podnětů, podávání analgetik, zajistit řádnou oxygenaci a udržování tělesné teploty. U hemoragií je důležitá korekce hypertenze a jsou kontraindikována antikoagulancia. Zásadní význam u hemoragických příhod má chirurgická terapie. (Bednařík, 2010, Pfeiffer, 2007, Hromová, 2010)



## **2.8 Organizační péče**

Organizace péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou hraje důležitou roli a lze ji rozdělit na přednemocniční, nemocniční a následnou rehabilitační péči.

### **2.8.1 Přednemocniční péče**

Základní podmínkou včasné hospitalizace je přivolání rychlé záchranné služby a dopravit nemocného co nejrychleji do příslušného zdravotnického zařízení. Hlavním úkolem zdravotnické záchranné služby je zajištění odborné neodkladné péče, na základě příznaků rozpoznání iktu a provést rychlý transport do nemocnice. Záchranářský tým by měl během transportu konzultovat stav pacienta s příslušným zdravotnickým zařízením a tím je jeho příjezd avizován a očekáván. K rychlému transportu může přispět i letecká zdravotnická záchranná služba. K zajištění účinné terapie většímu počtu nemocných a včasný transport do nemocnice závisí na trvale prováděné osvětě veřejnosti, kvalitní organizaci záchranné služby, vzdělávacích programech pro záchranáře a úzká spolupráce záchranářského týmu s nemocnicemi. Péče o pacienta záchranáři spočívá v zajištění vitálních funkcí a žilního přístupu, péče o dýchací cesty, podání kyslíku v případě hypoxie nebo dechové nedostatečnosti, symptomatická terapie dle stavu pacienta. (Herzig, 2008, Nevšimalová, 2002)

### **2.8.2 Nemocniční péče**

Léčba akutního stadia cévní mozkové příhody vyžaduje, co nejrychleji zahájit adekvátní terapii ve zdravotnickém zařízení, která zajistí pacientovi kvalitní diagnostické zázemí, ale i vysoce odbornou péči. Jedná se o centra pro náhlé mozkové příhody tzv. iktové jednotky, kde je potřebná koordinace více odborností, jak diagnostických, tak terapeutických především konzervativní i chirurgická. I přesto, že budování iktových jednotek se rozrůstá, pro svojí neúplnou dostupnost jsou pacienti s cévní mozkovou příhodou ve většině případů hospitalizováni na standardních interních nebo neurologických odděleních. Po příjezdu pacienta do nemocnice se provádějí následující diagnostické testy a vyšetření. Pacientovi jsou monitorovány vitální funkce, zajistí se neurologické i interní vyšetření, odběry biologického materiálu, lékařem jsou indikovány vyšetřovací metody jako je CT mozku, ultrazvukové vyšetření tepen a dle stavu pacienta jiná dostupná diagnostická vyšetření. Po stanovení diagnózy se zahajuje konzervativní a chirurgická terapie, významnou roli, zde hraje kvalitní ošetrovatelská péče a rehabilitace. Hospitalizace na akutním neurologickém oddělení je medicínsky opodstatněná po dobu 2 - 3 týdnů. Pokud dojde

ke klinické i neurologické stabilizaci stavu pacienta a jsou ukončeny diagnostické procesy, včetně stanovení příčin mozkového iktu, překládá se pacient na doléčení do nemocnice následné péče, rehabilitačních ústavů s intenzivní rehabilitací. (Herzig, 2008)

### **2.8.3 Následná péče**

Cílem následné ošetrovatelské a rehabilitační péče je podpora návratu mozkových funkcí, nácvik soběstačnosti při úkonech denních činností, motivace pacienta a jeho rodiny k aktivnímu přístupu. Zajistit péči logopeda při fatických poruchách a péči ergoterapeuta, který pomáhá při nácviku soběstačnosti. Důležitým kritériem rehabilitace je dosažení určitého stupně nezávislosti a navrácení pacienta do běžného života i přestože budou přetrvávat některá omezení. (Herzig, 2008)

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

Základním rysem ošetřovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Všeobecná sestra by měla vnímat nemocného člověka jako celek v jeho bio-psycho-sociální jednotě. Pokud dojde k poruše jedné z jejich částí je poruchou celého systému. Každý jedinec je individualita, která má své vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Sestra při vykonávání ošetřovatelské péče u pacientů s cévní mozkovou příhodou se zaměřuje na dané oblasti, které popisuje Marjora Gordonová ve svém ošetřovatelském modelu. Tento model je velmi praktický a lze ho lehce využít v nemocničním prostředí. Při shromažďování informací, má sestra možnost se zaměřit na problémy v jednotlivých oblastech a na jejichž základě stanovuje ošetřovatelské diagnózy, intervence a cíle ošetřovatelského plánu. (Farkašová, 2006)

#### **3.1 Oblast vnímání zdravotního stavu – řízení zdraví**

Sestra se zaměřuje na to, jak pacient vnímá svůj zdravotní stav, pohodu a jakým způsobem o své zdraví pečuje. Získává dále informace o tom, jak si pacient uvědomuje a zvládá rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem. Zda jeho vnímání zdravotního stavu odpovídá běžné aktivitě a plánům do budoucnosti, celkovou úroveň péče o zdraví. Sestra zároveň sleduje u pacienta dodržování lékařských a ošetřovatelských doporučení. (Farkašová, 2006)

#### **3.2 Výživa a metabolismus**

V této oblasti zjišťujeme možnosti přijímání stravy a tekutin vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Pokud se jedná o poruchu polykání (dysfagie) podáváme výživu enterální a parenterální formou. V případech enterální výživy sestra zavádí nazogastrickou sondu (dále jen NGS), která nám umožňuje podávat pacientovi všechny potřebné živiny, tekutiny i léky. Výživa je ve formě tekuté kašovitě diety a lze podávat i speciálně vyráběnou enterální výživu v podobě Nutrison Standart a jiné. Pomocí podávání enterální výživy je zachována výživa střeva. Nevýhodou zavedené sondy je určitý diskomfort pacienta a pokud není schopen pochopit momentální situaci, velice často dochází k vytažení sondy a

následně je nutné pacientovi končetinu fixovat. Pokud je doba neschopnosti přijímat stravu ústy delší než 6 týdnů, zvažuje se zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (dále jen PEG). Výživa pomocí PEG má oproti NGS řadu výhod, jako například možnost rehabilitace řeči, lépe se ošetřuje, může být zavedena dlouhodoběji a pacient je klidnější. Pravidelným vytíráním dutiny ústní glycerinovými tyčinkami s různými příchutěmi stimuluje chuťové buňky. Pokud je u pacienta polykací reflex zachován je nutné, aby pacient při příjmu stravy nebo tekutin byl v poloze vsedě, neboť může dojít k aspiraci stravy i tekutin. Při krmení pacienta vkládáme stravu do nepostížené poloviny úst a při dokrmení zjišťujeme, zda pacientovi nezůstaly zbytky potravy v dutině ústní. Příbuzní by měli být sestrou edukováni o nebezpečí aspirace a o vhodnosti formy podávané stravy. Vyváženost podávané stravy a dostatek energetického příjmu potravy je konzultován s nutričním terapeutem. Na doporučení můžeme podávat pacientovi doplňkové produkty v podobě tekuté stravy k popíjení (sipping) například Nutridrinky a zahušťovací produkty jako je Nutilis. V případě podávání parenterální výživy dbá všeobecná sestra na to, aby periferní žilní vstup nebyl zaveden v postižené končetině, dodržuje zásady sterility při aplikaci parenterální výživy a pečuje o žilní vstup. Sestra dbá o dostatečný příjem tekutin, aby nedošlo k dehydrataci pacienta a hodnotí stav kůže, nehtů, vlasů i chrupu a sleduje tělesnou váhu. (Mikšová, 2006, Laurenčíková, 2007)

### **3.3 Vylučování**

Po prodělané mozkové příhodě je velmi častá dysfunkce močového měchýře a tlustého střeva. Pokud se jedná o inkontinenci nebo retenci moče zavádíme permanentní močový katétr (dále jen PMK), který nám zajišťuje sledovat diurézu, hustotu moče a příměsi v moči. Permanentní močový katétr se snažíme ponechávat jen na dobu nezbytně nutnou z důvodu rizika vzniku infekce a při výměně i manipulaci dodržujeme zásady asepse. Při odstranění PMK, sestra začne u pacienta s nácvikem kontinence, kdy záleží na zdravotním stavu pacienta a jeho mobilitě. Sestra nabízí v pravidelných intervalech doprovod pacienta na toaletu, kde by měly být umístěny madla, které usnadňují pacientovi zvedání se z toaletní mísy. Je vhodné na toaletní mísu zajistit nástavec pro snadnější usedání či zvedání se. Při zhoršené pohyblivosti nabízí sestra podložní mísu nebo u mužů močovou láhev. Sestra používá u pacienta inkontinenční pomůcky, dbá o pravidelnou výměnu plenkových kalhot a zvýšenou hygienickou péči v oblasti genitálií pacienta. (Slezáková, 2007)

U vyprazdňování stolice se sestra zaměřuje na pravidelnost, konzistenci a barvu. Pacientovi je v případě obtížného vyprazdňování stolice nebo při zácpě (obstipaci) nutné podávat dostatek tekutin, vlákniny a v případě potřeby podávat léky na změkčení stolice či projímadla (laxantia). Sestra vede záznamy o vyprazdňování stolice a změny hlásí lékaři. Pokud se jedná o samovolný únik stolice je nutná pravidelná kontrola a výměna plenových kalhot, kdy sestra pečuje o zvýšenou hygienu kůže v intimních oblastech a používá ochranné krémy. Důležitým aspektem v péči o vyprazdňování je dodržování intimity pacienta a dostatečná edukace v této oblasti. (Slezáková, 2007)

### **3.4 Aktivita, cvičení**

Tato oblast zahrnuje péči o mobilitu, sebeděči a soběstačnost v oblékání, hygieně a stravování. S rehabilitací pacienta po CMP by se mělo začít co nejdříve, přičemž intenzita cvičení závisí na stavu pacienta a stupni postižení. Na základě rehabilitačního vyšetření stanovuje lékař léčebný rehabilitační program, kterým se řídí fyzioterapeut. Důležitou součástí tohoto programu je i nácvik soběstačnosti v každodenních aktivitách za pomoci ergoterapeuta. Všeobecná sestra volí při příjmu pacienta podle postižení uspořádání pokoje a zajistí přístupnou část lůžka z postižené strany. Noční stolek musí být pacientovi též přístupný z postižené strany. Pacienta ukládáme na polohovatelná lůžka a pokud vyhodnotí sestra riziko vzniku dekubitů, zajistíme antidekubitární matraci. Dále sestra vyhodnocuje soběstačnost pacienta na základě testů např. Barthelův test, Gordonové test a test funkční soběstačnosti – ADL. Tyto testy slouží k účelnému plánování rehabilitačního ošetřovatelství. Vzhledem ke stupni závislosti se provádí nácvik denních činností jako je změna poloh, přisedání, posazení, hygienické úkony, sebesycení a oblékání. (WHO, 2004, Vaňásková, 2004)

#### **3.4.1 Polohování**

Důležitou součástí rehabilitačního ošetřovatelství je polohování, kterým lze předejít ireverzibilním změnám v pozdějším období například kožní trofické změny, kloubní ztuhlost, nadměrná spasticita. Polohování se provádí v pravidelných 2-3 hodinových intervalech a to i v noci. Nejprve provádíme tzv. pasivní polohování, ve kterém se poloha zajišťuje pomocí měkkých polštářů nebo srolovaných ručníků. Měli bychom se vyvarovat příliš silných stimulů kůže. Pokud se správné polohování provádí pravidelně a je součástí běžné praxe, pacient se rychle naučí, se do těchto poloh dostávat bez asistence, ale i bez podpůrných pomůcek. Správná manipulace a polohování zabraňují nechtěným

komplikacím. Nejčastěji polohujeme pacienta na záda, boky, polosedu a dbáme na to, aby uložení do určitých poloh bylo pohodlné a nebolestivé. K polohování pacienta používáme polohovací pomůcky různých tvarů a velikostí z molitanu či jiných speciálních hmot, polohovací dlahy, derotační botičky a další. Po konzultaci s fyzioterapeutem a následnou ukázkou jsou schopny sestry u lůžka se těmito polohovacími technikami naučit a zajistit pacientovi správné polohování 24 hodin denně. (WHO, 2004, Piecková, 2012)

