

**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**  
**Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**



## **Závěrečná bakalářská práce**

### **Ošetrovatelská kasuistika nemocného s cévní mozkovou příhodou**

Květen 2006

Květa Vávrová  
Bakalářské studium ošetrovatelství  
kombinované

## **Obsah**

<b>1. Úvod</b>	3
<b>2. Klinická část</b>	4
2. 1. Charakteristika onemocnění	4
2. 1. 1. Rizikové faktory cévní mozkové příhody	4
2. 1. 2. Klasifikace CMP	5
2. 1. 3. Diferenciální diagnostika CMP	9
2. 1. 4. Obecná terapie CMP	10
2. 1. 5. Rehabilitace	11
2. 1. 6. Specifika ošetrovatelské péče	11
2. 1. 7. Důsledky onemocnění	12
2. 2. Prognóza onemocnění	13
2. 3. Prevence onemocnění	13
<b>3. Základní údaje o nemocném</b>	13
3. 1. Osobní údaje	13
3. 2. Lékařská anamnéza	14
3. 3. Lékařské diagnózy	14
3. 4. Diagnosticko - terapeutická péče	15
3. 4. 1. Fyziologické funkce	15
3. 4. 2. Vyšetření	16
3. 4. 3. Farmakoterapie	19
3. 4. 4. Dietoterapie, pohybový režim	20
3. 4. 5. Stručný průběh hospitalizace	20
3. 5. Vnímání nemoci a hospitalizace pacientem	21
3. 6. Hodnocení pacienta sestrou	21
<b>4. Ošetrovatelská anamnéza</b>	22
4. 1. Základní fyziologické potřeby	22
4. 2. Psychosociální potřeby	24
<b>5. Ošetrovatelské diagnózy</b>	25
5. 1. Cíl, plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče	26
5. 2. Edukace pacienta	34
5. 3. Závěr a prognóza	34
<b>6. Seznam použité literatury</b>	35
<b>7. Přílohy</b>	36

## **1. Úvod**

Ke své závěrečné bakalářské práci jsem si vybrala pacienta s cévní mozkovou příhodou, protože toto onemocnění je jedno z nejčastějších, která jsou na našem oddělení léčena a tohoto pacienta mám možnost ošetřovat již od přijetí.

Toto onemocnění má vzrůstající tendenci, která má souvislost se současnou hektickou dobou a pracovním přetížením lidí, kteří nevěnují pozornost své životosprávě, a bohužel se stále častěji projevuje i u mladších lidí.

Centrální mozkové příhody jsou pro mne také zajímavé svojí problematikou týkající se různorodosti projevů a tím vznikajících tělesných postižení pacientů, kteří vyžadují velmi intenzivní a odbornou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská péče u tohoto onemocnění zahrnuje péči o pacienta od zajištění základních fyziologických potřeb až po potřeby nejvýše položené na Maslowově hierarchii potřeb. Snahou při léčbě tohoto onemocnění je samozřejmě návrat pacienta do plnohodnotného života, ale při postiženích, která toto onemocnění způsobuje to není mnohdy jednoduché a vyžaduje to dlouhodobé úsilí a plnou spolupráci pacienta, lékaře, ošetrovatelského personálu, rehabilitačních pracovníků, logopedů a také rodinných příslušníků. Vždy, když se podaří pacienta po cévní mozkové příhodě úspěšně vrátit do domácího prostředí a on je schopen zvládnout sebekéči, cítíme velké profesionální uspokojení ze společného úsilí.

Doufám, že při ošetrování pacienta, kterého jsem si vybrala pro svoji práci bude léčba i ošetrovatelská péče úspěšná, pacient se vrátí domů a bude schopen žít svůj život nadále plnohodnotně.

## **2. Klinická část**

### **2. 1. Charakteristika onemocnění**

#### **Definice onemocnění**

Dle WHO je cévní mozková příhoda (dále CMP, nebo iktus) definována jako rychle se rozvíjející klinické symptomy a nebo fokální - místní příznaky a náhlé globální – generalizované poškození mozkové funkce se symptomy trvajících více než 24 hodin po vyloučení jiné příčiny, než cévní. /3/

Cévní mozkové příhody jsou již druhou nejčastější příčinou úmrtí v průmyslově vyspělých zemích. V České republice je úmrtnost na CMP u populace do 65 let až dvojnásobná, ve srovnání se zeměmi západní a severní Evropy a to zejména u mužů (vrchol ve věkové kategorii 49-65 let). V zemích západní a severní Evropy je roční incidence do 180 nemocných s prvním iktem na 100 tisíc obyvatel s úmrtností 20-30 %, v ČR je roční incidence prvního iktu 280-320 na 100 tisíc obyvatel s úmrtností do jednoho roku kolem 40 %. /3/

Z nemocných, kteří příhodu přežijí, je téměř polovina invalidních, většinou těžce. Zvláště alarmující je posun výskytu CMP do stále mladších věkových kategorií.

*CMP jsou tedy velmi závažným medicínským, sociálním i ekonomickým problémem. /6/*

#### **2. 1. 1. Rizikové faktory cévní mozkové příhody**

Rizikové faktory rozdělujeme do dvou skupin. První skupinu tvoří rizikové faktory jenž změnit nelze, druhou tvoří faktory, které lze preventivní snahou ovlivnit.

