

Universita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství

ID studijního oboru 5341R003

Šárka Vojtková

Ošetrovatelská kasuistika nemocné s cévní mozkovou příhodou

Case study of a pacient with cerebrovascular akcident

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Mlýnková Jana

Praha, 20. 3. 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze 20. 3. 2009

Šárka Vojtková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za cenné rady a připomínky vedoucí mé závěrečné práce Mgr. Janě Mlýnkové.

OBSAH:

A.	ÚVOD	5
B.	KLINICKÁ ČÁST	7
1.	Charakteristika onemocnění	7
1.1	Etiologie onemocnění	7
1.2	Symptomatologie	9
1.3	Diagnostika	9
1.4	Léčba podle typu CMP	10
1.4.1	Léčba ischemické CMP	11
1.4.2	Léčba hemoragické CMP a SAK	12
1.5	Prognóza	12
1.6	Primární a sekundární prevence	13
1.7	Následná a rehabilitační péče	13
1.8	Ambulantní péče	14
2.	Základní identifikační údaje nemocné	16
2.1	Lékařská anamnéza	16
2.2	Diagnózy	17
2.3	Přehled provedených vyšetření	17
2.3.1	Fyziologické funkce	17
2.3.2	Laboratorní vyšetření	18
2.4	Přehled terapie	20
2.5	Průběh hospitalizace	22
C.	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	24
3.	Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky	24
3.1	Subjektivní náhled na nemoc a hospitalizaci	24
3.2	Základní potřeby	24
3.3	Ošetrovatelské problémy	28
3.4	Plán ošetrovatelské péče	29
4.	Závěr a prognóza	42
D.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ INFORMACÍ	43
E.	SEZNAM PŘÍLOH	44

A. ÚVOD

Cévní mozkové příhody představují skupinu chorob s vysokou nemocností a úmrtností, kterým je dnes po právu věnována velká pozornost. Jejich následky mají závažný celospolečenský dopad. Snaha co nejlépe jim předcházet a co nejlépe je léčit s využitím nových poznatků, výsledků rozsáhlých celosvětových studií, je snahou neurologů posledních let. Jako přelom v této problematice můžeme označit výsledky americké studie s užitím tkáňového aktivátoru plasminogenu v léčbě ischemické cévní mozkové příhody do tří hodin od vzniku příhody. Tato metoda prokázala jednoznačný benefit trombolýzy za splnění přísných indikačních kritérií. Možnost rychlé diagnostiky a rychlé dostupnosti kvalitní péče (nejlépe v iktových jednotkách) posouvá naše možnosti v této problematice dále.

Nejenom ve světě, ale i u nás zájem o cerebrovaskulární problematiku mezi neurology stoupá a péče o tyto nemocné se pomalu a jistě přesouvá z interních oddělení na neurologická. Budují se iktové jednotky, poskytující komplexní péči diagnostickou i terapeutickou, ze které může pacient maximálně profitovat. Předpokladem úspěchu je těsná spolupráce jednotlivých oborů (neurolog, internista, angiochirurg, psycholog, logoped, rehabilitační a event. sociální pracovníci). Bylo provedeno mnoho studií, které ukázaly, že pacienti léčení v iktových centrech mají větší pravděpodobnost dobrého výstupu a menší nutnost následné dlouhodobé institucionální péče. Benefit z léčení v iktových centrech přetrvává více než 10 let po příhodě a úspěch terapie v iktových centrech je tak velký, jaký je potenciální benefit akutní terapie ischemického iktu tkáňovým aktivátorem plazminogenu.

Mozková mrtvice je onemocnění, na které ročně umírá mnoho lidí. Po nemocech srdce a zhoubných nádorech se řadí na třetí místo jako nejčastější příčina úmrtí. Zatímco ve většině vyspělých států byl v posledních 10-20 letech díky důsledné prevenci zaznamenán výrazný pokles úmrtnosti na centrální mozkové příhody, Česká republika patří stále mezi státy s vysokou úmrtností. Centrální mozková příhoda je definována jako rychle se rozvíjející známky ložiskové ztráty mozkových funkcí, kde příznaky přetrvávají déle než 24 hodin

nebo vedou ke smrti a není zde známa jiná než cévní příčina. V praxi to znamená, že může dojít k prasknutí nebo k ucpání některé mozkové cévy. To má za následek poškození okolní mozkové tkáně. Ta je buď poškozena tlakem krve proudící z prasklé cévy, nebo se jí nedostává životně důležitého kyslíku a živin. V rámci studia jsem se začala zajímat o akutní medicínu. V současné době pracuji na iktové jednotce. Z výše uvedených důvodů jsem si vybrala právě pacientku s cévní mozkovou příhodou.

B. KLINICKÁ ČÁST

1. Charakteristika onemocnění

Definice a vymezení chorobného stavu

Dle WHO je *cévní mozková příhoda* (dále CMP, nebo iktus) definována jako náhle vzniklý neurologický ložiskový nález, trvající déle než 24 hodin, způsobený poruchou cévního zásobení.

Dělí se na tři typy: 1. ischemické (iCMP s výskytem v 80-85%)

2. intracerebrální krvácení (v 10-15%)

3. subarachnoideální krvácení (SAK v 5%) (3)

Epidemiologická charakteristika

CMP je po infarktu myokardu a nádorových onemocněních třetí nejzávažnější příčinou úmrtí obyvatel vyspělého světa. Je příčinou úmrtí každého šestého občana ČR. V přepočtu bylo v roce 2002 hospitalizováno 639 osob na 100 000 obyvatel. Hospitalizační letalita (počet zemřelých na 100 hospitalizovaných) je 12%. Zhruba polovina všech pacientů s CMP však umírá do 1 roku od příhody. V roce 2002 celkem zemřelo na CMP v ČR 16 536 osob. (ÚZIS ČR, 2004)

(3)

1.1 Etiologie onemocnění

Ischemické cévní mozkové příhody vznikají v důsledku poruchy prokrvení určité oblasti mozku nebo celého mozku s následnou hypoxií (nedostatek kyslíku) mozkové tkáně. Příčiny zodpovědné za hypoxii jsou vaskulární, a to hlavně ateroskleróza. Tento patologický proces způsobuje difúzní chronické degenerativní onemocnění tepen vedoucí ke změnám jejich stěny s následným zúžením až úplným uzávěrem průsvitu cév. Dalšími příčinami mohou být různá onemocnění srdce způsobující vedle difúzní mozkové hypoxie, také čistě ložiskové postižení mozku v důsledku embolizace, která často doprovází onemocnění koronárních tepen, fibrilace síní

a onemocnění srdečních chlopní. Pak to jsou hematologické příčiny, a to zejména abnormity koagulačních mechanismů, které se podílejí na procesu srážlivosti krve, výsledným projevem je zvýšená tvorba trombů neboli krevních sraženin. (1)

Hemoragie – krvácení do mozkové tkáně vzniká v důsledku ruptury cévní stěny některé z mozkových arterií. Krev může z postižené cévy vytékat buď pomalu a okolní tkáň utlačovat nebo prudce tryskat a devastovat okolní mozkové struktury. Mozkové krvácení netraumatického původu jsou v 80 % způsobena postižením cévní stěny chronickou arteriální hypertenzí, tzv. typická krvácení, 20 % tvoří krvácení jiného původu, tzv. atypická krvácení. Mezi atypické krvácení patří cévní malformace, zejména arteriovenózní. Jde o kongenitální vývojové cévní abnormity se zachovanou primitivní komunikací mezi artériemi a vénami. Venózní angiomy jsou většinou klinicky němé, krvácejí velmi zřídka. Kavernózní angiomy jsou nejčastější příčinou krvácení v oblasti bílé hmoty mozkových hemisfér. Parenchymová krvácení vzniká většinou sekundárně destrukcí mozkové tkáně proudem krve z prasklého aneurysmatu. (1)

Subarachnoidální krvácení (SAK) je krvácení do subarachnoidálního prostoru, nejčastěji bazálních cisteren. Jde o krvácení ze zdroje. Nejčastější zdroj představuje aneurysma (95 %), méně často arteriovenózní malformace (5 %). U SAK se setkáváme s charakteristickými komplikacemi, a to recidivou krvácení, vasospasmy a hydrocefalem. Arteriální spasmy způsobené permanentním pronikáním kalciových iontů do nitra buněk hladkých svalů cévní stěny hlavních odstupujících arterií Willisova okruhu, mohou způsobit významné mozkové infarkty. SAK dále vyvolává nitrolební hypertenzi, která sama je příčinou difúzní mozkové hypoxie. Dalším typickým nálezem je postupný rozvoj meningeálního syndromu, což je náhlý vznik intenzivní bolesti hlavy, poruchy vědomí, zvracení a ztuhlost šíje. (1, 10)

1.2 Symptomatologie

Projevy CMP závisí na poškozené oblasti. Nejtypičtějším obrazem bývá paréza (částečné ochrnutí) až plegie (úplné ochrnutí), a to jednostranné, horní či dolní končetiny, s poklesem ústního koutku a se ztrátou vnímání tepla, doteku či bolesti. Může dojít ke ztrátě schopnosti slovům rozumět nebo je tvořit (afázie). Pacienti nejsou schopni vykonávat složitější účelné pohyby (apraxie). Dalším častým příznakem je porucha vidění, například výpadek čtvrtiny, poloviny nebo celého zorného pole, dvojité vidění a ztráta akomodace. Pacient často trpí nevolností, závratěmi, je nejistý v chůzi a má nekoordinované pohyby.