### 3.4.2 Nácvik soběstačnosti

Cílem léčebné rehabilitace je podpora a nácvik soběstačnosti, aby byl pacient schopen vykonávat co nejvíce činností, aniž by ho omezovala jakákoliv zbytková invalidita. Proto musí být každodenní činnost zařazena do léčebného plánu již od počátku rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Při nácviku soběstačnosti je důležité vyvarovat se frustraci pacienta ze selhání a nastavit rehabilitační plán v rámci jeho schopností. Nutností je zajištění kompenzačních pomůcek jako je toaletní křeslo, mechanický vozík, pomůcky k osobní hygieně a sprchování. Nesmíme zapomenout na motivaci pacienta a podporu ze strany rodiny. (WHO, 2004, Vaňásková, 2004)

**Péče o hygienu** a svůj zevnějšek je základní lidskou potřebou. Úkolem sestry je zhodnotit úroveň soběstačnosti v oblasti hygieny. Do hygienické péče je zahrnuto ranní i večerní umývání, úprava nehtů, česání vlasů, celková koupel a péče o čistotu osobního i ložního prádla. Celkovou koupel je vhodné provádět sprchováním, neboť koupel ve vaně vyžaduje zajištění několika pomůcek jako jsou madla nainstalované na stěně u vany, protiskluzová podložka umístěná na dno vany, aby pacient nebyl ohrožen uklouznutím a následným pádem. Stříhání nehtů vyžaduje pomoc druhé osoby. Dbáme na pečlivou úpravu lůžka, prostěradlo a podložka by měly být napjaté, aby nedocházelo ke vzniku proleženin. Pravidelně ošetřujeme kůži vhodnými přípravky a kontrolujeme stav kůže na predilekčních místech. Při porušení kožní integrity neprodleně začínáme s jeho ošetřením a provedeme záznam do ošetřovatelské dokumentace. (WHO, 2004, Kovaříková, 2012)

**Péče o oblékání** spočívá ve volbě vhodného osobního prádla. U pacientů s hemiplegií nebo hemiparézou volíme oděv bez zipů, nejvhodnější je používání oblečení se suchými zipy nebo velkými knoflíky. Oděv by měl být volný, kalhoty na gumu, ne na zapínání. Do rukávů oblékáme nejprve plegickou ruku, při svlékání opačně a to platí i při navlékání

nohavic u kalhot. Důležitá je volba obuvi z hlediska pohodlnosti a aby obuv byla uzavřená. Účelná je obuv mokasínového typu nebo sportovní obuv na suché zipy. Pro snadné nazouvání je možné ze strany rodiny zajistit dlouhou obouvací lžici. (WHO, 2004, Kovaříková, 2012)

**Při nácviu sebesycení** je účelné servírování stravy na velkém podnose s protiskluzovou úpravou. Talíře s vyšší obrubou a válcové násady u příborů se uplatňují dobře. Hrneček by měl mít též válcový úchop pro snadnější manipulaci při pití. Doporučuje se používat i cyklistickou lahev. (WHO, 2004)

### **3.5 Spánek a odpočinek**

Spánek považujeme za zotavovací děj, kdy se nemocný zotavuje na lůžku, aby podpořil uzdravovací procesy. Sestra zjišťuje od pacienta anamnézu spánku, typ spánku, jeho kvalitu a délku. Porucha spánku může být v souvislosti se změnou prostředí, s obavami, bolestí, zvýšenou hlučností nebo neuskutečněním spánkových rituálů. Úkolem sestry je zjistit zvyklosti pacienta před spaním, dále provádí opatření zabezpečující klidný spánek jako je dopomoc při večerní toaletě, nastavení lůžka do nízké polohy, umístění signalizačního zařízení, tak aby bylo snadno dosažitelné, v některých případech zabezpečí lůžko bočnicemi. Při ukládání pacienta ke spánku, sestra zajistí vyvětrání i zatmění pokoje pomocí žaluzií a odstraní rušivé elementy např. vypnutím rádia, televize. V případě podávání léků na spaní dle ordinace lékaře, sleduje sestra účinek podaného léku a vše zaznamenává do dokumentace. K odpočinku je nutné pacientovi poskytnout klid a příjemné prostředí. (Mikšová, 2006)

### **3.6 Vnímání, poznávání**

V této oblasti se sestra zaměřuje na smyslové vjemy jako je zrak, sluch, čich, chuť, hmat a získává informace, jak se při poruchách určitý smysl kompenzuje anebo nahrazuje. Sleduje zda je pacient vybaven kompenzačními pomůckami např. brýlemi, naslouchadlem a pomáhá pacientovi s jejich manipulací, pokud to sám nezvládá. U pacienta dále zjišťujeme vnímání bolesti a hodnotíme bolest podle určených škál. Analgetika sestra podává na základě ordinace lékaře a účinky těchto léků zaznamenává do dokumentace. Edukujte pacienta o úlevových polohách a následně ho do těchto poloh ukládá. Další součástí oblasti vnímání a poznávání je řeč. U pacientů po CMP mohou být komunikační poruchy různého rozsahu. Mezi nejčastější patří Brockova motorická afázie, kdy si postižený poruchu

uvědomuje, má však potíže s vyjadřováním, nemůže najít správná slova, ale mluvenému projevu rozumí. Pokud se pacient snaží komunikovat, může stále opakovat jedno slovo nebo stejnou frázi, které postrádají smysl. Tato snaha může u pacienta vyvolávat hněv, pasivitu a odmítání komunikace se zdravotnickým personálem. Wernickeho senzická afázie se vyznačuje tím, že postižený si tuto poruchu neuvědomuje, mluví nesrozumitelně a nerozumí mluvenému projevu. Pacient mluví nápadně mnoho, řeč je překotná, ale postrádá informační hodnotu. Globální (totální) afázie je nejtěžší poruchou, kdy jsou narušeny všechny složky řeči porozumění, opakování slov, pojmenování a spontánní řeč. Pro sestru je důležitá spolupráce s logopedem, který by měl poskytnout odborné rady, jak s pacientem komunikovat a jak používat podpůrné pomůcky ke komunikaci. S postiženým je nutno mluvit v kratších jednoduše sestavených větách, normálním tempem a hlasitostí. Důležité je udržovat s pacientem oční kontakt, dotek rukou, klidnou atmosféru a vlídnost. Dále lze při komunikaci využívat gestikulaci a mimiku. Sestra by měla používat uzavřené otázky s možností odpovědi ano/ne nebo možností kývnutím hlavy a poskytnout pacientovi dostatek času na odpověď. Ke komunikaci používáme pomůcky v podobě karet s písmeny, abecedu, obrázky a afatický slovník. Tento obrázkový slovník je vytvořený s podstatnými i přídavnými jmény, slovesy a životními situacemi. Afázie sama o sobě neznamena narušení mentálních schopností a to zejména u motorické afázie, kdy porucha produkce řeči neznamena, že pacient nerozumí. (Cséfalvay, 2007)

### **3.7 Sebekoncepce, sebeúcta**

Tato oblast nám popisuje, jak pacient vnímá sám sebe a jakou má o sobě představu. Zvládání náročných životních situací pomáhá člověku zdravá sebeúcta, sebekoncepce, sebevědomí. Tyto oblasti bývají zasaženy právě při nemoci, kdy člověk pocítuje beznaděj, bezmocnost a nespokojenost. Narušenou sebekoncepci můžeme rozdělit do tří složek, z nichž první je narušený obraz na základě ztráty tělesných funkcí. Charakteristickými znaky je odmítání pohledu na své tělo, zakrývání se a nedotýkání se svého těla. Druhou složkou je změna v plnění role. Člověk má ve společnosti určité sociální role, které tvoří jeho osobnost. Omezení v plnění rolí doprovází pocity strachu, úzkosti a nejistoty. Poslední složkou je narušená osobní identita a sebeúcta, kdy se projevuje verbální negování sebe sama, nadměrná citlivost, známky deprese. Při posuzování je velmi důležitý rozhovor s nemocným, kdy rozhodující roli při komunikaci, sehrávají pocity pacienta. Sestra by neměla tyto pocity hodnotit ani bagatelizovat. Chování pacienta s nízkou sebekoncepcí se projevuje vyhýbání se očnímu kontaktu, schoulená postava, pomalá a



váhavá řeč, nadměrná kritičnost vlastní osoby, neschopnost zaujetí pozitivního stanoviska. Sestra by měla vést nemocného, aby vyjádřil své pocity, neboť tím dochází k odreagování a uvolnění napětí pacienta. Mnozí z nich však nedokáží o svých prožitcích mluvit a tím dochází k nadměrným emočním reakcím ze strany pacienta. Sestra může pomoci tím, že vyslechne a nechá emoce proběhnout. Důležité je pacienta povzbuzovat, chválit ho i za malé pokroky, získat si maximální důvěru a umožnit pacientovi podporu psychologa. (Trachtová, 2008, Jobánková, 2003)

### **3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Mezilidské vztahy úzce souvisejí s plněním rolí, kterým se člověk v průběhu života učí, tvoří součást jeho osobnosti, neustále se mění a vyvíjejí. V této oblasti se zabýváme problémy ve vyšších potřebách o někoho pečovat, v potřebách rodinných vztahů a zvládání rolí. Postupně s věkem, životními situacemi a vývojem osobnosti člověka se tyto potřeby vyvíjejí. Podle rozsahu postižení po prodělaném iktu se člověk stává závislým na svém okolí, kdy vyžaduje nepřetržitou péči pro uspokojení jeho potřeb. Významnou roli zde sehrávají právě vztahy mezi pacientem a jeho rodinou. Pokud se jeden příslušník rodiny rozhodne o každodenní pečování o svého blízkého, musí se vzdát ve většině případech svého dosavadního zaměstnání. Rodině, která chce o blízkého pečovat, je třeba vycházet vstříc a dát jim značnou podporu. Právě spolupráce s rodinou je nedílnou součástí při uzdravování pacienta. Od samého počátku je důležité vysvětlit rodinným příslušníkům jejich nezastupitelnou roli při péči o postiženého, jeho motivaci do dalšího života a aktivnímu přístupu při rehabilitaci poškozených funkcí. Pravidelné návštěvy, viditelný zájem a radování se i z malých pokroků ze strany rodiny upevňuje rodinné vztahy a celkově se zlepšuje i pacientův psychický stav. Největším impulsem pro spolupráci při léčbě je vědomí, že je nemocný doma očekáván a že se na něho rodina těší. U sociálního pracovníka si rodina zjišťuje informace o možnostech zaopatření po propuštění do domácích podmínek a nároky na čerpání sociálních dávek. Důležité je i rodinu upozornit na možnou úpravu bytu a pomoc jim k zajištění potřebných kompenzačních pomůcek. Další možností se nabízí péče ze strany charitativních sdružení, kdy se zdravotnický personál stará o postiženého v dopoledních hodinách a po zbytek dne pečuje o svého blízkého rodina, poté co se vrátí ze zaměstnání. V dnešní době se mnohdy rodinní příslušníci nemohou z různých důvodů o svého blízkého starat a zcela mu přizpůsobit vlastní život. Rodina se poté snaží zajistit nemocnému pobytové

zdravotnické nebo sociální zařízení, nejlépe ve svém regionu. (Farkašová, 2006, Jansová, 2009)