<b>Přehled rizikových faktorů pro vznik CMP</b>		
<b>Faktory neovlivnitelné</b>		<b>Faktory ovlivnitelné</b>
<b>1.</b>	Věk	Hypertenze
<b>2.</b>	Pohlaví	Onemocnění srdce
<b>3.</b>	Genetická zátěž	Ateroskleróza
<b>4.</b>	Rasa a geografické podmínky	Diabetes mellitus
<b>5.</b>		Cholesterol a lipidy
<b>6.</b>		Kouření
<b>7.</b>		Obezita
<b>8.</b>		Alkohol
<b>9.</b>		Hormonální antikoncepce
<b>10.</b>		Typ chování



Znalost rizikových faktorů je důležitá pro objasnění těch příčinných vztahů, jejichž ovlivněním můžeme snížit výskyt této nemoci. Kombinací několika rizikových faktorů se nebezpečí vzniku CMP mnohonásobně zvyšuje. /2/

## **2. 1. 2. Klasifikace CMP**

CMP dělíme na tři velké skupiny

1. **Ischemický iktus** (mozkový infarkt) – kolem 80 % s dominantní trombembolickou genézou
2. **Hemoragický iktus** (mozkové krvácení) – asi 15 %
3. **Subarachnoidální krvácení** – asi 5 %

### **1. Ischemický iktus**

Ischemické CMP jsou nejméně 5x častější (asi 80 %).

#### **Patogeneze**

Podstatou ischemického iktu je nepoměr mezi potřebou živin (glukózy) a kyslíku a jejich dodáním do cílového orgánu – mozku, čímž vzniká jeho ischemické poškození. Jestliže klesne průtok mozku o méně než 50 %, nijak se to na struktuře tkáně, ale ani na funkci neprojeví. Klesne-li průtok o více než 50 %, projeví se to poruchou funkce postižené oblasti mozku – vznikne např. hemiparéza nebo výpad jiné funkce podle postiženého místa. Mozkové buňky však dosud žijí a zvýší-li se průtok opět nad 50 %, jsou schopny plné úpravy funkce. Jestliže klesne průtok pod 10 % a trvá-li tento pokles více než 4 minuty, dochází k rozpadu buněk a ty již nikdy nejsou schopny reparace.

### **Rozdělení ischemických CMP**

1. Obstrukční – trombotické a embolické
2. Neobstrukční

## 1. Obstrukční ischemické CMP

### Trombotické

Jsou příčinou 2/3 ischemických CMP. Při dysfunkci cévního endotelu v důsledku toxických vlivů (nikotin), ischemie cévní stěny, infiltrace cévy lipoproteiny při arterioskleróze nebo mechanicky při turbulenci krevního proudu dochází k okamžité adhezi trombocytů na odkrytá kolagenní vlákna, aktivují se plazmatické koagulační systémy a přes stadium primární hemostatické zátky se vytváří definitivní fibrinové koagulum.

Klinicky se trombotické postižení cévní stěny projevuje často postupně narůstající symptomatologií podle rychlosti uzavírání cévního lumen trombem. Jindy je vznik CMP náhlý.

Trombotické cévní příhody vznikají častěji v klidu, ve spánku, kdy krevní tlak fyziologicky klesá, též po jídle, pro přesun krve do splachnické oblasti. Rozvoj příznaků nebývá obvykle bouřlivý, vědomí je obvykle zachováno a to i při těžkém hybném postižení.

### Embolické

Tvoří 1/3 ischemických CMP. Zdrojem embolizace do CNS bývají nejčastěji srdeční tromby z oblasti magistralních tepen (oblouk aorty, a. carotis communis, a. carotis interna, a. vertebralis, a. basilaris). Paradoxní embolie z pánevních žilních pletení nebo hlubokého žilního systému dolních končetin při průchodném foramen ovale nejsou výjimečné a je nutno na ně pomyslet především u mladších jedinců, při nejasné příčině embolie. Vzácně, může jít o embolii tukovou, vzduchovou nebo infikované septické emboly (např. při endokarditidě.) /6/

## 2. Neobstrukční ischemické CMP

K CMP může dojít i v případech, kdy cévy v oblasti mozku nejsou postiženy žádným procesem, který by je zužoval nebo obturoval. Mozkovým buňkám se nedostává kyslíku proto, že k nim přichází málo krve, nebo je dodávka zcela zastavena, nebo je velmi nízká saturace krve kyslíkem. Nejčastější příčinou je kardiální původ hypoxie mozku. Hlavním projevem je tedy bezvědomí. /4/

### **Klinické projevy**

Klinický obraz u ischemické CMP je značně variabilní v závislosti na rozsahu hypoxie, její lokalizaci, rychlosti jejího vzniku, kompenzačních mechanismech, celkovém zdravotním stavu, preventivní léčbě i kvalitě a včasnosti urgentní intenzivní péče v samém počátku

onemocnění. Obvykle platí, že čím je postižení mozkové tkáně rozsáhlejší, tím je i závažnější klinický nález.