Velmi závažné je postižení prodloužené míchy, kde se nacházejí důležitá centra pro řízení funkcí celého organismu. Porucha polykání, obrna jazyka, měkkého patra a hlasivek spolu se změnami srdečního a dechového rytmu mohou mít fatální následky. (1, 2)

Typy ischemických CMP

1. *transitorní ischemická ataka (TIA)* - kompletně odezní do 24 hodin
2. *reverzibilní CMP (minor stroke)* - trvá déle než 24 hodin, odeznívá do 14 dnů, někdy zůstane drobný funkční deficit trvale
3. *progredující CMP (major stroke)* - narůstá hypoxie a progrese symptomů, kompletní iktus. (3)

1.3 Diagnostika

Základem diagnostiky je anamnéza, klinické neurologické vyšetření, laboratorní a další pomocná vyšetření. Pátráme především po onemocněních kardiovaskulárního aparátu a po cévních onemocněních v rodině.

Výpočetní tomografie (CT) je metodou volby. S jistotou rozliší hemoragickou mozkovou příhodu od příhody ischemické. Základním principem CT je přesná registrace rtg záření procházejícího vyšetřovanou tkání detektorem a následné matematické zpracování takto naměřených hodnot.

Magnetická resonance (MR) – při tomto vyšetření jsou využívány pulsy z frekvenčního pásma rozhlasových vln. Podmínkou je uložení pacienta do centra silného magnetu. K diagnostickým účelům zobrazování využíváme homogenní magnetické pole.

Mozková angiografie (AG) je metoda, která spočívá v zobrazení mozkových tepen po aplikaci kontrastní látky do cévního systému. V současné době další modalita, kterou můžeme vyšetření provést, je s použitím MR a CT.

Duplexní ultrazvukové vyšetření krčních tepen je neinvazivní, levné a libovolně opakovatelné vyšetření, které lze provést i u lůžka pacienta. V posledních letech se stává skrínigovou metodou pro detekci stenózy nejen v oblasti karotické bifurkace, ale také v subklaviálně-vertebrálním řečišti. Transkraniální dopplerometrické vyšetření (TCD) a transkraniální barevná duplexní sonografie (TCCS) jsou další z neinvazivních metod. Využívají se v detekci stenózy a okluze intrakraniální tepny. Díky libovolné opakovatelnosti a možnosti provedení u lůžka, a to i u neklidných pacientů, se postupně transkraniální ultrazvukové vyšetření (TCD nebo TCCS) stává metodou první volby u pacientů s CMP. Transkraniální barevná duplexní sonografie je schopna mimo diagnostiky cévní patologie také detekovat krvácení, monitorovat přetlak střední čáry a nárůst nitrolební hypertenze.

Kardiologické vyšetření je u CMP rovněž nezbytné, neboť některé z nich jsou důsledkem právě onemocnění srdce. Mezi ně patří elektrokardiografie, echokardiografie, transezofageální echokardiografie. (1, 10)

1.4 Léčba CMP

Terapie CMP v akutní fázi onemocnění může být úspěšná pouze tehdy, je-li zahájena co nejdříve, kdy je naděje na úspěšné terapeutické ovlivnění mozkové hypoxie. Včasné zahájení léčby představuje pouhých 3-6 hodin, potom pravděpodobnost terapeutického efektu klesá, po 12 hodinách je již minimální. Dalším předpokladem úspěšné terapie je hospitalizace nemocného

na jednotce intenzivní péče. Komplexní léčbu v akutním období CMP můžeme rozdělit na léčbu celkovou, společnou jak příhodám ischemickým, tak krvácivým a na cílenou léčbu medikamentózní a chirurgickou podle typu mozkové příhody.

Celková léčba znamená okamžité zahájení všeobecné intenzivní péče zaměřené na stabilizaci vitálních funkcí, zajištěním dostatečného přívodu kyslíku, stabilizaci vnitřního prostředí a prevenci komplikací. (1)

1.4.1 Léčba ischemické CMP

Fybrinolytická léčba (*trombolýza*) přímo aktivuje tkáňový plasminogen na plasmin, který štěpením fibrinu rozpouští trombus uzavírající tepnu, obnovuje cirkulaci krve v cerebrální oblasti a omezuje poškození mozkové tkáně. Intravenózní systémová trombolýza je podání trombolytika do žíly. Léčbu je nutné podat do 3 hodin od vzniku CMP. Intraarteriální trombolýza je metoda, při níž se během AG vyšetření do ucpané cévy zavede tríslem speciální mikrokatétr, jímž se aplikuje trombolytikum přímo do krevní sraženiny, působí tedy lokálně. Je to metoda účinnější a bezpečnější než systémové podání. Léčbu je nutné provést do šesti hodin.

Trombolytická léčba je kvůli řadě kontraindikací vhodná pouze pro 3-5 % pacientů. Časové okno je jednou z podmínek pro podání trombolýzy, proto je nutné pacienta dopravit včas. Dalším zásadním faktem je, jestli do postižené oblasti proniká bočními (kolaterálními) cestami alespoň částečně krev, jež zabrání definitivnímu odumření postižené tkáně. Kontraindikací, kdy nelze trombolýzu podat, je dlouhodobá léčba Warfarinem, což je lék snižující krevní srážlivost, prokázané krvácení do mozku na CT, těhotenství, věk nemocného pod 18 let a nad 80 let a pokud v úvodu CMP proběhl epileptický záchvat. Další závažnou kontraindikací je operace nebo krvácení do zažívacího ústrojí. (11)

Vazoaktivní léčba spočívá v podávání preparátu, který rozšiřuje průdušky a též stimuluje dýchací centrum v mozku. Antikoagulační léčba je indikována u

méně závažných ischemií s fibrilací síní. Je prováděna plná heparinizace, tzn. podáním bolusu a dalším plynulým podáváním Heparinu, který snižuje srážení krve.

Antiagregační léčba je vyhrazená především sekundární prevenci, ale podává se i v akutní fázi ischemické CMP. Léčba spočívá ve snížení krevní srážlivosti narušením funkce krevních destiček. (1, 11)

1.4.2 Léčba hemoragické CMP a SAK

U některých typů parenchymových krvácení přichází operační řešení v úvahu po stabilizaci celkového stavu, není-li těžká porucha vědomí a je-li hematom operačně přístupný. Je-li zdrojem krvácení aneurysma, provádí se endovaskulární nebo neurochirurgický zákrok, při kterých je aneurysma uzavřeno. Výdut' je vyplněna pomocí mikrokatétru jemnými platinovými spirálami nebo se uzavírá svorkou. U masivního SAK může dojít k akutnímu rozvoji obstrukčního hydrocefalu, v tomto případě je indikována drenáž likvorových cest. Blokátory kalciových kanálů mají své hlavní využití u SAK. Zabraňují vzniku spasmů jako hlavní komplikaci tohoto onemocnění. (1, 11)

1.5 Prognóza

Následky CMP se odvíjejí od rozsahu postižení mozkové tkáně. Záleží tedy na tom, jak rychle se podaří obnovit průtok krve postiženou tepnou, a zachránit tak oblast mozku. Mezi méně závažné následky patří například lehká porucha hybnosti jedné ruky či nohy nebo porucha citlivosti, tyto poruchy lze výrazně zlepšit nebo upravit rehabilitací. Těžkým postižením je úplné ochrnutí jedné končetiny nebo celé poloviny těla, porucha řeči, porucha schopnosti číst a psát. (1, 10)

1.6 Primární a sekundární prevence

Primární prevence je souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění.

- ⊖ Specifická prevence je zaměřena proti nemocem nebo proti rizikovým faktorům.
- ⊖ Nespecifická prevence znamená aktivity vedoucí k posilování a rozvíjení zdraví zdravotní výchovou či zdravotně žádoucím zdravotním stylem.

Základním principem primární prevence u CMP je změna nevhodného životního stylu a návyků, tzn. ovlivnění stravovacích návyků, boj proti kouření, nadměrné konzumaci alkoholu, podpora zvýšení fyzických aktivit. Rozhodující roli zde má vzdělávání obyvatelstva jak ve školách, hromadnými sdělovacími prostředky, tak v místech kontaktů nemocných s lékařem, nebo prostřednictvím letáků a informačních materiálů o příčinách CMP. Nedílnou součástí primární prevence je včasné zjištění a správná léčba všech tzv. rizikových onemocnění – poruchy srdečního rytmu, diabetes mellitus, poruchy lipidového metabolismu a další.