### **3.9 Sexualita**

Sestra v této oblasti zjišťuje anamnestické údaje od pacienta o uspokojování a neuspokojování lidských potřeb v sexuálním životě. Jsou zde zahrnuty poruchy nebo potíže jednotlivce, reprodukční období ženy jako je premenstruační, menstruační cyklus, porody, potraty a postmenopauza. Sestra se zaměřuje na tyto problémy s tím související. Rozhovor na toto téma je pro pacienta ožehavou záležitostí a sestra by měla být diskrétní, taktní, zdrženlivá a měla by pacientovi vysvětlit stručně obsah rozhovoru na téma sexuality, aby se pacient mohl rozhodnout, zda s tímto rozhovorem souhlasí či nesouhlasí. Informace spadají v této oblasti do třech tříd, což je sexuální identita, sexuální funkce a reprodukce. U sexuální identity se zabýváme sexuální orientací nemocného, spokojeností s ní a její přijímání. V oblasti sexuálních funkcí se zaměříme na charakter těchto funkcí, výši sexuálních potřeb a spokojenost pacienta, na poruchy sexuálních funkcí a jejich příčiny, ale i způsoby zvládání problémových situací. U reprodukce se řídíme otázkami na reprodukční funkce, plánování potomků a problémy s reprodukcí a jejich příčiny. Sestra by během rozhovoru s pacientem měla zajistit klidnou atmosféru, bez přítomnosti jiných osob, poskytnout pacientovi dostatek informací, vyhnout se jakémukoliv odsuzování nejruznějších projevů pacienta a měla by ponechat pacienta vyjádřit se vlastními slovy a pečlivě jej vyslechnout. Pro pacienta po CMP je naplněná sexualita stejně důležitá jako u člověka zdravého. Toto onemocnění ve většině případech nepostihuje dysfunkce pohlavního života, ale může u pacienta nastat určitý blok nebo snížení sexuální touhy, neboť toto postižení může vést k omezení pocitu vlastní hodnoty a spokojenosti. (Trachtová, 2008 )

### **3.10 Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

U zvládání zátěže se snažíme zachytit údaje, které vypovídají o stavu lidských potřeb, jak člověk zvládá odezvu na onemocnění a následnou zátěž. Zjišťujeme problémy v oblasti zvládání životních událostí a životních změn. Každá nemoc je zátěžovou situací, kde záleží na osobnosti člověka, na adaptaci a frustrační toleranci, která je u každého jedince individuální. Často se může projevit u nemocného maladaptace, což je prohlubující se beznaděj a bezmoc, kdy by zdravotnický personál měl pomoci pacientovi hledat smysl života, posilovat kladné hodnocení a aby nemocný svoje onemocnění akceptoval a dokázal

se s ním zapojit do běžného života. Pacient může po prodělaném iktu trpět závažnými citovými problémy, projevující se pláčem, nespokojeností, podrážděností či depresí. V této stresové situaci se u pacienta může projevovat strach, jehož předmětem bývá ztráta životních možností, odloučení, nesoběstačnost, změny způsobu života, bolest, strach z léčení a ze smrti. Dalším nepříjemnými prožitky u pacienta po CMP mohou být úzkostné stavy, jejichž bezprostřední příčinu si nemocný neuvědomuje a bývá nepříjemnější než strach. Sestra tyto projevy strachu a úzkosti vysleduje na první pohled vyděšeným výrazem nemocného, mimikou, bledostí, strnulostí nebo motorickým neklidem. Jednání s pacientem ve strachu a úzkosti je především vlídný přístup personálu, dát pacientovi najevo, že nám není lhostejný, dále v rozhovoru s nemocným zjistit příčinu strachu, toleranci strachu, umožnit pacientovi, aby o svém strachu mluvil a respektovat ho. Vhodná je aktivizace nemocného, odvést pozornost použitím odpoutávacích technik jako je předčítání knih, hudba. U úzkostných pacientů je důležité zkrátit čekání např. na různá vyšetření a zvýšit trpělivost. Psychickou oporou je pro nemocného rodina a její spolupráce, jak se svým blízkým, tak s personálem. V případě negativistického naladění nemocného je vhodné zajistit spolupráci s psychologem. (Křivohlavý, 2002)

### **3.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

V této oblasti sestra získává informace o individuálním vnímání životních hodnot pacienta, jeho cílů nebo přesvědčení včetně náboženské víry, které ho ovlivňují ve volbě nebo rozhodování. Sestra by měla plnit přání pacienta s ohledem na náboženské služby během pobytu ve zdravotnickém zařízení. (Trachtová, 2008)

## 4 ÚLOHA SESTRY V PREVENCI

Důležitou roli zde sehrává sestra svými znalostmi primární prevence cévní mozkové příhody. Zásadním principem této primární prevence je důsledné ovlivňování mnoho rizikových faktorů tohoto onemocnění. Sestra by měla umět edukovat klienta o dodržování pravidel k zachování a udržení zdraví jako je nekouření, omezení sladkostí, vysokokalorických pokrmů včetně omezení konzumace soli a alkoholu. Do stravy by měly být zařazeny především rostlinné a rybí tuky, větší množství zeleniny a ovoce. U ohrožených klientů by měla být dostatečná fyzická aktivita a odpočinek. Zároveň by se měl klient vyhýbat stresovým zátěžovým situacím. Nedílnou součástí primární prevence je včasné zjištění a léčba všech rizikových onemocnění jako je diabetes mellitus, hypertenze, poruchy srdečního rytmu, srdeční onemocnění a poruchy lipidového metabolismu. Sestra by v těchto případech měla klienta informovat o pravidelných kontrolách systolického a diastolického tlaku, glykémie a cholesterolu u praktického lékaře. Rozhodující roli zde sehrává informovanost veřejnosti sdělovacími prostředky, výuka zdravotní výchovy ve školách, propagačními letáky a informačními materiály, které by měly být dostupné nejen v ordinacích praktických lékařů, ale i na lůžkových odděleních. Edukační činnost a motivace klientů k péči o vlastní zdraví by měla být prioritou každé všeobecné sestry. (Spence, 2008)

# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **5 FORMULACE PROBLÉMU**

Cévní mozková příhoda je velice závažné onemocnění, které postihuje nejdůležitější lidský orgán a to mozek. Včasnou, kvalitní ošetrovatelskou a rehabilitační péčí lze odvrátit následky vyplývající z tohoto onemocnění. Tato péče je v případě dlouhodobé hospitalizace velice náročná po fyzické i psychické stránce. Představuje obrovskou zátěž jak pro pacienta, tak i jeho rodinu a personál. Stupeň zotavení závisí na rozsahu a lokaci cévní mozkové příhody, ale především ho ovlivňuje kvalitní ošetrovatelská péče poskytovaná zdravotnickým personálem. Patří sem prevence a léčba komplikací jako jsou například dekubity, kontrakce, problémy s vyprazdňováním a mnoho jiných. Klíčové jsou první týdny po cévní mozkové příhodě, kdy by měla být zahájena včasná rehabilitační péče, stimulace a využití schopností člověka k rehabilitaci. Motivace pacienta k nácviiku denních činností a podpora rodiny je nedílnou součástí kvalitní ošetrovatelské a rehabilitační péče.

## **6 CÍL A ÚKOL PRÁCE**

Charakterizovat ošetrovatelský proces na modelu ošetrovatelské péče Marjory Gordonové. Na základě získaných anamnestických údajů čerpaných ze zdravotnické dokumentace a rozhovorem s klientkou sestavit ošetrovatelský plán. Zmapovat potřeby klientky na následné péči a zhodnotit výsledky i dosažené cíle v ošetrovatelském procesu. Přispět získanými údaji ke zlepšení informovanosti zdravotnického personálu o problematice tohoto onemocnění a poukázat na specifichnost ošetrovatelské péče.

## **7 VZOREK RESPONDENTŮ**

Ve své práci jsem si zvolila jednu respondentku ve věku 39 let po ischemické cévní mozkové příhodě. Na oddělení následné péče byla hospitalizována sedmdesát dnů. Sběr dat probíhal během celé hospitalizace a současný stav byl zmapován v rámci opakované krátkodobé rehabilitace na našem oddělení následné péče.

## 8 KAZUISTIKA

### 8.1 Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** Oba rodiče se léčí na vysoký krevní tlak, mozková mrtvice snad u prarodičů

**Osobní anamnéza:** 6 měsíců se léčila na vysoký krevní tlak, léčbu dodržovala, jinak nebyla vážněji nemocná, před lety se léčila na štítnou žlázu, užívala léky, název neví. Na endokrinologii už dlouho nebyla.

**Sociální anamnéza:** je vdaná, žije s manželem a dvěma dětmi ve věku 15 a 19 let

**Pracovní anamnéza:** nepracuje, je evidována na Úřadu práce, vyučená prodavačkou

**Farmakologická anamnéza:** Tenoretic 1krát denně, hormonální antikoncepce od 15 let, nyní vysazena

**Gynekologická anamnéza:** 2 porody, nemá gynekologické potíže

**Alergická anamnéza:** alergii neudává

**Abúzus:** kuřačka 20 cigaret denně, černá káva 1 krát denně

### Lékařské diagnózy

- Stav po cévní mozkové příhodě ischemické v povodí arteria anterior vlevo, s afázií a pravostrannou hemiparézou, odléčena trombolýzou
- Leidenská mutace, heterozygot
- Stav po uroinfekci
- Hypertenze kontrolovaná terapií
- Hypercholesterolemie
- Cholecystolithiaza

### 8.2 Resumé předchozí hospitalizace

Mezi 17,30-18 hod náhle vznikla porucha řeči a omezená hybnost na pravostranných končetinách. Přivezena RZP na neurologickou kliniku, kde bylo provedeno neurologické vyšetření. Klientka se snaží spolupracovat, nemluví, na dotazy odpovídá nonverbálně kývnutím hlavy. Mírná asymetrie ústního koutku vpravo, na pravé horní končetině je výrazně omezená aktivní hybnost a na pravé dolní končetině je extenční držení. Na CT vyšetření prokázána malárie v povodí arteria cerebri anterior vlevo. Léčena systémovou intravenózní trombolýzou, po které došlo jen k částečnému zlepšení.

Pro podezření na Leidenskou mutaci provedeno genetické vyšetření prokoagulačních stavů. Během hospitalizace se rehabilituje stoj u lůžka ve vysokém chodítku, klientka má zaveden permanentní katétr, nasazena antiagregační a hypolipidemická terapie, provedena echokardiografie s normálním nálezem. Transesofageální echokardiografii (TEE) nebylo možno dokončit pro výraznou netoleranci k jejímu zavedení klientkou. Za měsíc je nutná kontrola v cévní poradně neurologické kliniky. Zlepšila se fatická porucha, trvá těžká pravostranná hemiparéza horní končetiny, plegie pravé dolní končetiny. Pacientka po pěti dnech přeložena do spádové oblasti na interní oddělení k dovyšetření a rehabilitaci včetně logopedie. Výsledky hemokoagulačního a genetického vyšetření zatím nejsou k dispozici. Na interním oddělení byla klientka přeléčena pro uroinfekci, odstranil se permanentní močový katétr, pokračuje se v intenzivní rehabilitaci a logopedii. Klientce je doporučena následná péče a rehabilitace v léčebně dlouhodobě nemocných, kam je po 14 dnech hospitalizace přeložena.

### **8.3 Vyšetření celkového stavu při přijetí**

Klientka orientovaná osobou místem i časem, spolupracuje, zvýšené výživy, dýchání klidné a pravidelné. Kožní turgor přiměřený. Dysartrie, ale snaží se artikulovat, řeč srozumitelná. Pravostranný neurologický deficit. Hlava na poklep nebolestivá, lehce pokleslý koutek vpravo, uši, oči, nos bez výtoků. Jazyk plazí středem, bez povlaku, hrdlo klidné. Náplň krčních žil přiměřená, karotidy tepou symetricky, štítná žláza a uzliny nezvětšeny. Hrudník symetrický, břicho v úrovni hrudníku. Játra i slezina nezvětšeny. Horní končetiny vlevo bez patologického nálezu, vpravo v lokti náznak aktivní hybnosti a náznak pohybu palce. Dolní končetiny bez otoku, bez známek flebotrombózy. Hybnost v levé dolní končetině bez patologického nálezu, na pravé dolní končetině paréza.