U nejčastějšího typu ischemické CMP v povodí **a. cerebri media** se objevuje kontralaterální hemiparéza až hemiplegie, hemihypestézie ( porucha citlivosti ), homonymní hemianopsie. Pokud se ischemie vyvíjí v dominantní hemisféře, je přítomna porucha řečových funkcí (expresivní, sensorická, nebo smíšená). Pro nedominantní hemisféru je vedle kontralaterální poruchy hybnosti a citlivosti typickým znakem porucha vnímání, ignorování ochrnuté poloviny těla a porucha prostorové orientace.

Při postižení povodí **a. cerebri anterior** se vyvine senzitivně motorický deficit na kontralaterálních končetinách, s větším postižením dolní končetiny, často psychická alterace (amence, somnolence až sopor), močová inkontinence i epileptické záchvaty.

Klinické obrazy ischemie v povodí **vertebrobazilárním** jsou pestré.

Zjišťujeme centrální vestibulární syndrom (vertigo, nystagmus), mozečkové příznaky (ataxií), kmenové syndromy s homolaterálním postižením hlavového nervu (n. oculomotorius, n. facialis) a kontralaterální hemiparézou, dysartrií, dysfágií, diplopií, bolest hlavy, zvracení, parestézie aj. /6/

## **Průběh ischemických CMP**

### Tranzitorní ischemická ataka (TIA)

Jde o epizodu fokální mozkové dysfunkce, která kompletně odezní do 24 hodin. Většina tranzitorních příhod však trvá daleko kratší dobu. Tranzitorní příhody se často opakují a znamenají vysoké riziko následné závažnější CMP. TIA je tedy varovným signálem obvykle závažného kardiovaskulárního onemocnění, který nesmí být podceňen.

TIA se většinou projevuje dočasnou ztrátou hybnosti nebo ztrátou citlivosti určité části těla, ztrátou řeči nebo zraku.

### Reverzibilní ischemický neurologický deficit- RIND

Jde o významnější fokální mozkovou hypoxii než TIA, která trvá déle než 24 hodin, odeznívá do 14 dnů, někdy s drobným trvalým funkčním deficitem. Nejčastěji se objevuje hemiparéza a afázie.

### Progredující cévní mozková příhoda

Jde o postupně narůstající fokální mozkovou hypoxii s progresí klinických příznaků.

### Dokončená cévní mozková příhoda

Jde o projevy ireverzibilní ložiskové hypoxie mozku s trvalým funkčním deficitem. /6, 4/

## **2. Hemoragický iktus**

Krvácení do mozkové tkáně vzniká v důsledku ruptury cévní stěny některé z mozkových artérií. Tvoří 15-20 % všech cévních onemocnění mozku a je zatíženo větší mortalitou, než příhody ischemické.

Mozková krvácení lze dělit na příhody traumatického původu a tzv. krvácení „spontánní“.

### **Patogeneze**

Krvácení z postižené artérie může mít různý charakter. V závislosti na aktuálním krevním tlaku, velikosti ruptury cévní stěny a odporu okolní tkáně, může krev z postižené cévy buď pomalu vytékat a okolní tkáň spíše roztlačovat ( ohraničené globózní krvácení), nebo prudce tryskat a devastovat okolní mozkové struktury ( tříštivé krvácení). Krvácení je většinou jednorázový děj, krev bývá sražena během několika minut. Progrese klinického stavu vzniká v důsledku toxického působení koagula a stlačením okolní mozkové tkáně a rozvojem mozkového edému.

### **Klinické projevy**

Klinické příznaky krvácení záleží na jeho příčině, lokalizaci, rozsahu, rychlosti vzniku, kompenzačních mechanismech mozkové tkáně a celkovém zdravotním stavu pacienta.

Obecně lze říci, že krvácení v hlubokých strukturách mozkových hemisfér a v zadní jámě lební jsou podstatně závažnější, než krvácení v podkorové bílé hmotě mozkové.

Centrální oblasti mozkové hemisféry jsou nejčastější lokalizací tříštivých hemoragií, proto je i klinický nález obvykle velmi závažný, často s letálním koncem. Příhoda vzniká náhle, často za okolností doprovázených vzestupem krevního tlaku : fyzická námaha, defekace, koitus, rozčilení.

Klinický obraz u centrálních tříštivých hemoragií je kombinací ložiskových projevů a příznaků akutně vzniklé nitrolební hypertenze, obvykle s poruchou vědomí ( kóma ve 42 % ). Pacient má bolesti hlavy, často zvrací, může být inkontinentní, bývá červený v obličeji, častý je vzestup teploty. Prognóza je nepříznivá, s vysokou mortalitou. /6, 8/

### **3. Subarachnoidální krvácení - SAK**

SAK je onemocnění relativně velmi časté, které má i dosti vysokou mortalitu. Mortalita u prvního krvácení je asi 20-30 % a při každé další recidivě mortalita výrazně stoupá.

#### **Patogeneze**

Subarachnoidální krvácení se liší od ostatních CMP tím, že nevzniká na bázi získaných cévních změn (nejčastěji arteriosklerotických), ale na podkladě vrozených cévních anomálií. Jde o aneurysmata- výdutě a arterio- venózní malformace. Tyto vrozené vady se většinou nijak neprojeví až do okamžiku, kdy prasknou. Protože z velké části jsou uloženy v subarachnoidálním prostoru, krev z nich se při ruptuře dostává do tohoto prostoru, který obsahuje likvor a smísí se s ním. Vzniká subarachnoidální krvácení.