Sekundární prevence je včasné rozpoznání, případně i vyhledání sociálních a zdravotních problémů, které již vznikly a jejich odborná léčba. Po každé prodělané ischemické CMP je nezbytná prevence farmakologická, kterou doplňují režimová opatření, jako je zákaz kouření, změna stravovacích návyků, redukce tělesné hmotnosti a zvýšení pohybové aktivity. Na uplatňování zásad se podílejí vedle neurologa další lékaři různých odborností, zejména praktický lékař a kardiolog. (1, 3)

1.7 Následná a rehabilitační péče

Léčebná rehabilitace osob po CMP má několik cílů: napomáhat spontánní úpravě hybnosti, nácvik chůze a soběstačnosti, kompenzovat trvalé následky CMP. Kromě hybných poruch je třeba rovněž cíleně ovlivňovat poruchy řeči, kognitivní poruchy, poruchy psychické, poruchy močení aj. Kvalifikovaná rehabilitační péče musí začít již v akutním stádiu. Na rehabilitačním procesu se

podílí nejen ošetřující personál, ale i rodina. Rehabilitační program musí být komplexní, tedy zahrnovat stránku sociální a psychickou a přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Rehabilitace probíhá použitím vlastních léčebných metod, jako je *léčebná tělesná výchova*. Ta je zaměřena na zvětšení svalové síly, zvětšení rozsahu pohybu a zlepšení celkové kondice. Tato metoda využívá techniky polohování a cvičení podle svalového testu nebo facilitační metody. Tyto metody se používají hlavně při poruchách centrálního motoneuronu. Mezi facilitační metody patří podmiňování, používá se k vyvolávání hybnosti při centrálních plegiích pomocí nepodmíněných reflexů. Proprioceptivní neuromuskulární facilitace – Kabatova metoda je založena na využití pohybových vzorů. Vojtova metoda vychází z vývojově starých stereotypů reflexního plazení, doplněných kladením odporu a proprioceptivně-nociceptivním drážděním v určitých bodech. Rehabilitace využívá i další metody, např. elektroléčbu, vodoléčbu, termoterapii, mechanoterapii a další. Nedílnou součástí intenzivní rehabilitace je *ergoterapie* mající vztah k budoucímu začlenění pacienta.

Ergoterapii dělíme:

- a) kondiční ergoterapie – vychází především za zájmů a možností nemocného a má mu zajistit „zaměstnání“ ve volném čase;
- b) cílená ergoterapie na postiženou oblast – jde o motivaci pohybu podobnou jako při individuálním léčebném tělocviku, často využívá speciální nářadí a pomůcky;
- c) ergoterapie zaměřená na získání soběstačnosti má naučit pacienta zacházet s pomůckami, vyhledat nejvhodnější kompenzace ztracených funkcí v běžné činnosti. Nedocenitelná je i péče logopeda v případě postižení řeči, čtení a schopnosti písemného projevu. (1, 2)

1.8 Ambulantní péče

Ambulantní péči o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním zajišťuje specializovaný neurolog v cerebrovaskulární poradně, dispenzarizuje a sleduje nemocné po prodělané CMP. Dohlíží na realizaci optimální sekundární prevence a úzce spolupracuje s praktickými lékaři a dalšími odbornými lékaři

(internistou, kardiologem, diabetologem, angiologem a angiochirurgem, případně neurochirurgem). Léčba rizikových faktorů a následků CMP se provádí ve spolupráci s výše uvedenými lékaři – specialisty a oborem rehabilitace. (11)

2. Základní identifikační údaje

Jméno a příjmení: H. K.

Pohlaví: žena

Věk: 74

Adresa: Praha – Hostivice

Povolání: důchodce

Vzdělání: středoškolské

Národnost: česká

Vyznání: bez vyznání

Kontakt: dcera - pracuje jako zdravotní sestra

Datum přijetí: 3.11. 2008

Hlavní důvod přijetí: ischemická CMP

2.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza

Otec zemřel v 83 letech stářím, matka v 60 letech na CMP. Měla čtyři sourozence- dvě sestry zemřely na karcinom mozku, první bratr prodělal akutní infarkt myokardu, druhý bratr je zdravý. Paní K. má jednu dceru, která je zdravá. Manžel zemřel před 5 lety na infarkt myokardu.

Osobní anamnéza

V dětství prodělala běžné nemoci. V roce 1988 byla pacientce provedena cholecystektomie. V roce 2001 byla diagnostikována fibrilace síní a hypertenze, léčebný režim nedodržovala a na kontroly nechodila.

Sociální anamnéza

Bydlí sama ve svém bytě, je vdova a důchodkyně. Dcera ji pravidelně navštěvuje.

Farmakologická anamnéza

Doručené léky, včetně antihypertenziv, nikdy nebrala.

Alergická anamnéza

Žádná alergie nebyla zjištěna.

Neurologický nález při přijetí

Objektivně při přijetí: zornice miotické, bulby středem, na analgetický podnět naznačena grimasa, necílená flexe pravostranných končetin a flexe levé dolní končetiny, levá horní končetina se jen sune po podložce, končetiny hypotonické. Břicho palpačně měkké, bez hmatné rezistence, játra a slezina nezvětšeny, na DK jsou difuzní otoky, TK 200/120 mmHg, P 85/min.

2.2 Diagnózy

Ischemická CMP

Fibrilace síní

Hypertenze

2.3 Přehled provedených vyšetření

2.3.1 Fyziologické funkce

	8.12.	9.12.	10.12.	11.12.	12.12.
TK	139/82	163/95	142/88	138/82	146/86
P	92´	88´	93´	76´	93´
SpO2	99%	99%	97%	99%	98%
D	16´	12´	17´	12´	14´
TT	36,4°C	36,8°C	36,6°C	36,2°C	36,5°C

2.3.2 Laboratorní vyšetření

Koagulační vyšetření

	3.11.2008	5.11.	10.11.	8.12.	11.12.	referenční meze
Fibrinogen	4					2,0 - 4,0 g/l
APTT-ratio	1,06					0,80 - 1,20
QUICK-INR	1,15					0,80 - 1,20
D-dimer	1124					75,0 - 300,0 ng/l
Antitrombin III	95,40%					75,0 - 125,0

Biochemické vyšetření

	3.11.2008	5.11.	10.11.	8.12.	11.12.	referenční meze
Na	137	137	131	132	134	135 - 146 mmol/l
K	3,5	3	3,5	4,4	3,8	3,6 - 5,5 mmol/l
Cl	101	104	102	101	106	97 - 115 mmol/l
Urea	3,4	6,9	7,6	6,9	5,3	2,5 - 8,3 mmol/l
Kreatinin	80	68	82	72	54	39 - 91 umol/l
Celková bílkovina	76		80		68	65 - 83 g/l
Albumin	39	22	40		46	30 - 52 g/l
Glykemie	8,81	6,56	7,45	7,65	7,53	3,30 - 5,60 mmol/l
Bilirubin	28,8		17,4		9,8	3,0 - 21 umol/l
ALT	0,6		0,52		0,63	0,15 - 0,73 ukat/l
AST	0,44		0,42		0,31	0,10 - 0,66 ukat/l
GMT	0,46		0,68		1,94	0,12 - 0,70 ukat/l
ALP	2,62		2,8		4,09	0,62 - 2,40 ukat/l
S-AMS	1					0,05 - 1,67 ukat/l
CK	2,3					0,41 - 2,85 ukat/l
CK-MB mass	1,8					0,60 - 5,00 ug/l
Troponin I	0,04					0,00 - 0,06 ng/l
Myoglobin	142,3					20,0 - 82,0 ng/l
CRP	12,9	91,6	111,4	139,6	26	0,00 - 5,00 mg/l

Krevní obraz

	3.11.2008	5.11.	10.11.	8.12.	11.12.	referenční meze
Hemoglobin	138	107	107	111	116	115 - 148 g/l
Erythrocyty	4,84	4,16	4,16	3,74	3,86	3,70 - 4,70 T/l
Hematokrit	0,4	0,34	0,32	0,32	0,42	0,35 - 0,45
Objem Ery	83,6	82,8	84,8	84,8	82,4	85,0 - 96,0 um3
Leukocyty	8,2	8,9	8,9	8,4	8,6	4,0 - 10,0
Trombocyty	269	210	203	390	230	130 - 350

Astrup - vyšetření

	8.12.2008	9.12.2008	10.12.2008	11.12.2008	12.12.2008	Referenční hodnoty
pH	7,52	7,42	7,38	7,58	7,39	7,360-7,440
pO2	20,46	11,00	9,90	18,42	12,00	9.90-14.40 kPa
pCO2	3,16	4,80	5,20	3,32	4,90	4.80-5.90 kPa
HCO3	19,40	23,00	24,00	19,10	22,00	22.00-26.00 mmol/l

Počítačová tomografie mozku z 3. 11. 2008

Mnohočetné postižení mozku – ložiska ischemická, vzniklá v důsledku uzávěru mozkových cév – různého stáří. Nově vzniklá – při uzávěru střední mozkové tepny (ACM – arteria cerebri media).

RTG plic a srdce z 3. 11. 2008

Plicní parenchym je bez infiltrativních ložiskových změn. Je patrná dilatace srdce s městnáním v malém oběhu. Srdeční hrot dosahuje vlevo ke stěně hrudní. CŽK zaveden zprava via vena subclavia do pravé síně.

Transtorakální echografie 10. 11. 2008

Sonografické vyšetření srdce prokázalo rozšíření obou síní a pravé komory, dále lehkou poruchu trojcípé chlopně.