**Fyziologické funkce:** krevní tlak - 125/75 mm/Hg, tělesná teplota - 36,5°C, puls - 86/min, dech - 20'

**Kompenzační pomůcky:** brýle, invalidní vozík, inkontinenční pomůcky

#### **Léky dle ordinace lékaře při příjmu klienta:**

- Anopyrin 100 mg 1 – 0 - 0
- Sortis 20 mg 0 – 0 - 1
- Amprilan 2,5 mg 1 – 0 - 0
- Asentra 50 mg 1 – 0 - 0
- Geratam 1200 mg 2 – 1 - 0

#### **8.4 Měření dle škál u klienta při příjmu na oddělení následné péče**

Barthelův test základních všedních činností (ADL): 50bodů (závislost středního stupně)

Riziko vzniku dekubitů dle Northonové: 24 bodů (nebezpečí vzniku dekubitu)

Hodnocení rizika pádu: 6 bodů (riziko pádu)

BMI: 30 (obezita)

#### **8.5 Průběh hospitalizace, konziliární vyšetření**

**První den hospitalizace** byly provedeny vstupní odběry (biochemie, krevní obraz, krvácivost-srážlivost, moč a sediment). Zjištěna lehká anémie, elevace jaterních parametrů. Klientce bylo provedeno EKG vyšetření a indikováno rehabilitační konzilium i logopedie. Poté byla klientce zajištěna antidekubitární matrace a zabezpečení lůžka postranicemi vzhledem ke zjištění rizika vzniku dekubitů a pádu. Přístup k lůžku je zajištěn z pravé strany a noční stolek je umístěn též na pravou stranu lůžka. Byly provedeny bandáže dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci. Klientka má poruchu kontinence moči a používá plenkové kalhotky. Při vyprazdňování stolice je klientka schopna si signalizačním zařízením přivolat personál a s jeho pomocí je klientce podána podložní mísa. Klientka nemá potíže s polykáním, strava je podávána zpočátku k lůžku. Při sebesycení je nutná dopomoc zdravotníka, namázání chleba, otevření jogurtu, což klientka nezvládá kvůli neobratnosti levé ruky. Jídelní stolek je vybaven protiskluzovou podložkou a lžící klientka drží zatím v levé ruce. Tekutiny jsou podávány v hrnku nebo v lahvičce, dle přání klientky v dosahu ruky. Klientka vypije denně kolem dvou litrů tekutin. Kůže je růžové barvy, přiměřené hydratace. Polohování se provádí v pravidelných



3 hodinových intervalech. Hygienická péče je prováděna na lůžku za pomoci personálu. Klientka se adaptuje na nové prostředí a snaží se spolupracovat.

**Druhý den** si klientka stěžuje na bolesti v oblasti bederní páteře, které přetrvávají dle klientky několik měsíců. Lékař je o bolestech informován a jsou indikovány techniky měkkých tkání v oblasti bederní páteře za pomoci fyzioterapeuta. Bolest vyhodnocena dle Melzackovy škály – 2 jako nepříjemná bolest a do medikace je lékařem naordinován Tralgit 100 mg jedna tableta maximálně dvakrát za den při bolesti. Klientka po podání analgetik cítí úlevu a je polohována do úlevových poloh. Dále se přikládají termosáčky na bederní část páteře. V dopoledních hodinách se klientce věnoval logoped a společně pracovali s afatickým slovníkem. Ošetrovatelská péče byla v roli všeobecných sester a pomocného personálu. Za klientkou přijel na návštěvu manžel s dětmi. Přivezl televizor, který byl klientce nainstalován na pokoj. Klientka po návštěvě své rodiny je klidná a spokojená.

**Třetí až šestý den** byl proveden sběr informací dle M.Gordon. Začíná se s intenzivní rehabilitací, klientka provádí vertikalizaci sedu a stoje, jsou cvičeny náhradní pohybové stereotypy dle Bobatha, je indikován moto-med nejprve vleže, trénuje se hrubá i jemná motorika pomocí dřevěného panelu skládáním jednotlivých součástí. Při sebesycení klientka zatím používá levou ruku a za pomoci ergoterapeutky se snaží zapojovat i pravou ruku. V nepřítomnosti fyzioterapeuta a ergoterapeutky nácvik soběstačnosti v rámci rehabilitace přebírá zdravotnický personál. Hygienická péče se již neprovádí na lůžku, ale je denně převezena na toaletním křesle do sprchy, která je součástí pokoje. Klientka se cítí lépe, neboť je zde zajištěna maximální intimita. Sprchování se provádí za pomoci personálu. Klientka velice dobře spolupracuje při oblékání a svlékání, kde vyžaduje minimální dopomoc. Kůže je hydratovaná, celistvá a ošetřuje se vhodnými hydratačními krémy. Klientka je nešťastná z používání plenkových kalhot a proto je zahájen nácvik kontinence moči. Klientce je nabízena podložní mísa v pravidelných 2 hodinových intervalech a používá zatím inkontinenční vložky. Stolice je pravidelná bez potíží. Mobilita na lůžku se zlepšuje, klientka se aktivně ukládá do poloh na bok a na záda. Bolesti v oblasti bederní páteře se zmírnily, klientka dále vyžaduje analgetika, ale pouze večer. Intenzita bolesti dle Melzackovy škály byla klientkou hodnocena jako mírná. Návštěvy manžela klientce pomáhají po psychické stránce.

**Sedmý až jedenáctý den** klientka má radost, udělá už pěst na pravé ruce, lépe ovládá pravou nohu, zvládá stoj v nízkém chodítku. Pokračuje v intenzivní rehabilitaci a logopedii. Za pomoci ergoterapeuta trénuje psaní, kdy začíná s nácvikem psaní písmen a

používá písanky určené pro první třídu. Bolesti bederní páteře ustoupily, analgetika klientka již nevyžaduje. Při sebesycení začíná s úchopem lžice v pravé ruce, zvládá si již samostatně namazat chleba. Klientka je trpělivá a je motivována svojí rodinou, která se zajímá o propustku klientky na víkend domů. U klientky je obnovena kontinence moči. Plenkové kalhotky již nepoužívá a s dopomocí personálu zvládá přesun na toaletní křeslo. Klientce manžel přinesl osobní prádlo a jejich společné album fotek. Při návštěvě si bere ženu ven do parku na invalidním vozíku. Klientka edukována o nebezpečí kouření jako rizikovém faktoru svého onemocnění. Uvědomuje si svůj stav a nechce již kouřit.

**Dvanáctý až čtrnáctý den** je lékařem povolena propustka na víkend. Klientce je zapůjčeno toaletní křeslo a nízké chodítko s levostrannou oporou. Odvoz na propustku je zajištěný manželem. Klientka je edukována o dodržování medikací a je vybavena léky pro pobyt doma.

**Patnáctý den** se klientka posílá na kontrolu do cévní poradny neurologické kliniky, kde je z výsledků prokázána heterozygotní Leidenská mutace. Vzhledem k tomuto zjištění je doporučená dlouhodobá antikoagulační léčba Warfarinem a vysazení antiagregační terapie Anopyrinem. Ostatní medikace beze změn. Výhledově je nabídnuta klientce lázeňská péče a doporučeno vyšetření dětí na Leidenskou mutaci. Po návratu klientky do léčebny ošetřující lékař mění medikace dle doporučení z cévní poradny na Fragmin 2500 j.subcutálně večer, Anopyrin 100 mg je vysazen a na druhý den ráno je indikován odběr krve Quickův test. Klientka je unavená z cesty a ospává.

**Šestnáctý až devatenáctý den** probíhá intenzivní rehabilitace s dobrým efektem. Návčik chůze v doprovodu fyzioterapeuta v nízkém chodítku s levostrannou oporou. Vzhledem k výraznému zlepšení mobility se odstranila antidekubitární matrace a bylo nově vyhodnoceno riziko vzniku dekubitů dle Northonové 29 bodů - bez rizika vzniku dekubitů. Klientka se zvládá najíst samostatně, v oblasti sebezpěče při oblékání se za pomoci obouvací lžice je schopna si samostatně obouvat sportovní obuv na suché zipy a úpravu zevnějšku zvládá bez pomoci zdravotnického personálu. V psaní dělá značné pokroky, zlepšuje se řečový projev, vyjadřování i paměť. Návčik všedních činností pokračuje pod dohledem ergoterapeuta a klientka se snaží být více samostatná. Pravidelně začala navštěvovat dílnu, kde pod vedením ergoterapeutky cvičí jemnou motoriku a snaží se vytvářet výrobky z keramiky. Lékař telefonicky konzultoval s lékařem z hematologické ambulance nasazení léku Xarelto, který však není schválen k indikaci po stavu ischemické CMP. U pacientky se provádí pravidelné kontrolní krevní odběry na srážlivost krve a dle výsledků se upravuje medikace. Injekční antikoagulační terapie se pozastavuje a je nasazen

Warfarin 5mg. Klientka dostala menses a stěžuje si na křeče v podbřišku. Klientce je dle ordinace lékaře podáno 30 kapek Algifenu. Po podání analgetik klientka vyjadřuje úlevu od bolesti.

**Dvacátý až třicátý den** odchází na lékařem schválenou propustku. Moc se těší na domov a svojí rodinu. Po návratu z propustky se u klientky začal zhoršovat psychický stav, je plačtivá, bez zájmu a svěruje se s tím, že manžel si našel jinou partnerku a chce od ní odejít. Klientka vyjadřuje obavy z budoucnosti, jak to vše zvládne. Klientka se snaží zabavit prací v dílně a společně s ergoterapeutkou a ostatními klienty se učí ubrouskové technice a maluje podzimní obrázky na sklo. Chůze v nízkém chodítku je stabilní, v posledních dnech se zkouší chůze o jedné francouzské holi.

**Jednatřicátý až čtyřicátý den** si klientka během chůze stěžuje na bolesti v oblasti kotníku pravé dolní končetiny. Bolest vyhodnocena dle Melzackovy škály - 3 jako bolest intenzivní a následně bylo objednáno ortopedické konzilium. Lékař diagnostikoval distenzi tibiofibulárního vazů. Klientce po domluvě s rehabilitačním lékařem dána ortéza a před cvičením chůze se podávala analgetika. Oblast hlezna se klientce lokálně mazal Flector gelem. Klientka začíná s léčebně tělesnou výchovou v bazénu a je indikována Vojtova metoda. S fyzioterapeutem se trénuje nácvik chůze do schodů. V oblasti hygieny je pacientka téměř samostatná, potřebuje jen doprovodit do koupelny. Fyzioterapeut nás informoval o mírné ztrátě motivace k dennímu cvičení. Za klientkou jezdí nyní na pravidelné návštěvy její matka a děti.

**Jednačtyřicátý až padesátý den** probíhá intenzivní rehabilitace a logopedie. Bolesti hlezna zcela ustoupily. Terapie v bazénu trvá a klientka si jí moc chválí. Psychický stav se zlepšil, chce svojí situaci řešit rozvodem a upnula se na své děti. Manžel se odstěhoval ke své nové přítelkyni a klientka jezdí na propustky do svého domova, kde jí s domácími pomáhá její matka a děti.

**Jednapadesátý až šedesátý den** se klientka posílá na doporučení neurologické kliniky na doplnění TEE vyšetření, které je bez patologického nálezu. Výrazně je zlepšena hybnost pravostranných končetin, přetrvává elasticita pravé dolní končetiny. Po dokončení terapie v bazénu se plánuje možná dimise. Klientka se zvládá svléknout i obléknout, v oblasti hygienické péče je samostatná, řečový projev je na dobré úrovni, občas vážne paměť, nemůže si vzpomenout.

**Jednašedesátý až sedmdesátý den** klientka dokončila terapii v bazénu. Zdravotní stav se nemění je plánovaná dimise na sedmdesátý den hospitalizace. V propouštěcí zprávě bylo klientce doporučeno pobytové pokračování rehabilitace v naší léčebně na 14 dní

každých půl roku. Indikace této rehabilitace závisí na doporučení neurologa. Při propouštění byla klientka poučena o užívání léků a jejich interakcích, o dietě a režimových opatřeních, včetně pohybové aktivity a termínech plánovaných kontrol.