#### **Klinický obraz**

Typický klinický obraz je dramatický. Onemocnění vzniká náhle, projevuje se intenzivní bolestí hlavy velmi často lokalizovanou do záhlaví. Současně dochází k poruše vědomí, nejčastěji bezvědomí, které je různě hluboké a trvá různě dlouho. Časté je opakované zvracení. /4/

### **2. 1. 3. Diferenciální diagnostika CMP**

**1. Anamnéza** - je velmi důležitá. V rodinné anamnéze pátráme především po onemocněních kardiovaskulárních a po cévních onemocněních mozku. Důležité jsou též informace o požívání alkoholu, kouření a o současné i minulé terapii nemocného. Při hodnocení vlastní CMP je třeba vědět, jak k příhodě došlo, v kterou denní dobu, za jakých okolností, jaký byl první příznak, jaký je průběh i současné potíže.

**2. Klinické neurologické vyšetření** – by mělo být doplněno poslechovým vyšetřením obou karotid.

**3. Počítačová tomografie CT** - rozliší s jistotou hemoragickou CMP od ischemické.

CT vyšetření může v některých případech prokázat i příčinu cévní léze ( aneurysma, AV malformace. ( Dále prokazuje nejen vlastní lézi, ale též průvodní a následné změny mozkové tkáně ( edém, atrofie).

**4. Nukleární magnetická rezonance NMR** - přináší další doplňující informace. Mozkovou ischemii prokazuje dříve, než CT vyšetření. Především ale prokazuje přesněji než CT, některé cévní anomálie, zodpovědné za ohraničené globózní krvácení, které nejsou angiograficky prokazatelné.

**5. Zobrazení cév** - Metody neinvazivní- UZ vyšetření, MR angiografie, CT angiografie. Metody invazivní - klasická angiografie, je významná pro detailní zobrazení cévního řečiště, pro průkaz stenóz a aneurysmat.

**6. Lumbální punkce** – indikována při podezření na subarachnoidální krvácení a negativním CT nálezem.

**7. Další vyšetření** - oční vyšetření, kardiologické vyšetření a laboratorní vyšetření krve.

## **2. 1. 4. Obecná terapie CMP**

### **1. Vazoaktivní léčba**

Nejužívanějším preparátem je pentoxyphyllin ( Trental ). Jeho efekt je vazodilatační a má vliv na metabolismus buňky.

### **2. Antikoagulační léčba**

Standardně je doporučena miniheparinizace či frakcionovaný heparin v preventivní trombolitické dávce a to jak u ischemické, tak hemoragické CMP.

### **3. Trombolitická léčba**

Musí být zahájena do 3 hodin od jasně definovaného vzniku ischemického iktu. Způsobuje rozpuštění trombu a embolu, s následnou rekanalizací. Indikováni jsou nemocní se středně těžkým a těžkým neurologickým deficitem.

### **4. Energetická podpora buňky**

Představuje léčbu nootropiky, kreatinfosfáty. Tyto preparáty stabilizují membrány a mají projektivní efekt na buněčný metabolismus.

### **5. Blokátory kalciových kanálů**

Zabraňují vzniku spasmu cév jako hlavní komplikací tohoto onemocnění.

### **6. Antiagregační léčba**

Tato léčba je vyhrazena především pro sekundární prevenci.

### **7. Symptomatická léčba**

Je doplňkovou léčbou podle potíží nemocného (analgetika, sedativa při bolestech, antiemetika při zvracení, projímadla při zácpě atd.

## 8. Specializovaná léčba

Tato léčba zahrnuje především rehabilitaci, která musí být zahájena bezprostředně po přijetí pacienta, obvykle nejprve formou polohování a pasivního cvičení, později i cvičení aktivního, včetně rehabilitace dýchání a reedukace řeči. Rehabilitační tým tvoří lékař, sestra fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog a sociální pracovníce.

## 9. Chirurgická léčba

Chirurgická léčba je indikována u některých hemoragií a aneurysmat. /6/

### 2. 1. 5. Rehabilitace

Nedílnou součástí léčby CMP, je rehabilitace. Ta by měla začít co možná nejdříve.

Cílem rehabilitace je zlepšení fyzického a psychického stavu, zabránění vzniku sekundárních změn (kontraktury, deformity kloubů, vznik dekubitů atd.), docílení, pokud možno plné soběstačnosti a samostatnosti v běžných denních činnostech a zařazení zpět do společnosti a plnohodnotného života.

Rehabilitace se prolíná celým léčebným procesem, od fáze akutní, přes stadium subakutní až po fázi chronickou.

V **akutním** stadiu se využívá polohování. Viz příloha č. 1.

V **subakutním** stadiu, pokud je pacient schopen spolupráce, se pasivní pohyby nahrazují nebo doplňují pohyby aktivními.