Počítačová tomografie mozku z 11. 11. 2008

Zobrazené ložisko ischemie v povodí arteria cerebri media je nezměněno oproti nálezu z 3. 11. 2008. Nově vzniklý otok pravé mozkové hemisféry. Ložiska ischemie v mozečku starého data neměnná.

RTG plic a srdce z 21. 11. 2008

Pneumotorax neprokazujeme. TS kanyla končí cca cm nad carinou. Nadále výrazné rozšíření stínu srdečního, plíce bez infiltrací.

2.4 Přehled terapie

Obchodní název	Generický název	Forma léku	Dávkování a aplikace	Indikační skupina	Vedlejší účinky
Ebrantil 25mg	Urapidili hydrochloridum	injekční roztok	bolusově dle TK	antihypertenzivum	závratě, bolest hlavy nevolnost
Enap 5mg	Enalaprili maleas	tablety	1-0-0 6.11- 12.12.	antihypertenzivum	závratě, rozmazané vidění, nevolnost
Degan 10mg	Metoclopramidi hydrochloridum monohydricum	injekční roztok	á 6 hod 3.11.- 10.11.	atiemetikum prokinetikum	únavy, ospalost, neklid
Dormicum 50mg	Midazolamum	injekční roztok	kontinuálně 3.11.- 9.11.	hypnotikum sedativum	pokles krevního tlaku, útlum dechu
Fentanyl 50mg	Fentanyli citras	injekční roztok	kontinuálně 3.11.- 9.11.	neuroleptanalgetikum opioidní anestetikum	pomalé a mělké dýchání zpomalená srd. činnost nízký krevní tlak
Furosemid 20mg	Furosemidum	injekční roztok	bolusově dle bilance	diuretikum	poruchy elektrolytové rovnováhy, svalové křeče
Amoksiklav 1,2g	Amoxicillinum natricum	prášek pro přípravu inj. roztoku	á 8 hod 17.11. - 26.11.	antibiotikum	nauzea, zvracení, průjmy
Fraxiparin 0,6 m	Nadroparinum calcium	injekční roztok	á 12 hd 3.11 - 21.11. á 24 hod 22.11. - 12.12.	antikoagulans antitrombotikum	krvácivé projevy v různých místech
Algifen NEO	Metamixolum natricum monohydricum	perorální kapky	á 8 hod 11.11. - 18.11.	analgetikum spasmolytikum	kožní vyrážka, dušnost,
Agen 5mg	Amlodipin	tablety	0-0-1 16.11. - 12.12.	antihypertenzivum blokátory kalciových kanálů	bolest hlavy, otoky kolem kotníků, mdloba
Citalec 20mg	Citalopramum	potahované tablety	1-0-0 25.11. - 12.12.	antidepressivum	zvýšené pocení, třes, poruchy spánku
Diazepam 10mg	Diazepamum	tablety	1-0-1 10.11. - 13.11.	anxiolytikum	spavost, únavy, závratě, bolest hlavy
Kalnomin	Kalii chloridum	tablety s prodlouženým uvolňováním	0-1-0 27.11. - 12.12.	kaliový přípravek	nechutenství, nevolnost, zvracení
Helicid 20mg	Omeprazolom	tvrdé tobolky	1-0-1 11.11. - 12.12.	antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy	vzácně bolest hlavy
Hylak forte		perorální roztok	při průjmech	digestivum, střevní	

Intravenózní terapie

Prostředky parenterální výživy se řadí mezi infundibilia, což jsou léky, které se podávají formou intravenózní kapénkové infúze. Společnou vlastností všech prostředků užívaných v parenterální výživě musí být absolutní sterilita. Prostředky parenterální výživy umožňují plné nutriční zajištění pacientky. Musí proto obsahovat vodu, energetický zdroj, aminokyseliny, minerály, stopové prvky a vitamíny.

Aminoven 10%

- roztok aminokyselin pro celkovou parenterální výživu;
- pacientce byl aplikován od 22.11. do 26.11. a od 11.12. do 12.12..

G 10% - Glucosum

- hypertonický roztok sloužící jako zdroj energie;
- během aplikace se mohou objevit bolesti a lokální podráždění v místě vpichu;
- pacientce byl aplikován od 11.11. do 14.11., od 2.12. do 3.12., od 7.12. do 10.12.

Clinimix N9

- komplexní parenterální výživa obsahuje aminokyseliny, elektrolyty, 20% glukózu, Kalcium a lipidy;
- pacientce aplikován od 3.11. do 10.11., od 15.11. do 21.11., od 4.12. do 6.12.

Plasma-lyte

- izotonický roztok určený zejména k náhradě objemu tekutin;
- vzácně se po aplikaci objevují alergické reakce křečí a kopřivky;
- pacientce aplikován od 11.11. do 14.11., od 22.11. do 3.12., od 7.12. do 12.12.

Mannitol 20%

- používá se k vyvolání osmotické diurézy, k léčbě mozkového edému;
- při nadměrném dávkování hrozí nebezpečí dehydratace a porucha vodního a elektrolytového hospodářství;
- pacientce aplikován od 3.11. do 9.11. po šesti hodinách ve 100 ml bolusech.

2.5 Průběh hospitalizace

Paní K. byla viděna dcerou v pořádku dne 2. 11. 2008 kolem 21 hodiny. Dne 3. 11. 2008 v 10,30 hodin nereagovala na dceřin telefonát, která ji jela ihned navštívit. Našla pacientku v bezvědomí a spontánně dýchající. Po příjezdu záchranné služby měla nemocná apnoické pauzy, tzn. krátkodobé přerušování dýchání, z tohoto důvodu ji lékař ještě na místě intuboval, tj. zavedl endotracheální kanylu do dýchacích cest a dýchání zajišťoval pomocí příručního ventilátoru. Pacientku transportovali do zdravotnického zařízení na jednotku, kde ji byla ihned provedena počítačová tomografie mozku, na které byla diagnostikována ischemická cévní mozková příhoda v povodí artérie cerebri media. Trombolýza nebyla indikována, protože nebyl jasný začátek vzniku. Po příjezdu do zdravotnického zařízení a po dobu hospitalizace měla pacientka ochrnutou levou polovinu těla a neglect syndrom, což je selektivní porucha uvědomování si podnětů z poloviny prostoru, tyto podněty jedinec „ignoruje“, nereaguje na ně a nepřizpůsobuje jim své chování. Třetí den hospitalizace byla paní K. provedena časná tracheostomie, tj. chirurgické otevření průdušnice umožňující dýchání při neprůchodnosti horních cest dýchacích a zároveň se provádí u pacientů, u kterých je pravděpodobná dlouhodobá umělá plicní ventilace. Pacientka dýchala přes zavedenou tracheostomickou kanylu. Dva dny dýchání plně zajišťoval ventilátor, v dalších dnech byla převedena na režim, kdy pacientka dýchala sama, a ventilátor měl funkci podpůrnou. Od 30. dne byl zahájen postupný weawing, tj. postupné odpojování od ventilátoru, 35. den byla od ventilátoru odpojena úplně, dýchala přes tracheostomickou kanylu zvlhčený kyslík T tubusem. Kvůli analgosedaci a posléze i pro nespolepráci nemocné byla hydratace a výživa zajišťována parenterálně do centrálního žilního katétru a enterálně do zavedené

nasogastrické sondy. V době mého ošetřování paní K. přijímala do sondy mixovanou stravu, protože farmaceutický přípravek Nutrison netolerovala a vše vyzvracela a měla opakované průjmy. Já jsem zkoušela nemocnou krmit kašovitou stravou. Tekutiny byly třeba dál zajišťovat sondou a parenterálně infuzními roztoky. Pacientka během hospitalizace prodělala infekci dolních cest dýchacích, který bylo nutno přelíčit antibiotiky. Vzhledem k délce hospitalizace a zdravotnímu stavu, který nebyl pro pacientku uspokojivý, byla paní K. po většinu mých ošetřovacích dnů apatická a depresivní, odmítala spolupráci. Její účast při rehabilitaci byla pasivní, a to i přes neustálé povzbuzování dcery, fyzioterapeutky a ošetřujícího personálu.

C. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3. Ošetrovatelská anamnéza a současný stav pacientky

3.1 Subjektivní náhled na nemoc a hospitalizaci

Paní K. byla přijata s cévní mozkovou příhodou s levostrannou postižením poloviny těla. Lékař záchranné služby pacientku intuboval pro apnoické pauzy, proto bylo nutné nemocnou připojit na umělou plicní ventilaci. S pacientkou nebylo možné navázat kontakt z důvodu uměle navozeného spánku. Informace týkající se zdravotního stavu pacientky před hospitalizací jsem získala od dcery a od lékaře RZP (viz příloha č. 5). Po přijetí na naši jednotku si pacientka nebyla schopna saturovat žádnou potřebu. Výživa a hydratace byla pacientce zajišťována infuzní terapií do centrálního žilního katétru. Z důvodu podávání sedativ docházelo k samovolnému úniku moče, proto jsem paní K. zavedla permanentní močový katétr. Provedla jsem Barthelův test soběstačnosti, 0 bodů svědčí pro vysokou závislost na personálu.(viz příloha č. 1).