**Léky dle ordinace lékaře při propuštění klientky:**

- Sortis 20 mg            0 - 0 - 1
- Betaloc SR 200 mg ½ - 0 - 0
- Warfarin 5 mg        0 - 0 - 1 (v pátek a úterý 0 - 0 - 1,5)
- Asentra 50 mg        1 - 0 - 0

**Měření dle škál u klientky při propuštění:**

Riziko vzniku dekubitů dle Northonové 31 bodů

Barthelův test základních všedních činností (ADL): 90 bodů (lehká závislost)

Hodnocení rizika vzniku pádu: 2 body

BMI: 29 (nadváha)

## **8.6 Současný stav**

Vzhledem k tomu, že byla klientce při propuštění nabídnuta krátkodobá opakovaná rehabilitační péče, klientka byla v našem zařízení hospitalizována za šest měsíců od propuštění a bylo možné zhodnotit její současný stav. Při příjmu bylo provedeno měření škál: Barthelův test základních všedních činností – 95 bodů, což představuje lehkou závislost, dále bylo měřeno BMI – 27 bodů, což je hodnoceno jako nadváha. Hodnocení rizika vzniku pádu – 2 body. Vzhledem k výraznému zlepšení mobility nebylo hodnoceno riziko pro vznik dekubitů. Klientka pokračuje v indikovaném rehabilitačním programu, jehož cílem je udržení dosavadního fyzického stavu. V soukromém životě je nyní spokojená, má nového partnera, se kterým plánují společnou budoucnost. Klientka se zmínila, že by v budoucnosti chtěla napsat knihu o svém onemocnění a o změnách v jejím životě, které postižení přineslo. Vzhledem k nově získaným zkušenostem z ergoterapie se chce věnovat ve volném čase výtvarným činnostem a tvorbě keramických výrobků.

## 9 ZPRACOVÁNÍ DAT DLE MODELU MARJORY GORDON

Zdravotní stav klienta může být funkční či dysfunkční a při použití tohoto modelu sestra získává komplexní informace k sestavení ošetřovatelské anamnézy, pak stanoví aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy a může pak efektivně naplánovat a realizovat svoji péči.

### 9.1 Sběr informací dle modelu Marjory Gordon

#### 9.1.1 Vnímání zdraví

**Subjektivně:** Klientka mi sděluje, že se nikdy o svoje zdraví nebála. Nyní si uvědomuje, že svým nezdravým životním stylem ohrozila svůj mladý život. Neví jestli si najde nějakou práci a má obavy z budoucnosti.

**Objektivně:** Klientka mluví pomalu, potichu a je patrné, že si uvědomuje svůj momentální zdravotní stav.

#### 9.1.2 Výživa a metabolismus

**Subjektivně:** Klientka udává, že ráda jí, ale nedodrží pravidelnost stravování. Nesnídá, ráno pije kávu a pořádně se nají až ve večerních hodinách. Snažila se držet diety, ale bez úspěchu. Ví, že má nadváhu a během hospitalizace díky pravidelné stravě a menším porcím zhubla 4 kg. Po návratu chce v pravidelné stravě pokračovat a zařadit do svého jídelníčku více zeleniny a omezit uzeniny.

**Objektivně:** Klientka během hospitalizace zhubla a jí jen stravu, kterou dostává.

#### 9.1.3 Vylučování

**Subjektivně:** Klientka vyjadřuje nespokojenost s plenkovými kalhotky, které používá poté co jí odstranili v předešlé nemocnici cévku. Moc by si přála, aby mohla používat toaletu. Je jí to nepříjemné. Na stolicí chodí pravidelně do podložní mísy nebo na toaletní křeslo.

**Objektivně:** Klientka používá plenkové kalhotky, které jí nevyhovují a bude jí umožněno chodit na podložní mísu a zkoušet, zda to bude zvládat. Stolice je pravidelná, normální konzistence a barvy.

#### **9.1.4 Aktivita a cvičení**

**Subjektivně:** Klientka se přiznává, že sport nepatří mezi její koníčky. Manžel jí přemlouval na kolo, ale jí to nebaví. Chodí raději na procházky. Má obavy, zda ještě bude schopna normálně chodit.

**Objektivně:** S klientkou probíhá vertikalizace do sedu a stoje v chodítku. Cvičí vleže na moto-medu a ergoterapeutka procvičuje s klientkou hrubou i jemnou motoriku pomocí dřevěného panelu skládáním jednotlivých součástí.

#### **9.1.5 Spánek a odpočinek**

**Subjektivně:** Klientka udává, že ráda si ráno pospala, protože doma chodila spát v nočních hodinách. Nyní je podřízena dennímu režimu oddělení, kdy se s ní od samého rána cvičí a večer usíná kolem deváté hodiny a ráno se cítí vyspalá a čilejší.

**Objektivně:** Klientka se ukládá ke spánku kolem deváté hodiny a v noci spí dobře.

#### **9.1.6 Vnímání a poznávání**

**Subjektivně:** Klientka si stěžuje na problémy s pamětí a špatnou řečí. Uvědomuje si špatnou hybnost pravé ruky a nohy. Klientka nosí brýle na dálku.

**Objektivně:** Klientka za pomoci logopeda pracuje s afatickým slovníkem, kde pojmenovává obrázky a snaží se správně artikulovat. Vázne paměť, řeč je u klientky pomalá, ale srozumitelná. Je zřejmé, že jí špatná hybnost pravostranných končetin omezuje.

#### **9.1.7 Sebepojetí a sebeúcta**

**Subjektivně:** Klientka vyjadřuje obavy z invalidity a chvílemi se cítí bezradná. Projevuje pocit méněcennosti, chtěla by být zdráva.

**Objektivně:** Klientce se při mluvení chvěje hlas a má slzy v očích.

#### **9.1.8 Role, vztahy**

**Subjektivně:** Klientka vyjadřuje spokojenost, že má manžela a své děti, na které se každý den těší, že ji navštíví. S rodiči je v neustálém kontaktu, jen se jí dlouho neozvala její nejlepší kamarádka, což jí mrzí. Určitě ji po propuštění navštíví.

**Objektivně:** Za klientkou chodí pravidelně její manžel s dětmi. S rodiči spíše telefonuje. Manžel se zajímá o její zdravotní stav a spolupracuje.

### **9.1.9 Reprodukce a sexualita**

**Subjektivně:** Menstruaci dostala ve svých třinácti letech. Klientka udává, že pohlavním životem žije od svých patnácti let, kdy již užívala antikoncepční pilulky. První porod měla ve dvaadvaceti letech a chtěli mít s manželem ještě jedno dítě. Podruhé byla těhotná ve svých pětadvaceti letech. Sex s manželem jí vyhovoval, ale má obavy, že si manžel najde milenku, protože pro něj nebude dost přitažlivá.

**Objektivně:** Klientka je posmutnělá z obav o svého manžela.

### **9.1.10 Stres, zátěžové situace**

**Subjektivně:** Klientka uvádí, že jí v posledních letech stresoval denní stereotyp, kdy nemohla najít zaměstnání a doma se nudila. Vzhledem tomu, že bydlí v malé vsi, neměla ani kam chodit. Vyjadřuje pocit, že její stres jí na zdraví moc nepřidal a kouření takéž. Nyní má obavy z budoucnosti jak vše zvládne.

**Objektivně:** Je patrné, že klientka z těchto obav je ve stresu.

### **9.1.11 Víra, životní hodnoty**

**Subjektivně:** Klientka tvrdí, že je nevěřící a do kostela nechodí.

**Objektivně:** Vztahy v rodině jsou u klientky na prvním místě.

## 10 OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Ošetřovatelský plán byl sestaven na základě získaných informací. Použitím NANDA taxonomie dle knihy Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách autorky Jany Marečkové byly stanoveny aktuální, potencionální a edukační ošetřovatelské diagnózy. Následně byl navržen cíl ošetřovatelské péče a intervence, které povedou k dosažení stanoveného cíle.

### 10.1 Aktuální krátkodobé ošetřovatelské diagnózy

#### **00132 Akutní bolest související s menses projevující se:**

**Subjektivně:** vyjádření bolesti v podbříšku

**Objektivně:** bolestivý výraz v obličeji, grimasy

**Cíl:** Bolest je zmírněna do 30 minut po udání bolesti.

#### **Ošetřovatelské intervence:**

Zhodnoťte intenzitu bolesti pomocí škály.

Podávejte analgetika dle ordinace lékaře a vše zaznamenávejte do dokumentace.

Zajistěte klidné a příjemné prostředí.

Poučte klientku o úlevové poloze a pomozte ji do této polohy uložit.

**Hodnocení:** Bolest byla u klientky zvládnuta do 30 minut od udání subjektivních stížností.

#### **00132 Akutní bolest související s distenzí tibiofibulárního vazů projevující se:**

**Subjektivně:** stížností klientky na bolest v oblasti kotníku

**Objektivně:** při rehabilitaci má klientka bolestivý výraz v obličeji

**Cíl:** Bolest je zmírněna do 2 hodin od udání bolesti.

#### **Ošetřovatelské intervence:**

Zhodnoťte intenzitu bolesti dle škály.

Informujte lékaře a splňte jeho intervence.

Podávejte analgetika dle ordinace lékaře, sledujte účinek a zaznamenávejte vše do dokumentace.

Zhodnoťte vliv bolesti na tělesnou aktivitu.

Monitorujte charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti.

**Hodnocení:** Bolest byla zmírněna do 1 hodiny po udání subjektivních obtíží.



## **10.2 Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

**00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně související s pravostrannou hemiparezou, projevující se:**

**Subjektivně:** verbalizací

**Objektivně:** s neschopností si umýt jednotlivé části těla

**Cíl:** Klientka bude provádět hygienu na úrovni svých schopností.

**Ošetřovatelské intervence:**

Naslouchejte potřebám klientky.

Zajistěte potřebné hygienické pomůcky k vykonávání očisty.

Zajistěte nácvik soběstačnosti při hygieně.

Při provádění očisty dbejte na správnou teplotu vody a místnosti.

Při hygienické péči vyjádřete emocionální podporu a s klientkou komunikujte.

Zajistěte klientce soukromí.

**Hodnocení:** Klientka zvládá hygienickou péči dle svých schopností

**00102 Deficit sebeděče při jídle, související s parézou pravé horní končetiny projevující se:**

**Subjektivně:** vyjadřuje obavy, že to nezvládne levou rukou

**Objektivně:** neschopnost úchopu pravé ruky, neobratnost levé ruky

**Cíl:** Klientka se zvládne najíst samostatně.

**Ošetřovatelské intervence:**

Zajistěte vhodné nádobí a příbor.

Povzbuzujte klientku při podávání stravy a chvalte ji i za malé úspěchy.

Zaměřte se na správné umístění talíře a hrnku na stole.

Snažte se vyřešit možné bariéry a zajistěte při podávání stravy dostatek pohodlí.

**Hodnocení:** Klientka je schopna se najíst samostatně.

**00109 Deficit při oblékání a úpravě zevnějšku související se zhoršenou hybností pravých končetin projevující se:**

**Subjektivně:** lítostí nad nemožností se sama o sebe postarat

**Objektivně:** zhoršená schopnost se obléknout a svléknout

**Cíl:** Klientka se naučí novému způsobu pečovat o sebe sama a bude umět používat kompenzační pomůcky.

**Ošetřovatelské intervence:**

Dbejte na soukromí klientky.

Poskytněte klientce dostatek času při provádění činností.

Podporujte klientku při provádění ergoterapie.

Zjistěte jaké kompenzační pomůcky klientka potřebuje.

Předved'te klientce správné používání těchto pomůcek.

Poskytněte klientce pomoc v případě nutnosti.

**Hodnocení:** Klientka zvládá pečovat o sebe sama a umí používat kompenzační pomůcky.

**00110 Deficit sebezpečí při vyprazdňování související s zhoršenou mobilitou projevující se:**

**Subjektivně:** verbalizuje pocity studu

**Objektivně:** neschopnost se přemístit na toaletu či pojízdný klozet

**Cíl:** Klientka zvládne přesun na toaletní křeslo.

**Ošetřovatelské intervence:**

Zajistěte klientce soukromí.

Při hospitalizaci uložte klientku na pokoj, jehož součástí je toaleta a koupelnu.

Upřednostňujte přesunutí klientky na toaletu před vyprazdňováním na pokoji před ostatními klienty.