V **chronickém** stadiu se nejvíce uplatňuje ergoterapie - nácvik soběstačnosti v běžných denních činnostech, důležité je zmapování domácího prostředí a vybavení pacienta vhodnými kompenzačními pomůckami. /7/

### 2. 1. 6. Specifika ošetrovatelské péče

Velmi významnou součástí léčby CMP je ošetrovatelská péče, zaměřená na:

- optimální nutriční a dostatek tekutin
- prevenci komplikací
- polohování pro prevenci dekubitů a vzniku kontraktur
- zajištění kvalitní hygienické péče
- prevenci hluboké žilní trombózy ( bandáže dolních končetin, časná mobilizace )
- psychoterapeutické působení na nemocné a rodinné příslušníky ke zmírnění psychického

dyskomfortu a deprese  
- podíl na pasivní rehabilitaci a vertikalizaci

## **2. 1. 7. Důsledky onemocnění**

Důsledky CMP závisí na lokalizaci a rozsahu poškození mozkové tkáně.

### **Motorika**

Nejčastějším obrazem je hemiparéza či hemiplegie.

### **Spasticita ( zvýšené svalové napětí )**

Je závažným prvkem potíží po centrálním poškození pohybové dráhy. Horní končetina má tendenci ustrnout ve flekčním postavení s rukou svírající v pěst. Na dolní končetině mají svaly naopak snahu udržovat klouby v napnutém stavu.

### **Poruchy senzitivní**

Podobně, jako přerušení vodivosti pohybových drah pro jednu polovinu těla, je z hlediska stavby těla dáno i přerušení drah cití. Postižení může být samostatné nebo společné s plegií.

### **Poruchy senzorické**

Nejčastěji jde o výpadek části zorného pole či poruchy rovnováhy nebo polohocitu.

### **Poruchy řeči a symbolických funkcí**

Poruchy postihují různé složky v tvorbě a chápání slov a vět. Může jít o neschopnost vybavovat si slova z paměti, tzv. expresivní afázie ( pacient při pokusu o komunikaci může opakovat stále stejné slovo, nebo frázi ), nebo může jít o neschopnost porozumět mluvenému slovu, tzv. senzorická afázie, v nejtěžším případě může jít o afázii smíšenou. Dysartrie znamená poruchu řeči, při níž je porušena výslovnost z nervových příčin. Alexie znamená neschopnost pochopit psané slovo či poruchu čtení. /7/



## **2. 2. Prognóza onemocnění**

Obecně závisí na mnoha faktorech: na typu CMP, na rozsahu postižení, na věku, na stavu kardiovaskulárního systému.

Nemocný po ischemickém iktu je především ohrožen jinou vaskulární příhodou, zejména infarktem myokardu.

Prognóza je horší u pacientů s krvácivými CMP.

Riziko recidivy CMP je nejvyšší v prvních týdnech a měsících, přibližně 10 % v prvním roce a 5 % v následujících letech. /3/

## **2. 3. Prevence onemocnění**

**Primární prevence** je dána mírou možnosti ovlivnění prokázaných rizikových faktorů pro vznik CMP.

**Sekundární prevence** je nezbytná u všech nemocných po CMP. Medikamentózní prevence je zahájena bezprostředně po vzniku CMP.

## **3. Základní údaje o nemocném**

### **3. 1. Osobní údaje**

Jméno a příjmení: J.P.

Oslovení: pane P.

Pojišťovna: VZP

Věk: 55 let

Vzdělání: střední odborné

Povolání: obsluha strojů

Národnost: česká

Vyznání: bez vyznání

Adresa: Praha 9

Osoba, kterou lze kontaktovat: matka

Doba ošetřování: od přijetí 25.1. 2006 do 1. 2. 2006

### 3. 2. Lékařská anamnéza

**AA:** negativní

**EA:** negativní

**FA:** negativní

**Abusus:** kouření, kouří 20 cigaret denně, od 18 let, alkohol příležitostně, káva +

**SA:** rozvedený, žije sám, s rodinou se nestýká, pracuje jako obsluha strojů.

**RA:** otec + v 65 letech na AIM, matka žije, s čím se léčí, neví.

**OA:** operace 0, úrazy 0, běžné dětské choroby, divergentní strabismus vpravo, jinak se s ničím neléčí.

**NO:** od 24.1.2006 při probuzení ráno porucha hybnosti levé dolní a horní končetiny, slabost, do 25.1. 2006 progredující, kdy LHK imobilní, nejistota ve stoji s tahem doleva, ráno při vstávání upadl a narazil si žebra vlevo. Současně zhoršení řeči. Čekal do večera 25.1.2006, kdy zavolal RZP, vyšetřen na neurologii se závěrem CMP s levostrannou symptomatologií, CT - mapovité hypodenzity v bílé hmotě mozkové bilaterálně, odpovídající ischemickým změnám. Insekt 0, úraz hlavy 0, křeče 0, bezvědomí 0.

**Objektivní nález:** Orientovaný, spolupracující, přiměřené výživy a hydratace, bez ikteru, bez dušnosti a cyanosy, hlava pokleповě nebolestivá, porucha řeči, bulby divergentní strabismus vpravo, nystagmus 0, pokles koutku vlevo, pokles patrového oblouku vlevo, jazyk středem bez povlaku, hrdlo klidné, šije volná, karotidy + symetricky, šelest 0, hrudník symetrický, dýchání sklípkové, nečetné krepitace basálně, hematom na hrudníku dorsolaterálně vlevo velikost 5x2,5 cm, palpce a poslechově bez krepitací, akce srdeční nepravidelná 90 – 100/min, dvě ozvy tiché, tapott. bilat. negativní, břicho v niveau, dýchá volně, měkké prohmatné, nebolestivé, hepar v oblouku, slezina nezvětšená, peristaltika +, třísla volná, DKK bez otoků a známek zánětu, pulsace aa. femorales bilaterálně + se systolickým šelestem, na periferii pulsace + slabě, neurologicky meningeální, plegie LHK, paresa LDK, Siccard LDK, n. VII levostranná centrální paresa.