3.2 Základní potřeby

Dýchání

Před nemocí paní K. s dýcháním neměla problémy. Na jednotku nemocnou dovezla záchranná služba zaintubovanou a připojenou na ventilátor, který ji zajišťoval dýchání. Ve dnech mého ošetřování měla zavedenou tracheostomickou kanylu a přes T tubus dýchala ohřátý a zvlhčený kyslík.

Výživa a hydratace

Nemocná žádnou dietu nedodržovala. Potíže se zaživacím traktem nikdy neměla. Pacientka měří 168 cm a váží 85 kg, BMI = 30 což je mírná obezita (viz příloha č.3). Paní K. používá horní i dolní zubní protézu, které z důvodu intubace, vyndal lékař RZP. Sliznice dutiny ústní byla růžová, bez patologického povlaku. První dny hospitalizace pacientka nesměla přijímat nic

per os. Výživa a hydratace byly zajišťovány parenterálně infúzemi, v dalších dnech jí byla strava a tekutiny aplikovány do nasogastrické sondy.

Vylučování

Nemocná neměla potíže s vyprazdňováním. Na stolici chodila pravidelně 1x denně, zpravidla po ranní kávě. Nepoužívala žádné podpůrné vyprazdňovací prostředky. S močením též neměla problémy. Po přijetí jsem zavedla permanentní močový katétr, protože pacientce samovolně unikala moč. Močila přiměřeně svému stavu. Po podání Nutrisonu měla pacientka stolici průjmovitou, úprava nastala po změně stravy na mixovanou.

Odpočinek a spánek

Paní K. neměla problém se spánkem. Doma chodí spát kolem desáté hodiny a je vzhůru kolem sedmé. Většinou se cítí odpočatá. Pokud pocítuje únavu, jde si na chvíli lehnout, zpravidla to bývá po obědě. Nemá potřebu užívat léky na spaní, raději si dává skleničku dobrého vína. Ve dnech mého ošetřování paní K. udávala, že se po noci cítila unavená a kvůli hluku na jednotce byl spánek přerušovaný. Nemocná byla přes den unavená a často usínala během dne.

Aktivita a cvičení

Pacientka je vdova a doma bydlí sama. Všechny práce zatím zvládala, dcera jí jenom pomáhala při velkých nákupech. K aktivnímu pohybu nebo cvičení neměla nemocná nikdy pozitivní vztah, raději sedí doma a sleduje seriály. Po přijetí jsem provedla Barthelův test soběstačnosti, 0 bodů svědčí pro vysokou závislost na personálu (viz příloha č. 1). Měla ochrnutou levou stranu těla, ale dominantní pravá strana byla plně hybná, přesto paní K. odmítala jakoukoliv činnost vykonávat, včetně rehabilitace.

Hygiena

Paní K. působí upraveným vzhledem, prádlo má čisté. Doma s hygienou neměla problém. Manžel dal do koupelny místo vany sprchový kout, takže nemocná neměla problém vylézáním z vany. Kůži měla pacientka

neporušenou, suchou a bez hematomů. Vzhledem k základnímu onemocnění si nebyla nemocná schopna zajistit hygienickou péči. Ve dnech mého ošetřování už byla nemocná odpojená od ventilátoru a mohla jsem hygienickou péči provádět v koupelně. Zhodnotila jsem riziko vzniku dekubitu dle Nortonové a výsledných 9 bodů svědčí o středním riziku (viz příloha č. 4).

Vnímání zdravotního stavu

Paní K. byla diagnostikována fibrilace síní a hypertenze. Lékař ji předepsal léky, které neužívala a na kontroly nechodila. Dcera s nemocnou na téma zdraví vedla často rozhovor, ale bez výsledku. Pacientka si prý rizika svého přístupu uvědomovala, ale řešit své zdraví nechtěla. Když paní K. po probrání zjistila své tělesné postižení, odmítla svoji budoucnost řešit a k doporučením, které by mohly zkvalitnit její život, byla skeptická.

Sebekoncepce a sebeúcta

Paní K. ještě před onemocněním dbala o svůj vzhled. Pravidelně navštěvovala kadeřníka, barvila si vlasy. Jednou měsíčně docházela na kosmetiku a dvakrát do roka jezdila s přítelkyní na relaxační víkendové lázeňské pobyty. Ráda se elegantně oblékala, chodila do divadla nebo na taneční večery. Ve svých letech byla aktivní a užívala si života. S nemocí a hlavně se svým ochrnutím se nesmířila a měla pocit, že pro ni život skončil.

Komunikace

Před onemocněním neměla pacientka s komunikací problém. Ve dnech mého ošetřování tato potřeba u pacientky nebyla saturována z důvodu zavedené tracheostomické kanyly, která ji znemožňovala mluvit.

Rodina a sociální zázemí

Pacientka žije sama ve dvoupokojovém bytě, který se nachází ve čtvrtém patře s výtahem. Paní K. je pět let vdovou, s manželem měla velice hezký vztah a jiný nevyhledává. Pacientku pravidelně navštěvuje dcera, jiného příbuzného

nemá. Dcera je připravena na situaci, kdyby si musela vzít paní K. k sobě a starat se o ní.

Hodnocení psychické stránky pacientky

Na psychiku pacientky dolehl prudký zvrát zdravotního stavu, kdy se zcela soběstačný člověk stal závislým na druhých osobách. Uvědomovala si své tělesné postižení a bezmocnost, a na intervence personálu reagovala podrážděně, depresivně a nakonec propadla apatii. Litovala, že raději neumřela. Jediným světlým bodem byla dcera, která ji pravidelně navštěvovala a povzbuzovala do dalšího boje s nemocí. Byla nemocné oporou a často ji ujišťovala o své lásce. Bohužel i přes veškerou snahu a entuziasmus dcery se psychický stav a postoj k onemocnění nemocné k lepšímu nezměnil.

3.3 Ošetrovatelské problémy

1. Průchodnost dýchacích cest zhoršená z důvodu hromadění sekretu.
2. Porušené polykání z důvodu zavedení tracheostomické kanyly a oslabení polykacího reflexu.
3. Péče o sebe sama nedostatečná z důvodu nervosvalového postižení.
4. Komunikace verbální porušená z důvodu tracheostomické kanyly.
5. Zhoršená pohyblivost na lůžku z důvodu nervosvalového postižení
6. Spánek porušený z důvodu změny prostředí.
7. Vnímání jedné strany těla porušené z důvodu neurologického onemocnění
8. Porucha adaptace z důvodu závislosti na druhé osobě.
9. Beznaděj z důvodu omezení aktivity pacientky.
10. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného permanentního katétru, tracheotomické kanyly, centrálního žilního katétru.

11. Riziko aspirace z důvodu zavedené tracheostomické kanyly a oslabeného polykacího reflexu.
12. Riziko poruchy kožní integrity z důvodu snížené pohyblivosti.

3.4 Plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza č. 1

Průchodnost dýchacích cest zhoršená z důvodu hromadění sekretu

projevující se změnami frekvence a rytmu dýchání, kašlem a poslechovými fenomény.

Cíl krátkodobý

- pacientka má průchodné dýchací cesty
- snadné vykašlávání sekretu bez patologických příměsí.

Cíl dlouhodobý

- pochopení příčiny léčebného režimu ze strany nemocné.

Plán

- zvlhčovat vzduch
- odsávat sekrety z průdušnice, aby nedocházelo k jejich zatékání
- provádět s pacientem hluboké dýchání a nácvik kašle
- podávat expektorancia dle ordinace lékaře
- sledovat rytmus dýchání, změny frekvence, vzhled sekretu.

Realizace

Pacientku jsem uložila do Fowlerovy polohy, tzn. se zvýšenou polohou hlavy a zad. Tuto polohu jsem střídala po dvou hodinách s polohou na bocích k usnadnění drenáže s využitím přirozené gravitace. Když byla paní K. na boku, tak jsem ji jemně poklepala na hrudník. Každou hodinu jsem přeměřila fyziologické funkce a hodnoty zapsala do dokumentace. Dle ordinace lékaře jsem nemocné aplikovala mikronebulizace s expektoranciemi, jde o inhalování

léku na vykašlávání. Nemocná dýchala přes tracheostomickou kanylu T tubusem zvlhčený a ohříváný kyslík. Vysvětlila jsem pacientce důležitost odkašlávání a paní K. se snažila sama odkašlávat, ale snadno se unavila, tak jsem ji sekrety odsávala já

Hodnocení

Cíle se mi podařilo dosáhnout. Pacientka dýchala pravidelně a bez námahy. Dýchací cesty měla volné bez sekretu, který si zčásti vykašlávala sama a zčásti jsem ho nemocné odsávala já.

Ošetřovatelská diagnóza č. 2

Porušené polykání z důvodu zavedené tracheostomické kanyly a oslabení polykacího reflexu projevující se hromaděním slin v ústech, kašláním před polknutím, vypadáním jídla z úst.

Cíl krátkodobý

- pacientka dobře polyká
- nemá bolest při polykání.

Cíl dlouhodobý

- nemocná neubývá na hmotnosti.

Plán

- posoudit polykací schopnost nemocné podáním malého množství čaje
- zaznamenávat váhu pacientky a změny váhy
- zhodnotit dutinu ústní, stav sliznic a chrupu
- zajistit vhodnou polohu nemocné při příjmu stravy
- odsávat dutinu ústní dle potřeby
- sledovat příjem, výdej a tělesnou hmotnost.