Zajistěte potřebné pomůcky .

Poskytněte klientce dostatek času při provádění dané činnosti.

Sledujte pravidelnost vyprazdňování stolice.

**Hodnocení:** Klientka zvládá přesun na toaletní křeslo.

**00166 Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči související s vyprazdňováním moči do plenkových kalhotek projevující se:**

**Subjektivně:** klientka udává, že nechce používat plenkové kalhotky

**Objektivně:** klientka aktivně spolupracuje

**Cíl:** Klientka nebude k vyprazdňování moče používat plenkové kalhotky.

**Ošetřovatelské intervence:**

Zajistěte klientce soukromí a respektujte klientky individuální potřeby.

Nabízejte klientce ve 2 hodinových intervalech podložní mísu.

Poučte klientku o vhodnosti většího příjmu tekutin v dopoledních a odpoledních hodinách, ne na noc.

Zajistěte k dosahu klientky signalizační zařízení a poučte ji o správném zacházení s ním.

**Hodnocení:** Klientka nepoužívá k vyprazdňování moči plenkové kalhotky.

### **O133 Chronická bolest související s tělesným postižením projevující se:**

**Subjektivně:** klientka vyjadřuje bolest v oblasti bederní páteře

**Objektivně:** bolestivý výraz v obličeji, podrážděnost

**Cíl:** Klientka vyjadřuje verbálně i neverbálně úlevu a dosažení pohody.

#### **Ošetřovatelské intervence:**

Zjistěte dobu trvání bolestí.

Informujte o bolesti lékaře a splňte jeho intervence.

Monitorujte charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti.

Zhodnoťte intenzitu bolesti pomocí škál.

Podávejte analgetika dle ordinace lékaře a sledujte jejich účinek a vše zaznamenávejte do dokumentace.

Poučte klientku o úlevových polohách a pomáhejte ji do těchto poloh se ukládat.

**Hodnocení:** Klientka vyjadřuje úlevu od bolesti a bylo dosaženo pohody.

### **00051 Zhoršená verbální komunikace související s poškozením mozku projevující se:**

**Subjektivně:** pociťování stresu z obtížného vyjadřování

**Objektivně:** zadržávání řeči

**Cíl:** Klientka bude sdělovat své potřeby bez pocitů frustrace.

#### **Ošetřovatelské intervence:**

Konzultujte s lékařem zajištění logopedie.

Povzbuzujte klientku, aby mluvila pomalu a podle potřeby své žádosti opakovala.

Mluvte na klientku pomalu, klidně a zřetelně.

Ujistěte klientku, že frustrace je v její situaci normální a očekávané reakce.

Používejte afatický slovník.

Zapojte do spolupráce rodinné příslušníky.

**Hodnocení:** Klientka komunikuje s určitými osobami bez potíží, před některými má pocity frustrace i nadále. Cíl byl splněn částečně.

**00085 Zhoršená pohyblivost související s poškozením neuromuskulárním projevující se:**

**Subjektivně:** klientka si uvědomuje zhoršenou pohyblivost pravostranných končetin

**Objektivně:** klientka není schopna chůze a u horní končetiny je omezena schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné jemnou motorikou

**Cíl:** Klientka bude během hospitalizace provádět intenzivní rehabilitaci jemné a hrubé motoriky. S pomocí fyzioterapeuta bude provádět indikované cvičení.

**Ošetrovatelské intervence:**

Zhodnot'te dle škál stupeň soběstačnosti.

Zajistěte každodenní intenzivní rehabilitaci s fyzioterapeutem.

Zajistěte provádění denních činností za pomoci ergoterapeuta.

Zajistěte kompenzační pomůcky k rehabilitaci.

Dbejte na bezpečnost prostředí.

Informujte klientku v předcházení rizika pádu, popřípadě zajistěte lůžko bezpečnostními postranicemi.

**Hodnocení:** Během hospitalizace byla prováděna intenzivní rehabilitace dle indikací rehabilitačního lékaře.

**00131 Poškozená paměť související s postižením mozku projevující se:**

**Subjektivně:** klientka vyjadřuje nespokojenost se zhoršenou pamětí

**Objektivně:** klientka si nemůže vzpomenout na určitá slova

**Cíl:** Klientka akceptuje omezení v důsledku jejího stavu.

**Ošetrovatelské intervence:**

Posilujte paměť klientky pomocí používání kalendáře, křížovek, které kladou zvýšené nároky na paměť.

Edukujte rodinu klientky o zajištění společných rodinných fotografií, které budou vyvolávat vzpomínky a zážitky z minulosti.

Pomáhejte klientce překonávat pocity frustrace, bezradnosti.

Podporujte klientku v oblastech, v nichž je úspěšná.

Sledujte účinek léků podávaných pro zlepšení pozornosti, paměti a koncentrace.

**Hodnocení:** Klientka akceptuje omezení paměti v důsledku jejího stavu.

**00148 Strach související s obavami z budoucnosti projevující se**

**Subjektivně:** klientka verbalizuje obavy z budoucnosti

**Objektivně:** u klientky se projevuje napětí, nervozita a snížená sebejistota

**Cíl:** U klientky dojde během hospitalizace k eliminaci zdroje strachu.

**Ošetrovatelské intervence:**

Buďte klientce na blízku, naslouchejte a povzbuzujte ji.

Edukujte rodinu a zapojte ji do spolupráce a pozitivní motivace klientky.

Podávejte klientce dostatek informací v rámci svých kompetencí.

Dávejte klientce dostatek prostoru pro dotazy.

**Hodnocení:** U klientky byl strach eliminován částečně.

**00060 Přerušovaný život rodiny související s invaliditou projevující se:**

**Subjektivně:** klientka vyjadřuje obavy z invalidity a vrácením se do rodiny

**Objektivně:** rodina nemá dostatek informací o možných variantách podpory

**Cíl:** Rodina klientky udržuje kontakt a podporuje ji v léčbě.

**Ošetrovatelské intervence:**

Jednejte se členy rodiny vstřícně, klidně a respektem.

Udržujte s rodinou neustálý kontakt.

Vysvětlete rodině nutnost podpory klientky při léčbě jako jeden z hlavních předpokladů motivace k léčbě.

Vysvětlete rodině režim, který bude muset klientka dodržovat po návratu domů.

Nabídněte rodině sociální a jiné zdroje podpory a doporučte jim konzultaci se sociální sestrou.

**Hodnocení:** Rodina aktivně spolupracuje a podílí se na podpoře klientky při léčbě.

**00120 Situačně snížená sebeúcta, související se ztrátou zdraví, projevující se:**

**Subjektivně:** klientka se hodnotí jako neschopná zvládnout různé situace, vyjadřuje obavy ze ztráty manžela

**Objektivně:** sebenegující slovní vyjádření

**Cíl:** Klientka bude vyjadřovat pozitivní sebehodnocení během hospitalizace.

**Ošetrovatelské intervence:**

Povzbuzujte klientku k vyjádření svých pocitů.

Zapojte do spolupráce ergoterapeutku, se kterou naplánujete činnosti ve tvůrčí dílně.

Podporujte nezávislost klientky v každodenních činnostech a naplňování terapeutického režimu.

Posilujte pozitivní přístupy, schopnosti a pohled klientky na sebe sama.

**Hodnocení:** Během hospitalizace se podařilo jen částečně zvýšit pozitivní sebehodnocení.

### **10.3 Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

#### **00047 Riziko porušení kožní integrity související s používáním plenkových kalhotek a zhoršenou pohyblivostí**

**Cíl:** U klientky po dobu hospitalizace nedojde k porušení kožní integrity.

##### **Ošetrovatelské intervence:**

Posuďte riziko vzniku dekubitů dle škály Northonové.

Zajistěte klientce antidekubitární matraci a klientku polohujte v pravidelných intervalech.

Zajistěte kompenzační pomůcky pro polohování.

Udržujte lůžko klientky čisté a suché.

Pravidelně ošetřujte kůži hydratačními krémy a zajistěte zvýšenou hygienu v intimních oblastech .

Pravidelně vyměňujte plenkové kalhotky.

**Hodnocení:** U klientky nedošlo během hospitalizace k porušení kožní integrity.

#### **00155 Riziko pádu související se sníženou mobilitou**

**Cíl:** U klientky nedojde během hospitalizace ke vzniku úrazu způsobený pádem.

##### **Ošetrovatelské intervence:**

Zajistěte bezpečné prostředí v okolí klientky - postranice, suchá podlaha, madla, protiskluzné a kompenzační pomůcky.

Všimněte si správnosti používání kompenzačních pomůcek a zajistěte i vhodnou edukaci pro rodinu.

Zajistěte zvýšený dohled nad klientkou.

Edukujte rodinu a klientku o bezpečnostních opatřeních v domácím prostředí.

**Hodnocení:** U klientky nedošlo ke vzniku úrazu způsobeným pádem.

## 10.4 Podporující ošetrovatelské diagnózy

**00082 Efektivní léčebný režim, související s požadavky jedince a rodiny projevující se:**

**Subjektivně:** slovním vyjádřením klientky omezit rizikové faktory onemocnění a jejich důsledků

**Objektivně:** klientka chce omezit rizikové faktory onemocnění

**Cíl:** Klientka pochopí léčebný režim nemoci.

**Ošetrovatelské intervence:**

Podporujte klientku v úsilí omezit rizikové faktory onemocnění.

Zjistěte, zda má klientka dostatek informací o svém zdravotním stavu.

Hovořte s klientkou o jejích cílech v oblasti terapie.

Podporujte klientky aktivitu v oblasti pozitivních změn v každodenním životě.

**Hodnocení:** Klientka pochopila léčebný režim nemoci.

**00163 Ochota ke zlepšení výživy související s nadváhou, projevující se:**

**Subjektivně:** verbalizací klientky

**Objektivně:** nadváha klientky

**Cíl:** Klientka se bude stravovat pravidelně a mít informace o zdravé stravě a volbě tekutin.

**Ošetrovatelské intervence:**

Pomozte klientce si uspořádat režim dne, tak aby se stravovala pravidelně.

Sledujte pravidelně tělesnou váhu klientky.

Motivujte klientku k rozhodnutí vést aktivní život a kontrolovat způsob stravování.

**Hodnocení:** Klientka se stravuje pravidelně a má znalosti o zdravé stravě a volbě tekutin.

**00084 Hledání zdravého životního stylu související s posílením zdraví:**

**Subjektivně:** verbalizací klientky

**Objektivně:** klientka vyjadřuje přání o podpoře svého zdraví tím, že chce přestat kouřit

**Cíl:** Klientka je edukována o zdravém životním stylu a nebezpečí kouření.

**Ošetrovatelské intervence:**

Sestavte edukační plán.

Pomozte klientce s plánováním změny v životních návycích.

Povzbuzujte klientku v úsilí při hledání zdravého životního stylu.