**TK** 160/95, **P** nepravidelný 90 – 100/min, **DF** 12/min, **TT** 36,4 °C – afebrilní.

### 3. 3. Lékařské diagnózy

- ▶ CMP ischemická s levostrannou paresou LDK, plegií LHK, paresou n. VII, ischemické změny CNS bilaterálně dle CT
- ▶ Fibrilace síní nejasného stáří

- ▶ AS kyfotických a IC tepen, ICHDK I.
- ▶ Divergentní strabismus l.dx.
- ▶ Nikotinismus

### 3. 4. Diagnosticko - terapeutická péče

#### 3. 4. 1. Fyziologické funkce

DATUM	TK	P/min	D/min	TT
25.1.	V 160/95	95	12	36,4°C
26. 1.	R 160/105	114	15	36,5°C
	P 150/105	80		
	V 145/95	74		36,4°C
27. 1.	R 160/100	85	14	36,6°C
	P 150/110	80		
	V 145/90	80		36,5°C
28. 1.	R 140/95	84	13	36,3°C
	P 140/90	75		
	V 120/60	71		36,4°C
29. 1.	R 120/85	80	14	36,4°C
	P 150/95	91		
	V 130/90	82		36,6°C
30. 1.	R 140/85	90	13	36,4°C
	P 140/80	85		
	V 130/80	76		36,5°C
31. 1.	R 140/80	90	12	36,4°C
	P 140/85	84		
	V 130/90	97		36,5°C
1. 2.	R 140/90	92	14	36,4°C

**Stav vědomí:** pacient plně při vědomí orientovaný osobou, časem i místem, spolupracuje při veškerých vyšetřeních i ošetrovatelské péči.

### 3. 4. 2. Vyšetření

#### 3. 4. 2. 1. Laboratorní vyšetření

25.1.2006

#### Norma

<b>Hematologické vyšetření:</b> Krevní obraz – Leukocyty 12,6 10 <sup>9</sup> /l ↑ (4,0 – 10,0)	
statim	Erytrocyty 5,72 10 <sup>9</sup> /l (4,50 – 6,30)
	Hemoglobin 178,0 g/l (140 – 180)
	Hematokrit 0,540 l/l ↑ (0,380 – 0,520)
	Trombocyty 223 10 <sup>9</sup> /l (140 – 440)
Koagulace -	Quick 14,7 s
	INR 1,12 (0,80 – 1,20)
	APTT 29,4 s
	R 0,90 (0,80 – 1,20)

V krevním obrazu je zvýšena hodnota leukocytů a hematokritu, všechny ostatní hodnoty jsou v normě.

<b>Biochemické vyšetření:</b> hodnoty mimo normu		norma
statim	glykémie 7,1 mmol/l ↑	(3,3 – 6,1)
	celková bílkovina 84 g/l ↑	(65 – 80)
	C reaktivní protein 10,0 mg/l ↑	(0 – 8)

Na, K, Cl, urea, kreatinin, Troponin I, AST, ALT vše v normě.

26.1 2006

#### norma

<b>Hematologické vyšetření:</b> krevní obraz – Leukocyty 10,3 10 <sup>9</sup> /l ↑ (4,0 – 10,0)	
	Erytrocyty 6,05 10 <sup>9</sup> /l (4,50 – 6,30)
	Hemoglobin 188,0 g/l ↑ (140,0 – 180,0)
	Hematokrit 0,578 l/l ↑ (0,380 – 0,520)
	Trombocyty 242 10 <sup>9</sup> /l (140 – 440)

V krevním obrazu jsou zvýšeny hodnoty leukocytů, hemoglobinu a hematokritu, ostatní hodnoty jsou v normě.

<b>Biochemické vyšetření:</b> hodnoty mimo normu			norma
glykémie	6,8 mmol/l	↑	(3,3 – 6,1)
kyselina močová	543 umol/l	↑	(180 – 420)
cholesterol	5,88 mmol/l	↑	(0 – 5,2)
HDLC	0,97 mmol/l	↓	(1,4 – 3)
LDLC	4,39 mmol/l	↑	(1 – 3,8)

Triglyceridy, lipoproteid (a), tyreotropin sens, free T4 v normě.

<b>Moč – chemicky:</b> Glukoza normal	močový sediment: Leukocyty 0 a.j.	1/uL
Bílkovina 2	Erytrocyty 0 a.j.	2/uL
Bilirubin negativní		
Urobilinogen negativní		
pH 6,5		
Krev negativní		
Ketolátky negativní		
Nitráty negativní		
LEU negativní		
Hustota 1,038		

Hodnota hustoty moče je zvýšená, přítomnost bílkoviny v moči je patologická.