Realizace

Paní K. a její dceři jsem vysvětlila výhody podávané stravy ústy, a jak tato činnost bude probíhat a rizika krmení. Nemocnou jsem zvážila a hodnotu zapsala do dokumentace. Pacientku jsem v lůžku posadila a zkontrolovala dutinu ústní, do které jsem vsadila obě zubní protézy. Zkontrolovala jsem balónek u tracheotomické kanyly, jestli je dostatečně nafouklý, abych předešla aspiraci a funkčnost odsávačky, kdybych musela nemocnou odsát. Dcera byla dopředu seznámena s mým plánem, a tak doma uvařila bramborovou kaši s namletou šunkou, aby jídlo paní K. napoprvé chutnalo. Nejprve jsem zkusila dát jednu malou lžičku kaše, nemocná ji s menšími obtížemi spolkla, dcera i já jsme z toho měly radost, bohužel další lžičku už pacientka nespokla, ale jídlo zůstalo v ústech a musela jsem ho odsát. Tato situace se opakovala pokaždé, ale zvyšoval se počet spolknutých lžiček jídla. Dcera se snažila paní K. povzbuzovat nejen slovně, ale hlavně nošením doma připravených jídel, které měla nemocná ráda. Tekutiny jsem taky napřed zkoušela na lžičku, ale u těch se pacientka zakuckala. Proto jsem pokračovala v jejich podávání do nasogastrické sondy. Vše, co jsem nemocné podala jak ústy, tak sondou, jsem zapsala do dokumentace.

Hodnocení

Všech cílů se mi podařilo dosáhnout.

Ošetřovatelská diagnóza č. 3

Péče o sebe sama nedostatečná z důvodu nervosvalového postižení

projevující se neschopností zajistit si základní potřeby.

Cíl krátkodobý

- pacientka bude čistá, upravená a spokojená
- pacientka se bude podílet na aktivitách zajišťujících základní potřeby.

Cíl dlouhodobý

- sníží se závislost na ošetřujícím personálu.

Plán

- zjistit stav soběstačnosti a sebeděče
- všimnout si, zda je deficit dočasný nebo trvalý
- navázat s nemocnou důvěryhodný vztah
- při úkonech osobní péče dbát na pacientčino soukromí
- poskytnout nemocné dostatek času, mohla dokončit úkol
- podporovat soběstačnost
- uzpůsobit prostředí tak, aby se snížilo riziko poranění.

Realizace

U paní K. je péče o sebe sama nedostatečná z důvodu levostranné plegie, která je důsledkem cévní mozkové příhody. Provedením Barthelova testu u nemocné vyšla vysoká závislost na pomoci. Ochrnutí pacientky podle názoru lékaře bude dlouhotrvající možná trvalé, proto jsem zvolila velmi citlivý přístup k nemocné. Paní K. jsem zapojovala do denních aktivit. Začínala jsem nejprve nepostiženou a dominantní stranou, aby se pacientka pozitivně namotivovala a viděla svoje schopnosti v lepším světle. Nejvíce nemocnou trápí neschopnost ovlivňovat vyprazdňování. Snažila jsem se jí vysvětlit, že jde o stav přechodný. Pokud došlo k samovolnému vyprázdnění, tak jsem očistu a případné převlečení lůžka prováděla v soukromí, které jsem zajistila pojízdnými paravány. Při této činnosti jsem se snažila vést hovor na neutrální téma, aby se paní K. necítila trapně. Při všech činnostech jsem zajistila bezpečnost nemocné postranicemi lůžka, aby nedošlo k jejímu poranění.

Hodnocení

Cíle se mi podařilo dosáhnout jenom zčásti, po toaletě a převlečení lůžka se cítí spokojená, ale do aktivit se jí nepodařilo zapojit.

Ošetrovatelská diagnóza č. 4

Komunikace verbální porušená z důvodu zavedené tracheostomické kanyly projevující se zhoršenou schopností mluvit.

Cíl krátkodobý

- pacientka je schopna se domluvit.

Cíl dlouhodobý

- pacientka vyjadřuje uspokojení s alternativními způsoby komunikace.

Plán

- zjistit schopnost číst a psát
- sledovat neverbální vyjádření nemocné
- vést jednoduchou komunikaci
- využít alternativní metody komunikace (např. tabulky na psaní, tabulky s písmeny a obrázky, signály rukama...)
- souhrnně informovat o záměrech blízké nemocné a zapojit do ošetrovatelského plánu prodiskutovat individuální metody.

Realizace

Pacientce jsem vysvětlila důvod, proč nemůže mluvit, a že jde o dočasný problém. Pomocí tabulky a tužky zkoušela paní K. psát, ale neudržela tužku. Nabídla jsem nemocné několik variant komunikace, a to že bude na mé dotazy odpovídat kývnutím hlavy, buď ve smyslu kladné nebo záporné odpovědi. Tuto variantu komunikace pacientka využívala nejčastěji, protože ji nejméně zatěžovala. Další metodou, a to hlavně když potřebovala paní K. něco sdělit, bylo používání magnetické tabulky s písmeny. V tomto případě byla nutná trpělivost, protože při sebemenším náznaku nervozity nebo nepochopení, přestala spolupracovat. Další metodou bylo moje odezírání z úst pacientky. Nejprve jsem musela vysvětlit důležitost používání jednoduchých vět a výrazné artikulace, která mi odezírání usnadňovala. Další metodou přispěla dcera paní K., a to že sestavila tabulku nejčastěji používaných otázek a potřeb,

a když nemocná nechtěla spolupracovat, tak buď na danou otázku ukázala, nebo jsem ji přečetla a pacientka na ni kývla.

Hodnocení

Cíle se podařilo dosáhnout. Pacientka se zúčastňovala komunikace a dokázala formulovat svoje přání a potřeby.

Ošetřovatelská diagnóza č. 5

Zhoršená pohyblivost na lůžku z důvodu nervosvalového postižení

projevující porušenou schopností měnit polohu.

Cíl krátkodobý

- zlepšení pohyblivosti nemocné
- pacientka je schopna měnit polohu
- zná rizikové faktory imobilizace, bezpečnostní opatření.

Cíl dlouhodobý

- pacientka se snaží o udržení soběstačnosti v základních činnostech.
- nemá projevy imobilizačního syndromu, především dekubity, kontraktury.

Plán

- kvalifikovat funkční úroveň pacientky
- využívat zachovaných schopností nemocné
- pravidelně měnit její polohu a využívat různých polohovacích pomůcek na podporu postižené části těla
- pomáhat s hygienou a jídlom dle aktuálních potřeb nemocné, ale stále ji podporovat v sebepěči
- dbát na bezpečnost prostředí a prevenci pádu
- zapojit nemocnou a její blízké do péče, naučit je, jak zvládat problémy s mobilitou.

Realizace

Z dokumentace nemocné jsem si zjistila důvodem nepohyblivosti je levostranná plegie. Provedla jsem hodnocení pohyblivosti pomocí Barthelova testu, vyšlo 15 bodů, což svědčí o vysoké závislosti pacientky. S fyzioterapeutkou, která za pacientkou dochází 2 x denně, jsem si nechala doporučit postupy správného polohování, aby u nemocné nedošlo ke kontrakturám a dekubitům. Jak mám paní K. aktivně zapojovat do polohování. Názorně jsem nemocné předvedla používání kompenzačních pomůcek. Vysvětlila jsem jí, proč je důležité, aby měla noční stolek a pomůcky pro denní činnosti ze strany, která je ochrnutá a je porušené vnímání této strany, jak je důležité, aby se pokusila tuto stranu těla zapojovat do činností. Dceři jsem ukázala pár cviků, které s paní K. může provádět sama. Aby napřed nechala nemocnou činnost provést samotnou, a když se jí to nebude dařit, tak pacientce pomoci, ale nedělat vše za ní. Vysvětlila jsem dceři důležitost motivace a pochvaly paní K. za každý i nepatrný úspěch.

Hodnocení

Cíle se mi nepodařilo dosáhnout, protože paní K. odmítla spolupracovat.

Ošetřovatelská diagnóza č. 6

Spánek porušený z důvodu změny prostředí projevující se ospalostí přes den, netečností a apatií.

Cíl krátkodobý

- pacientka slovně vyjadřuje pochopení poruchy spánku
- došlo ke zlepšení spánku a odpočinku.

Cíl dlouhodobý

- u nemocné došlo ke zlepšení pocitu celkové pohody.

Plán

- posoudit souvislost poruchy se základním onemocněním

- zjistit představu nemocné o tom, jak má vypadat přiměřený spánek
- zjistit příčinu poruchy spánku
- uspořádat péči tak, aby měla pacientka k dispozici nepřerušovaná období pro odpočinek.