**Hodnocení:** Klientka byla edukována o zdravém životním stylu a nebezpečí kouření.

# 11 EDUKAČNÍ PLÁN

## 11.1 Edukace klientky v oblasti zdravého životního stylu

<b>Účel</b>	Poskytnout klientce dostatek informací ohledně zdravého životního stylu			
<b>Cíl</b>	Během 30minut bude klientka schopna pochopit důležitost zdravého životního stylu, definuje většinu z vysvětlované problematiky			
<b>Pomůcky</b>			<b>Výukové metody</b>	
Brožura, letáky			Rozhovor	
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
<b>K</b> <b>A</b>  <b>P-M</b>	K. bude mít dostatek informací ohledně dodržování pravidelného stravování a správného výběru potravin a tekutin	K. vysvětlím zásady zdravého stravování a vyjmenuji vhodné potraviny, které je nutné zařadit do jídelníčku	10 minut	K. zná zásady zdravého stravování a vyjmenovala vhodné potraviny, které zařadí do svého jídelníčku
<b>K</b> <b>A</b>  <b>P-M</b>	K. pochopí riziko kouření vzhledem k jejímu onemocnění	K. vysvětlím riziko kouření vzhledem k jejímu onemocnění	10 minut	K. chápe riziko kouření vzhledem k jejímu onemocnění
<b>K</b> <b>A</b> <b>P-M</b>	K. bude znát důležitost pravidelných návštěv u svého praktického lékaře a měření krevního tlaku	K. vysvětlím důležitost pravidelných návštěv praktického lékaře a měření krevního tlaku	10 minut	K. zná důležitost pravidelných návštěv u praktického lékaře a měření krevního tlaku
<b>A</b> <b>P-M</b>				
<b>A</b> <b>P-M</b>				

Vysvětlivky: K-kognitivní, A – afektivní, P-M - psychomotorický



## 11.2 Edukace klientky ohledně správného užívání předepsaných léků

<b>Účel</b>	Poskytnout klientce dostatek informací ohledně dodržování správného užívání předepsaných medikací v domácím ošetřování			
<b>Cíl</b>	Během 30 minut klientka bude schopna pochopit dodržování správného užívání předepsaných medikací v domácím ošetřování			
<b>Pomůcky</b>			<b>Výukové metody</b>	
Soupis léků předepsaných k domácímu užívání			Rozhovor	
<b>Druh cíle</b>	<b>Specifické cíle</b>	<b>Hlavní body plánu</b>	<b>Časová dotace</b>	<b>Hodnocení</b>
K A P-M	K. bude znát nutnost správného užívání předepsaných medikací	K. vysvětlím nutnost dodržování správného užívání předepsaných medikací	10 minut	K. zná nutnost dodržování správného užívání předepsaných medikací
K A P-M	K. vyjádří své dotazy, popřípadě obavy	K. umožním vyjádřit své dotazy, popřípadě obavy, zodpovím dotazy	10 minut	K. nemá obavy, dotazy byly zodpovězeny
K A P-M	K. popíše rizika plynoucí z nedodržení správného užívání předepsaných medikací	K. popíše rizika plynoucí z nedodržení správného užívání předepsaných medikací	10 minut	K. popsala rizika plynoucí z nedodržení správného užívání předepsaných medikací

Vysvětlivky: K-kognitivní, A – afektivní, P-M - psychomotorický

## 12 DISKUZE

Ve své práci se zabývám ošetrovatelským procesem u klientky po ischemické cévní mozkové příhodě. Sběr dat probíhal průběžně během hospitalizace a opakované rehabilitace klientky v našem zdravotnickém zařízení. Tento sběr byl proveden formou nahlížení do zdravotnické dokumentace a rozhovory s klientkou, její rodinou i lékařem. Klientka byla na oddělení následné péče přijata po ischemické cévní mozkové příhodě s pravostrannou hemiparézou a dysartrií. Po přijetí na oddělení bylo provedeno měření dle škál s následujícím vyhodnocením: riziko vzniku dekubitů dle Northonové – 24 bodů pro riziko vzniku dekubitů, Barthelův test základních všedních činností – 50 bodů, tedy závislost středního stupně, hodnocení rizika pádu – 6 bodů pro riziko pádu, BMI – 30 - obezita. Z tohoto šetření vyplývá, že je klientka závislá na ošetrovatelské péči a pomoci při vykonávání všedních denních činností. Důležitou roli v ošetrovatelské péči sehrává nácvik soběstačnosti, intenzivní rehabilitace a logopedie.

Na základě získaných dat z rozhovoru s klientkou byly za pomoci modelu M. Gordonové zmapovány problematické oblasti, na jejichž základě byly sestaveny ošetrovatelské aktuální, potencionální a podporující ošetrovatelské diagnózy. V ošetrovatelském plánu byly stanoveny dvě krátkodobé aktuální diagnózy: akutní bolest související s menses a akutní bolest související s distenzí tibiofibulárního vazů. Cílem akutní bolesti při menses bylo zmírnění nebo odstranění bolesti do 30 minut po subjektivních stížnostech. Při dotázání se klientky byl udán ústup bolesti. Bolest se již neopakovala, cíl byl splněn a proto byla následně diagnóza ukončena. Akutní bolest související s distenzí tibiofibulárního vazů. Distenze u klientky vznikla na základě neschopnosti provést dorsální flexi hlezenního kloubu při chůzi. Cílem bylo zmírnit bolest do dvou hodin od subjektivních stížností. Cíl byl splněn, podařilo se zmírnit bolest do jedné hodiny, avšak po odeznění účinku podaného analgetika, byla bolest udávána klientkou opakovaně. Po ortopedickém konziliu byla klientce dána ortéza, kdy byla oblast kotníku zafixována. Během přetrvávání bolesti se u klientky hodnotila intenzita pomocí Melzackovy škály. Sedmý den od udání subjektivních stížností bolest odezněla a klientka již nevyžaduje analgetika. Fixace kotníku ortézou byla zrušena a následně i ukončena ošetrovatelská diagnóza. Další problematické oblasti, které pacientku provázely téměř po celou dobu hospitalizace se týkaly sebepéče. Deficit sebepéče při koupání a hygieně související s pravostrannou hemiparézou. Cílem bylo, aby klientka prováděla hygienu

na úrovni svých schopností. Diagnóza byla ukončena pětatřicátý den hospitalizace, kdy klientka zvládá hygienickou péči na úrovni svých schopností. Deficit sebepečce při jídle též souvisel s parézou pravé horní končetiny, kdy bylo třeba myslet na to, že klientka je pravák. Naším cílem bylo, aby byla klientka schopna se obsloužit a najíst zcela sama. Během hospitalizace se prováděl u klientky nácvik úchopu pravé ruky a vzhledem k neobratnosti i levé ruky se zpočátku trénovala schopnost se najíst lžící levou rukou a postupně se začal cvičit úchop pravé ruky. Hrubá i jemná motorika byla trénována též na základě pravidelných odpoledních návštěv dílny, kde za pomoci ergoterapeutky vytvářela klientka výrobky z keramiky nebo byla zaměstnána jinými výtvarnými činnostmi. Diagnóza byla ukončena šestnáctý den hospitalizace, kdy se klientka najedla samostatně. Další problémovou oblastí bylo oblékání a úprava zevnějšku opět související se zhoršenou hybností pravých končetin. Klientka měla z domova donesené vlastní oblečení, kdy byl zvolen oděv s velkými knoflíky a kalhoty do gumy. Za pomoci zdravotního personálu se klientka učila oblékat si nejdříve pravou paretickou ruku i nohu. Při svlékání se tomu učila obráceně. Boty byly doporučeny uzavřené sportovní na suché zipy, pro snadnější manipulaci při uzavírání bot. Klientce byl poskytnuta dlouhá obouvací lžice pro snadnější nazouvání obuvi. V koupelně bylo k dispozici velké zrcadlo a poličky na odložení toaletních potřeb, kde měla klientka možnost úpravy zevnějšku. Cílem bylo, že se klientka naučí novému způsobu péče o sebe sama a bude umět používat kompenzační pomůcky. Cíl byl splněn třináctý den hospitalizace, kdy klientka byla schopna pomocí obouvací lžice si obout sportovní boty, samostatně zvládla oblékání a úpravu zevnějšku. Deficit sebepečce při vyprazdňování související se zhoršenou mobilitou. Cílem bylo, aby klientka zvládla přesun na toaletní křeslo. Klientka byla zpočátku vysazována na podložní mísu, ale vzhledem k zachování soukromí se začal trénovat za pomoci zdravotnického personálu přesun na toaletní křeslo a převezení klientky na toaletu, která byla součástí pokoje. Jedenáctý den hospitalizace zvládla klientka přesun na toaletní křeslo za dopomoci personálu a následně byla diagnóza ukončena. Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči související s vyprazdňováním moči do plenkových kalhot. Cílem bylo, že klientka nebude používat plenkové kalhoty, což se podařilo devátý den hospitalizace. Klientka se v pravidelných intervalech vysazovala na podložní mísu nebo toaletní křeslo a byla obnovena kontinence moči. Klientka v době, kdy používala plenkové kalhoty k vyprazdňování moči se svěřila ošetřujícímu personálu se svými pocity studu a byla ochotná tento problém řešit. Byla jí nabídnuta pomoc ze strany personálu na základě pozitivních zkušeností, kdy se snažíme, v co nejkratší době své klienty pobízet ke snaze

zlepšit vyprazdňování moči, pravidelným vysazováním na toaletu po dvou hodinách a provádět nácvik kontinence moči. Pokud se jedná o klienty, kteří mají zavedený permanentní močový katétr je naší snahou, co nejdříve cévku odstranit a začít s nácvikem kontinence moči. Dále byla u klientky zjištěna chronická bolest související s tělesným postižením v oblasti bederní páteře. Na základě subjektivních stížností bylo svoláno rehabilitační konzilium a následně dle ordinace lékaře byly aplikovány na bederní část páteře termosáčky a prováděny techniky měkkých tkání. Klientka byla taktéž poučena o úlevových polohách, které zmírňovaly bolest. Během přetrvávání bolesti se u klientky denně hodnotila intenzita pomocí Melzackovy škály. Cílem bylo, aby klientka vyjadřovala verbálně i neverbálně úlevu a dosáhla pohody. Cíl byl splněn šestý den hospitalizace, kdy klientka vyjadřuje úlevu od bolesti a již nevyžaduje analgetika. Diagnóza byla ukončena. Zhoršená verbální komunikace související s poškozením mozku. Cílem bylo, aby klientka sdělovala své potřeby bez pocitů frustrace. Cíl byl splněn částečně, neboť klientka komunikuje se zdravotnickým personálem bez potíží, ale před rodinou má pocity méněcennosti. Rodina byla zapojena do spolupráce. Po domluvě s logopedem nám byly doporučeny pomůcky k usnadnění komunikace například afatický slovník a piktogramy. Tyto pomůcky byly nabídnuty k zapůjčení i rodinným příslušníkům pro zlepšení jistoty klientky v komunikaci. Zhoršená pohyblivost související s poškozením neuromuskulárním. Cílem bylo, aby klientka během hospitalizace prováděla intenzivní rehabilitaci jemné i hrubé motoriky a za pomoci fyzioterapeuta prováděla indikované rehabilitační cvičení. U klientky se cvičila hrubá i jemná motorika pomocí dřevěného panelu, dále tvořením výrobků z keramiky a jinými výtvarnými činnostmi. Tato diagnóza byla ukončena po propuštění klientky do domácího ošetřování. Poškozená paměť související s postižením mozku. Cílem bylo, aby klientka dokázala akceptovat omezení paměti v důsledku jejího zdravotního stavu. Klientka trénovala paměť pomocí křížovek, občas si nemohla vzpomenout na nějaké slovo, ale pocity devalvace neměla. Cíl byl splněn a diagnóza byla ukončena sedmnáctý den hospitalizace. Strach související s obavami z budoucnosti. Cílem bylo, aby u klientky během hospitalizace došlo k eliminaci zdroje strachu. Přes podávání dostatečných informací a poskytnutí prostoru k otázkám, byla tato diagnóza splněna částečně. Přerušovaný život rodiny související s invaliditou. Cílem bylo, aby rodina podporovala klientku v léčbě a udržovala s ní kontakt. Přestože, došlo u klientky k rozpadu manželství během hospitalizace, byla klientka nadále podporována v léčbě svými rodiči a dětmi. Cíl byl splněn a diagnózy byla ukončena v den propuštění. Situačně snížená sebeúcta související se ztrátou zdraví. Cílem bylo, aby klientka během hospitalizace