27.1.2006

**norma**

**Biochemické vyšetření:** digoxin 0,34 mmol/l ↓ (1 – 2,5)

**Moč - chemicky:** Při porovnání výsledku se včerejším se obě patologické hodnoty upravily.

Bílkovina negativní

Hustota 1,022

Hodnota pH klesla na 5,5 a objevila se stopa nitrátů.

sediment: nově se vyskytly bakterie 1 a.j.



### **3. 4. 2. 2. Neurologické vyšetření a CT mozku**

25.1. 2006

Závěr neurologického vyšetření: levostranná centrální symptomatologie, centrální paresa n.VII sin. Statim CT mozku a dle něj hospitalizace na interně.

Závěr CT mozku: Mapovité hypodenzity v bílé hmotě mozkové odpovídají ischemickým změnám.

### **3. 4. 2. 3. RTG srdce + plic + žebra vlevo**

26.1. 2006

Závěr: nález na nitrohručních orgánech a žebrech v mezích normy.

### **3. 4. 2. 4. TTE**

26.1. 2006

Závěr: Incip. dilatace LSS, jinak srdeční oddíly nedilatovány, normální systolická funkce LKS, k diastolické funkci se s ohledem na přítomnou FS nemohu vyjádřit, na chlopních jen diskretní degenerativní změny, stop. (fyziolog.) regurg. na trikusp. a pulmonalis, bez známek přetlaku v plicnici, perikard bez separace.

### **3. 4. 2. 5. UZ karotid duplex**

26.1. 2006

Závěr: v přehledném úseku karotid bez hemodynamicky významné stenózy, nástěnné AS změny, zesílení IMT, coiling ACC vlevo.

### **3. 4. 2. 6. Oční vyšetření**

30.1. 2006

Závěr: angiosklerosis oc. sin. , exotopia oc. dx. , amblyopia oc. dx.

### **3. 4. 2. 7. Plánovaná vyšetření**

TEE

kontrolní CT mozku

### 3. 4. 3. Farmakoterapie

FR 2000 ml i.v. na 12 hodin pouze 25.1.- 26.1. 2006

Digoxin 1a i.v. při přijetí 25.1. 2006

Anopyrin 100 mg 1 – 0 – 0 tbl.

Heparin 3000j. s.c. a 8 hodin ( 8<sup>o</sup>, 16<sup>o</sup>, 24<sup>o</sup>)

Digoxin 0,250 mg 1 – 0 – 0 tbl. od 26.1.2006

KCl 500 mg 1 – 0 – 1 tbl. od 26.1. 2006

Vasocardin 50 mg 1 – 0 – 1 tbl. od 26.1. 2006

#### 1. Anopyrin 100 mg

#### acidum acetylsalicylicum

Indikační skupina: Antiagregans

Protidestičková léčiva brání aktivaci a agregaci trombocytů, a tak zamezují tvorbě destičkových trombů.

Nežádoucí účinky: nausea, zvracení, dyspeptické obtíže, krvácení z nosu, krvácení do gastrointestinálního traktu, anémie, vředová choroba gastroduodenální až perforace vředů.

#### 2. Heparin

#### heparin

Indikační skupina: Antikoagulans

Účinnost je podmíněna vazbou na plazmatický heparinový kofaktor – antitrombin III.

Nežádoucí účinky: Trombocytopenie, alergická reakce, vzácně krvácení z místních lézí, orgánové krvácení, alopecie, po dlouhodobé terapii osteoporóza.

#### 3. Digoxin 0,250 mg

#### digoxinum

Indikační skupina: Kardiotonikum

Zlepšuje funkci srdce jako pumpy tím, že zesiluje sílu stahu srdečního svalu a zpomaluje jeho tepovou frekvenci.

Nežádoucí účinky: Zvláště při vyšším dávkování může způsobovat žaludeční nevolnost, zvracení, průjem, bolest hlavy, ospalost, únavu, dezorientaci, brnění v končetinách, poruchy barevného vidění.

#### 4. KCl 500 mg

#### kalii chloridum

Indikační skupina: Přípravek obsahující draslík

Je využíván hlavně k doplnění draslíku do organismu při jeho nedostatku. Dobře se vstřebává ze zažívacího traktu.

Nežádoucí účinky: Nevolnost, zvracení, plynatost, bolesti břicha, průjem.

Hyperkalémie = parestezie končetin, svalová slabost, paralýza, arytmie až zástava srdce.

### **5. Vasocardin 50 mg**

### **metoprololi tartaras**

Indikační skupina: Antihypertenzivum, Beta – blokátor

Beta 1 – selektivní blokátor adrenergických receptorů bez vnitřní sympatomimetické aktivity.

Redukuje spotřebu kyslíku myokardem při různém stupni zátěže. U hypertoniků snižuje systolický krevní tlak, především po námaze a brání vzniku reflexní ortostatické tachykardie.

Nežádoucí účinky: Únava, závratě, bolest hlavy, bradykardie, ortostatická hypotenze, nauzea, zvracení, námahová dušnost.

## **3. 4. 4. Dietoterapie, pohybový režim**

Pan P. měl po celou dobu mého ošetřování předepsanou dietu č. 4 – s omezením tuků z důvodu zvýšené hladiny cholesterolu v séru. Doma žádnou dietu nedodržel a má zájem o informace k dietnímu režimu, aby se jimi řídil i v budoucnu.