Realizace

Po rozhovoru s paní K. jsem zjistila, že nemůže usnout kvůli hluku na jednotce, proto jsem pacientku přestěhovala na box, kde byla jenom dvě lůžka, tím jsem se pokusila o minimalizaci hluku z důvodu provozních prací. Se sestrou na denní službě a dcerou jsem se domluvila na aktivizaci přes den, protože jsem zjistila, že nemocná přes den často spí. Vysvětlila jsem paní K., že je nutná monitorace fyziologických funkcí a zvukové alarmy mě upozorňují na jejich změny. Další nutností bylo plnění ordinací, včetně mikronebulizací a odsávání pacientky, které bylo pro ni rušivé. Abych nemocné zajistila nerušený spánek, uspořádala jsem si večerní činnosti tak, aby po jejich skončení mohla paní K. spát. Po večerní toaletě jsem provedla masáž zad, vyvětrala pokoj, naklepala polštář, upravila lůžko a po domluvě s nemocnou ji uložila do pohodlné polohy.

Hodnocení

Cíle se mi nepodařilo dosáhnout. Pacientka nejevila zájem o aktivity přes den a často pospávala, proto se v noci snadno probudila a nedařilo se jí usnout.

Ošetřovatelská diagnóza č. 7

Porušené vnímání jedné strany těla z důvodu neurologického onemocnění projevující se nedbáním na polohu a na ochranu postižené strany.

Cíl krátkodobý

- pacientka zná rozsah svého postižení
- má zajištěné bezpečné prostředí, aby se nezranila.

Cíl dlouhodobý

- vykonávání péče o sebe sama na úrovni svých schopností
- osvojit si změny životního stylu.

Plán

- posoudit smyslové vnímání
- povšimnout si porušeného uvědomování si pohybu a hlubokého čítí
- zkoumat funkční schopnost v rámci poruchy
- sledovat polohu postižených částí těla, jejich anatomické držení a otlaky
- vést pacientku k přijetí postižené strany jako součásti svého těla
- pobízet členy rodiny, aby nemocnou zapojili do denních činností
- pomáhat s koupáním a ošetřením kůže na postižené straně
- doporučit dlouhodobou rehabilitaci.

Realizace

Paní K. jsem provedla vyšetření smyslového vnímání, a to tak, že přiložila studený obklad na hybnou končetinu, kdy nemocná ucukla a na plegickou, kdy neprojevila žádnou reakci. Při posazení v lůžku si pacientka neuvědomovala, že nehybná končetina zůstala zkroucená pod zády. Vysvětlila jsem paní K., co je příčinou jejího postižení a proč je důležité, aby tuto stranu začala akceptovat, jak je nutné zachovávat anatomické uložení končetin, aby nedocházelo ke kontrakturám. Dceři jsem vysvětlila princip bazální stimulace a masáží, aby paní K. pomáhala v činnostech, ale neustále se ji snažila zapojovat. K pacientce 2 x denně docházela fyzioterapeutka a s nemocnou se snažila aktivně cvičit. Já si nechala vysvětlit, jak mám účelně nehybnou polovinu podkládat a jak mám nemocnou správně polohovat.

Hodnocení

Cíle se mi nepodařilo dosáhnout pro nespolupráci nemocné.

Ošetřovatelská diagnóza č. 8

Porucha adaptace z důvodu závislosti na druhé osobě projevující se neakceptováním změn zdravotního stavu.

Cíl krátkodobý

- zjistit důvod porušené adaptace
- u pacientky se zvýší zájem na péči o sebe sama.

Cíl dlouhodobý

- schopnost nemocné žít se vrátí na úroveň před onemocněním.

Plán

- vyslechnout pacientku a zjistit její náhled na neochotu přizpůsobit se současné situaci
- pomoci nemocné identifikovat její silné stránky a způsob, jak účinně zvládat problém
- naplánovat spolu s pacientkou, jak dosáhnout splnění okamžitých potřeb.

Realizace

S paní K. jsem se snažila vést rozhovor, ve kterém bych zjistila, proč je její chování negativistické až apatické. Zjistila jsem, že pacientka před onemocněním vedla aktivní osobní i společenský život. Chodila na taneční večery, posezení s přítelkyněmi, dbala o svůj zevnějšek. V současné chvíli se cítí nepotřebná, ochrnutí poloviny těla cítí jako vyřazení z běžného života a odmítá připustit, že by se její stav mohl zlepšit. Rozhovor jsem vedla i s dcerou, která paní K. denně navštěvovala a snažila se jí povzbuzovat. Na otázku, jestli byla někdy dříve v podobné situaci, odpověděla záporně a podle sdělení dcery, nemocná nikdy problémy řešit nechtěla a raději je odsouvala stranou.

Hodnocení

Cíle se mi nepodařilo dosáhnout, protože paní K. odmítá svůj současný stav řešit.

Ošetrovatelská diagnóza č. 9

Beznaděj z důvodu omezení aktivity pacientky projevující se pasivitou, málomluvností, chybějící iniciativou.

Cíl krátkodobý

- řeší problémy, aby zvýšila vlastní individuální schopnosti, slovně vyjadřuje zdroje naděje, plně se podílí na vlastní léčbě.

Cíl dlouhodobý

- pacientka nejeví příznaky střední a silné deprese, vytváří si osobní a společenské kontakty pro vlastní oporu.

Plán

- povšimnout si projevů beznaděje v jednání pacientky
- určit schopnost zvládat problémy
- vést pacientku k tomu, aby si uvědomila své pocity a začala řešit problémy
- dodávat naději a povzbuzení také rodině a členům
- pomoci pacientce ujasnit si krátkodobé cíle a podporovat jejich aktivní Dosažení.

Realizace

Den jsem s paní K. začala ranní hygienou, kdy si stanovila cíl, že si upraví vlasy a použije denní krém, k dosažení cíle jsem nemocné pomohla vyfoukáním vlasů a úplného rozetření krému na obličej. Aby se pacientka cítila ještě lépe, dala jsem jí novou noční košili, co jí koupila dcera, ostříhala a zapilovala nehty na rukou a navoněla parfémem, který je jejím oblíbeným. Další drobný cíl se týkal snídaně, kdy se paní K. pokusila sníst pár lžiček

puddinku sama. Při plnění tohoto cíle byla moje pomoc nutná, pacientka lžičku neunesla, ale s mojí pomocí se jí to podařilo. Dopoledne jsme naplánovaly sledování filmu v televizi a rehabilitaci. Na televizi se dívala jenom pár minut a pak začala usínat. Cvičit odmítla a nechala vše na fyzioterapeutce. Po obědě přišla dcera, které jsem vysvětlila strategii, jak nemocnou aktivoval formou cílů a zlepšení podmínek nynějšího života. Dcera přinesla doma připravené jídlo. Další den donesla CD s oblíbenou muzikou a knížku, z které paní K. předčítala. Aby se pacientka necítila osamoceně, donesla dcera společně fotografie rodiny, včetně dvou vnuček a obrázky od nich a já je paní K. rozvěsila kolem lůžka.

Hodnocení

Cíle se mi podařilo dosáhnout.

Ošetrovatelská diagnóza č. 10

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného permanentního katétru, tracheostomické kanyly a centrálního žilního katétru.

Cíl

- místa zavedení invazí a jejich okolí budou bez známek infekce
- zná způsoby, jak předcházet infekci nebo snížit riziko jejího vzniku.

Plán

- informovat nemocnou o rizikových faktorech vzniku infekce – zarudnutí a bolest v okolí zavedení invazí, zvýšená teplota
- pátrat po místních známkách infekce v místě invazí
- převaz invazivních vstupů za dodržení aseptických podmínek.

Realizace

Každý den po ranní toaletě jsem nemocné zkontrolovala všechny invazivní vstupy, jestli nejsou patrné známky infekce. Místa vstupu odezinfikovala a provedla převaz s krytím za aseptických podmínek. Sledovala jsem u pacientky

zánětlivé parametry, měřila jsem jí tělesnou teplotu 3 x denně, fyziologické funkce a veškeré hodnoty jsem zapisovala do dokumentace. Abych předešla nosokominálním infekcím, odebírala jsem nemocné sputum, moč a krev na mikrobiologické vyšetření 1 x týdně. Dalším důležitým preventivním opatřením byla plnohodnotná a pestrá strava, nemocniční jídlo paní K. odmítala, ale nastrouhané ovoce a doma připravené pokrmy občas snědla.

Hodnocení

Cíle se mi podařilo dosáhnout. Místa zavedení invazí a jejich okolí, nejevila známky infekce.

Ošetřovatelská diagnóza č. 11

Riziko aspirace u důvodu zavedení tracheostomické kanyly a oslabeného polykacího reflexu.

Cíl

- rozpoznat rizikové faktory aspirace
- zamezit aspiraci a udržet normální dýchání.

Plán

- zajistit při jídle a pití polohu pacientky
- mít na paměti rizika enterální výživy
- podle potřeby odsávat sekrety z dutiny ústní, nosní a tracheotomické kanyly.

Realizace

Paní K. jsem před jídlem posadila v lůžku, podepřela a podložila jsem plegickou stranu těla. Připravila servírovací stoleček k lůžku nemocné, aby na něj dobře dosáhla. Zkontrolovala jsem funkčnost odsávacího zařízení a jestli je u tracheotomické kanyly dofouklý těsnicí balónek, aby pacientka stravu nevdechla. Po předchozí domluvě s paní K. přinesla dcera bramborovou kaši s omáčkou. Jídlo jsem ohřála, připravila nemocné na talíř a dala do pravé ruky,

kteřou měla hybnou a byla tou dominantní, lžící. Pacientka byla ještě slabá, tak jsem ji pomohla lžící s jídlem donést k ústům. Paní K. se mi podařilo přesvědčit k sněžení tří lžic, ale pak už odmítla. Tekutiny jsem zkusila dát stejným způsobem, ale nemocná se zakuckala, když jsem je zahustila Nutrilisem do konzistence přesnídávky, po ochutnání odmítla, proto jsem tekutiny aplikovala do nasogastrické sondy. U té jsem nejprve zkontrolovala reziduum v žaludku, a jestli je správně uložena. Po jídle jsem paní K. uložila v lůžku se zvýšenou hlavou, abych předešla regurgitaci.