vyjadřovala pozitivní sebehodnocení. Klientka navštěvovala denně tvůrčí dílnu, kde se snažila odreagovat od náhle vzniklých problémů s manželem. Výrobky, které společně vytvořila vedly k pozitivnímu sebehodnocení a však měla občasné stavy se sníženou sebeúctou. Cíl byl i přes její snahu a aktivitu splněn částečně. Potencionální ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny: riziko porušení kožní integrity. Cíl byl splněn, k porušení kožní integrity během hospitalizace nedošlo. Druhou potencionální diagnózou bylo riziko pádu. Cíl byl splněn během hospitalizace nedošlo k úrazu v důsledku pádu. Jako podporující ošetřovatelské diagnózy jsem si zvolila efektivní léčebný režim související s požadavky jedince a rodiny. Cílem bylo, aby klientka pochopila léčebný režim nemoci. Tento cíl byl splněn. Druhou podporující ošetřovatelskou diagnózou byla ochota ke zlepšení výživy související s nadváhou. Cílem bylo, aby se klientka stravovala pravidelně a měla dostatečné informace o zdravé stravě a správné volbě tekutin. Cíl byl splněn, klientce se podařilo během hospitalizace snížit svojí hmotnost o 4 kilogramy pravidelným stravováním. Třetí podporující diagnózu jsem stanovila hledání zdravého životního stylu. Cílem bylo edukovat klientku o zdravém životním stylu a nebezpečí kouření. Tento cíl byl splněn. Současně při propuštění klientky bylo provedeno měření škál s následujícím vyhodnocením: riziko vzniku dekubitů dle Northonové –31, kdy nehrozí riziko vzniku dekubitů, Barthelův test základních všedních činností- 90 bodů lehká závislost, riziko vzniku pádu – 3 body , BMI –29 nadváha. Současný stav klientky bylo možné zhodnotit na základě krátkodobé opakované rehabilitace v našem zdravotnickém zařízení po šesti měsících. Bylo provedeno opakované měření škál při opakované hospitalizaci s následujícími výsledky: Barthelův test – 95 lehká závislost, BMI – 27, což je nadváha. Na základě těchto výsledků a následným porovnáním výsledků při měření škál při propuštění klientky do domácí péče je zřejmé, že klientka během pobytu doma snížila svojí hmotnost o dalších 6 kilogramů a byla zjištěna lehká závislost klientky při vykonávání všedních denních činností. V současné době klientka nekouří, začala se věnovat psaní vlastní knihy o svém onemocnění a následných změnách v jejím životě, našla si přítele, se kterým plánují společnou budoucnost. U aktuálních diagnóz z hlediska splnění cílů, byla oblast biologických potřeb úspěšnější než oblast potřeb psychických. V porovnání s bakalářskou prací se stejnou tematikou musím konstatovat, že jsme se s autorkou shodly na hodnocení potřeb. Častěji jsou především uspokojovány biologické potřeby člověka před potřebami psychickými. Jako hlavní problém v našem zdravotnickém zařízení vnímám to, že se na psychickou pomoc psychologem zapomíná. Vzhledem k tomu, že jsou do našeho zdravotnického zařízení přijímáni klienti stále mladšího věku, ať

už po úrazech nebo po cévních mozkových příhodách, začalo vedení nemocnice v současné době uvažovat o externím psychologovi. Tento psycholog by měl být k dispozici, jak našim klientům, tak i našim zaměstnancům.

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči a najít případné problémové oblasti. Domnívám se, že mé cíle byly splněny a práce může přispět ke zlepšení informovanosti zdravotnického personálu o problematice tohoto postižení a poukázat na specifickou ošetrovatelskou péči.

## Závěr

V teoretické části je popisována stručná anatomie a fyziologie mozku. Další kapitoly jsou zaměřeny na cévní mozkovou příhodu, její typy, rizikové faktory vzniku mozkové příhody, prevenci, diagnostiku a dostupné možnosti léčby. Problematika a specifika ošetrovatelské péče u tohoto onemocnění jsou podrobně rozpracována v jednotlivých oblastech na modelu Marjory Gordonové, které jsou zaměřeny na problémy biologických a psychických potřeb člověka. Teoretická část je zakončena kapitolou úloha sestry v prevenci cévní mozkové příhody.

Praktická část je věnována kazuistice klientky po ischemické cévní mozkové příhodě. Na základě zjištěných dostupných dat je vypracován návrh ošetrovatelského a edukačního plánu. Během hospitalizace došlo ke zhoršení psychického stavu klientky z důvodu rodinných problémů a následnému rozvodu, kdy nebyla poskytnuta klientce psychologická pomoc. Tento problém vnímám jako zásadní, neboť psychický stav klientky měl vliv na ztrátu motivace k rehabilitačnímu cvičení. V současné době se v našem zdravotnickém zařízení zvažuje spolupráce s externím psychologem. Jako pozitivní skutečnost hodnotím práci ergoterapeutky, která denně zaměstnávala klientku v tvůrčí dílně, kde měla klientka možnost částečného odpoutání se od psychických problémů.

Vzhledem k tomu, že klientce byl poskytnut krátkodobý rehabilitační pobyt v našem zdravotnickém zařízení s půlročním odstupem po propuštění z první hospitalizace, bylo možné zhodnotit její současný stav.

Myslím si, že moje bakalářská práce splnila stanovené cíle a mohla by přispět ke zlepšení informovanosti zdravotnického personálu o problematice onemocnění cévní mozkové příhody a poukázat na specifika ošetrovatelské péče o klienty s tímto postižením. Zároveň by tato práce mohla posloužit jako podnět k uskutečnění semináře.

## Seznam zdrojů

- AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707.
- BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie: Část speciální I*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010, 707 s. ISBN 978-807-3873-899.
- CSÉFALVAY, Zsolt. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2007, 175 s. ISBN 978-807-3673-161.
- FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
- FEIGIN, Valery L. *Cévní mozková příhoda: prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2007, 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
- HERZIG, Roman. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2008. Jessenius. ISBN 978-80-7345-148-6.
- HROMOVÁ, Miroslava, Jaroslava NOVÁKOVÁ a Gabriela BENADOVÁ. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie: časopis českých a slovenských neurologů a neurochirurgů*. Olomouc: Neurovaskulární kongres, 2010. ISBN 1210-7859.
- JANSOVÁ, Jana. Význam spolupráce LDN oddělení s rehabilitační sestrou a dalšími odborníky v léčbě pacientů po mozkových příhodách. *Sestra*. 2009, roč. 19, 7-8, s. 80-81. ISSN 1210-0404.
- JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 424 s. ISBN 80-726-2312-5.
- JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, 225 s. ISBN 80-701-3390-2.



KALINA, Miroslav. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 231 s. ISBN 978-807-3871-079.

KALITA, Zbyněk. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006, 623 s. ISBN 80-859-1226-0.

KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.

KOVAŘÍKOVÁ, Jaroslava. *Komplexní ošetrovatelská péče o klienty po cévní mozkové příhodě*. České Budějovice, 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr.Dita Nováková Ph.D.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0

KUBRICKÁ, Jana. Cévní mozkové příhody. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 9, s. 39-41. ISSN 1210-0404.

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

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, 367 s. ISBN 80-246-0502-3.

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-2471135-5.

PIECKOVÁ, Lenka. Rehabilitační ošetřovatelství v práci sestry. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 6, s. 34-35. ISSN 1210-0404.

ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Somatologie: učebnice*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2009, 259 s. ISBN 978-80-7357-454-3.

SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 188 s. Sestra. ISBN 978-802-4717-753.

SPENCE, J. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. 1. vyd. Překlad Václav Petr. Praha: Triton, 2008, 255 s. ISBN 978-807-3870-584.

TRACHTOVÁ, Eva, Dagmar MASTILIAKOVÁ a Gabriela FOJTOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

TYRLÍKOVÁ, Ivana. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999, 288 s. ISBN 80-701-3287-6.

VAŇÁSKOVÁ, Eva. *Testování v rehabilitační praxi - cévní mozkové příhody*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 65 s. ISBN 80-701-3398-8.

WHO. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti : průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vyd. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada Publishing, 2004, 199 s. ISBN 80-247-0592-3.

## **Seznam příloh**

Pec na vypalování keramických výrobků našich klientů

Fotografie výrobků klientky při ergoterapii- keramická dílna

Fotografie výrobku klientky při ergoterapii- ubrousková metoda

Pomůcka k rehabilitaci jemné motoriky

Pomůcka k rehabilitaci hrubé motoriky

## Přílohy

### Příloha č. 1 : Pec na vypalování keramiky

Zdroj: vlastní

Pec, kterou vlastní naše zdravotnické zařízení pro ergoterapii



**Příloha č.2 : Výrobky klientky z keramické dílny**

**Zdroj:** vlastní, fotografie pořízeny s ústním souhlasem klientky











**Příloha č. 3 : Výrobek klientky vytvořený ubrouskovou technikou**

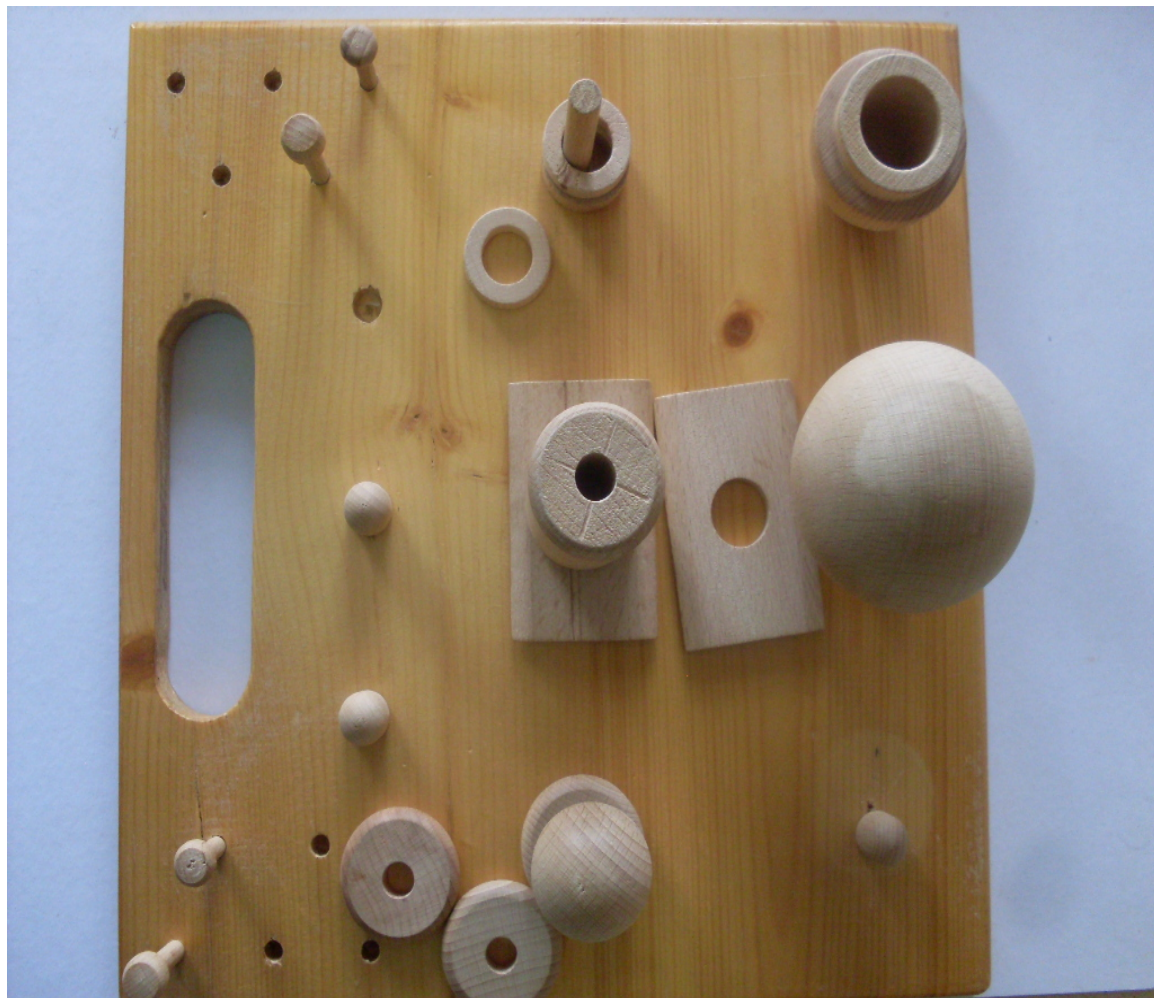
**Zdroj:** vlastní, fotografie pořízeny s ústním souhlasem klientky





**Příloha č. 4 : Pomůcka k rehabilitaci jemné motoriky- dřevěný panel**

**Zdroj:** vlastní



**Příloha č. 5 : Pomůcka k rehabilitaci hrubé motoriky- dřevěný panel**

**Zdroj:** vlastní