Hodnocení

Cíle se mi podařilo dosáhnout, u pacientky nedošlo aspiraci.

Ošetrovatelská diagnóza č. 12.

Riziko porušení kožní integrity z důvodu snížené pohyblivosti.

Cíl

- nemocná nemá porušenou kůži, její kůže bude beze změn
- pacientka poznala a pochopila význam příčin vyvolávajících poruchy.

Plán

- zjistit stav kůže
- zjistit úroveň spolupráce a hybnosti
- používat antidekubitární pomůcky
- kontrolovat a ošetřovat predelikční místa – kostní výčnělky
- snižovat faktory přispívající k rozvoji kožních lézí.

Realizace

U pacientky jsem zhodnotila rizikové faktory vzniku dekubitů pomocí stupnice podle Nortonové a test vykazuje 8 bodů, jedná se tedy o vysoké riziko vzniku dekubitů (viz příloha č. 4). Výsledných 15 bodů provedeného Barthelova testu soběstačnosti svědčí o vysoké závislosti na ošetrojícím personálu (viz příloha č. 1). Od fyzioterapeutky jsem si nechala doporučit účinné polohování a

používání antidekubitárních pomůcek, aby nedošlo ke vzniku dekubitů. Nemocnou jsem polohovala každé tři hodiny a pokaždé jsem provedla zápis do dokumentace. Při celkové hygieně, která se u paní K. prováděla dvakrát denně, jsem zkontrolovala stav kůže, která byla neporušená a dostatečně hydratovaná. Po důkladném otření jsem pokožku promazala tělovým mlékem a predelikční místa jsem podložila péřovými polštáři a podložními kolečky. Aby nevznikly dekubity a kontraktury, byla nutná aktivizace nemocné, proto za paní K. docházela dvakrát denně fyzioterapeutka.

Hodnocení

Cíle se mi podařilo dosáhnout, pacientka měla kůži suchou, neporušenou a bez známek otlaku.

4. Závěr a prognóza

Pacientka, s níž jsem spolupracovala při vytváření této ošetrovatelské kazuistiky, byla 74letá žena. Byla přijata 3. 11. 2008 pro ischemickou cévní mozkovou příhodu s levostrannou hemiplegií. Pacientka byla na Neurologické klinice JIP hospitalizována 45 dní. Na začátku hospitalizace byla pacientka zaintubována pro apnoické pauzy. Na umělé plicní ventilaci byla napojena třecet pět dní. Během hospitalizace se stav pacientky výrazně nezměnil. Hemiplegie přetrvává. S pacientkou jsem spolupracovala 5 dní, tj. 35.-40. den hospitalizace.

Její stav byl stabilizovaný, nicméně s nejistou prognózou. Dýchala spontánně přes tracheostomickou kanylu a ve všech základních činnostech vyžadovala pomoc personálu. Hospitalizaci komplikovala infekce dýchacích cest, neschopnost verbální komunikace a nespolupráce s personálem. Přes všechnu snahu personálu se stav nezlepšil. I když byla pacientka odpojena od ventilátoru, neznamenalo to pro ni pozitivní zvrát pro další vývoj uzdravování. Nálada zůstávala nadále apatická nebo depresivní. 45. den byla pacientka přeložena na standardní oddělení Neurologické kliniky.

K cílům, které jsem si vytyčila na začátku mého ošetřování, se mi jistě podařilo přiblížit. Přestože jsem jich nedosáhla stoprocentně, jsem přesvědčena, že pro jejich naplnění jsem udělala maximum. Problém vidím v tom, jestli bude pacientka po propuštění do domácího prostředí schopna zvládnout život jen s dopomocí dcery. A pokud jej nezvládne, zda bude schopna přizpůsobit se novému prostředí v léčebně dlouhodobě nemocných. Momentálně není možné odpovědně předvídat jak soběstačného a naplněného života bude pacientka schopna.

D. Seznam použité literatury a zdrojů informací

1. TICHÝ, J. a kol. *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997, 322 stran, ISBN 80-7184-492-6
2. WABERŽINEK, G.; KRAJÍČKOVÁ, D. *Základy obecné neurologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, 243 stran, ISBN 80-246-0803-0
3. KALITA, Z. a kol. *Akutní cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2006, 623 stran, ISBN 80-7234-775-6
4. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 7. vydání, Praha: Maxdorf, 2004, 490 stran, ISBN 80-7345-009-7
5. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada, 2001, 568 stran, ISBN 80-247-0242-8
6. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 185, ISBN 80-7013-285-X
7. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004, 160 stran, ISBN 80-246-0428-0
8. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 352 stran, ISBN 978-80-247-1830-9
9. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1.vydání. Praha: Grada, 2006, 264 stran, ISBN 80-247-1399-3
10. Cévní mozková příhoda, (citace 16. 12.2008) dostupné na [http: // www.pharmanews.cz/](http://www.pharmanews.cz/)
11. Cévní mozková příhoda – kompletní článek, (citace 19. 12.2008) dostupné na [http: //www.zbynekmlcoch.cz/](http://www.zbynekmlcoch.cz/)

Pacientka – rozhovor, pozorování

Dcera pacientky – rozhovor

Dokumentace

Zdravotnický personál

E. Seznam příloh

1. Barthelův test základních všedních činností
2. Hodnocení rizika pádu
3. BMI – Body Mass Index
4. Hodnocení rizika vzniku dle Nortonové
5. Vstupní ošetřovatelský záznam a plán ošetřovatelské péče

Příloha č. 1

Barthelův test základních všedních činností (activity daily living) s vyznačením aktuálního stavu u sledovaného pacienta.

3. 11. 2008

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	BODOVÉ SKORE
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
	CELKEM	0

Hodnocení stupně závislosti:

- 0 – 40** vysoce závislý
- 45 – 60** závislost středního stupně
- 65 – 95** lehká závislost
- 100** nezávislý

8. 12. 2008

ČINNOST	PROVEDENÍ ČINNOSTI	BODOVÉ SKORE
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50m s pomocí 50m na vozíku 50m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
	CELKEM	15

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 vysoce závislý
45 – 60 závislost středního stupně
65 – 95 lehká závislost
100 nezávislý

Příloha č. 2

Hodnocení rizika pádu s vyznačením aktuálního stavu pacienta

POHYB	Neomezený	0
	Používá pomůcky	2
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
VYPRAZDŇOVÁNÍ	Nevyžaduje pomoc	0
	Nykturie/Inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	0
MEDIKACE	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá následující léky:	
	-diuretika	1
	-antiepileptika	
	-antiparkinsonika	
	-antihypertenziva	1
	-psychotropní látky	
	-benzodiazepiny	1
SMYSLOVÉ PORUCHY	Vizuální, smyslové Smyslový deficit	1
	Žádné	0
MENTÁLNÍ STATUS	Orientován	0
	Občasná noční dezorientace	1
	Dřívější dezorientace/demence	1
VĚK	18-75	0
	75 a vyšší	1
PÁD V ANAMNÉZE		1
CELKOVÉ SKÓRE		8

Skóre 2 a vyšší – pacient je ohrožen rizikem pádu

Příloha č. 3

BMI – Body Mass Index s výpočtem aktuálního stavu pacienta

Index tělesné hmotnosti se vypočítá vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky.

5. 11. 2008

VÝŠKA PACIENTA: 168 cm

HMOTNOST PACIENTA: 85 kg

BODY MASS INDEX: 30

- méně než 18,5	podváha
- 18,5 – 25	ideální váha
- 25 – 30	nadváha
- 30 – 35	mírná obezita
- 35 – 40	střední obezita
- 40 a více	morbidní obezita

8. 12. 2008

VÝŠKA PACIENTA: 168 cm

HMOTNOST PACIENTA: 74 kg

BODY MASS INDEX: 26

- méně než 18,5	podváha
- 18,5 – 25	ideální váha
- 25 – 30	nadváha
- 30 – 35	mírná obezita
- 35 – 40	střední obezita
- 40 a více	morbidní obezita

Příloha č. 4

Hodnocení rizika vzniku dle Nortonové

Fyzický stav		Vědomí		aktivita		Pohyblivost		inkontinence	
Dobry	4	Dobry	4	Chodí	4	Úplná	4	Není	4
Zhoršený	3	Apatický	3	S doprovodem	3	Částečně Omezená	3	Občas	3
Špatný	2	Zmatený	2	Sedačka	2	Velmi omezená	2	Moč	2
Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Leží	1	Žádná	1	Moč + stolice	1

Žádné více než 18 bodů
Nízké 17 – 14 bodů
Střední 13 – 9 bodů
Vysoké 8 – 4 body

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V dne

jméno a příjmení zájemce