Pohybový režim byl od 25.1. 2006 do 27.1. 2006 C – pohyb pouze na lůžku. Od 28.1. 2006 byl pohybový režim CG – pacient se smí posadit a použít pojízdné WC. Od začátku hospitalizace byla prováděna rehabilitace levostranných končetin, pacient velmi dobře spolupracoval a prováděl předvedené cviky aktivně sám. Po celou dobu ošetřování byly prováděny bandáže dolních končetin.

## **3. 4. 5. Stručný průběh hospitalizace**

25. 1. 2006 byl pacient přivezen RZP na ambulanci neurologického oddělení z důvodu zhoršené hybnosti levostranných končetin, trvající již od 24. 1. 2006. Po neurologickém a CT vyšetření byl pan P. převezen k hospitalizaci na naše interní oddělení s diagnózou ischemická CMP. Při přijetí paresa LDK, plegie LHK a dysartrie z důvodu paresy n. VII. Paresa LDK se v průběhu ošetřování zmírnila pacient je schopen chůze 1. 2. 2006, plegie LHK přetrvává, dysartrie odezněla a výslovnost upravena do původního stavu 29. 1. 2006.



### **3. 5. Vnímání nemoci a hospitalizace pacientem**

Pana P. nemoc nepříjemně zaskočila, protože nikdy předtím se s ničím neléčil a nebral žádné léky. Velmi dobře si uvědomuje, že se opět musí „postavit na vlastní nohy, protože nemá nikoho, kdo by se o něj postaral.“ Je odhodlaný postižené končetiny opět rozcvičit. Druhý den pobytu na našem oddělení neudává žádné negativní pocity, pouze by uvítal více pohybu, ale chápe, že musí dodržovat předepsaný pohybový režim. Zatím kladně hodnotí péči ošetrovatelského personálu, má dostatek informací o léčebném i nemocničním režimu, postrádá pouze podrobnější informace k dodržování dietního omezení. Velmi uvítal, že se o něj zajímám v souvislosti s touto prací, je rád, že má někoho, kdo mu věnuje více času.

### **3. 6. Hodnocení pacienta sestrou**

Pan P. i přes postižení levostranných končetin velice pomáhá při provádění hygieny a je schopen se pravou rukou, která je jeho dominantní, sám najíst. Snaží se sám provádět rehabilitaci podle návodu rehabilitační sestry.

Pacient je plně orientovaný časem, místem i osobou. Kontakt při ošetřování byl navázán bez problémů, v řeči je patrné mírné postižení – dysartrie, ale vyslovenému je možno porozumět bez větších obtíží. Rád se podílí na tvorbě a plnění ošetrovatelského plánu.

Pan P. je bez známek dušnosti, cyanózy, na kůži a sliznicích nejsou patrné známky dehydratace. Na rukou a dolních končetinách má suchou kůži. Na levé straně hrudníku je hematom velikosti 5x2,5 cm, který si způsobil pádem ještě před hospitalizací.

V noci spí dobře, nebudí se. Přes den si povídá s ostatními pacienty, čte a věnuje se rehabilitaci.

Na pacientovi nejsou patrné žádné abstinенční příznaky, přestože je silný kuřák a zde nekouří.

## **4. Ošetrovatelská anamnéza**

### **4. 1. Základní fyziologické potřeby**

#### **Dýchání**

Pan P. před přijetím do nemocnice neměl žádné potíže s dechem, přestože je dlouholetý silný kuřák. Nyní je pacient bez dušnosti, dýchání je pravidelné a pohybuje se ve frekvencích 12 – 15/min. Nejeví příznaky rýmy ani kašle. Pacient od počátku hospitalizace nekouří a zatím nemá problém se zvládnutím abstinence.

#### **Hydratace**

Doma vypil denně 1,5 l tekutin . Nejraději pije vodu, minerálku, také by si dal kávu, kterou si doma vařil 3x denně, nemá rád mléko, kakao a čaj.

Tekutin má dostatek a jejich příjem je zaznamenáván do dokumentace.

Pacient je dostatečně hydratovaný, kožní turgor je dobrý, sliznice bez známek dehydratace.

#### **Výživa**

Doma žádnou dietu nedodržel. Potíže se zažívacím traktem nikdy neměl. Pan P. je s jídlem v nemocnici zatím spokojený říká „ konečně mi taky uvaří někdo jiný “, doma si vařil sám a nejraději má omáčky a maso, nemá rád sladká jídla.

Při přijetí byla ordinována dieta č. 4 – s omezením tuků, protože pacient má zvýšenou hladinu cholesterolu v séru.

Pacient nemá zubní protézu, říká „ svůj chrup mám v pořádku “. Nemocný je přiměřené tělesné konstituce, váží 80 kg a měří 179 cm. BMI = 25 což je přiměřená hmotnost.

## **Vyprazdňování moče**

Pacient v souvislosti s močením neměl žádné obtíže v minulosti a neudává je ani nyní. Má u lůžka k dispozici močovou láhev a močení do ní zvládá bez obtíží nepostiženou pravou rukou. Moč je čirá a normálního zbarvení.

## **Vyprazdňování stolice**

Doma se pan P. vyprazdňoval pravidelně 1x denně ráno před odchodem do práce. Neužívá žádná projímadla. Vyprazdňování na podložní míse zvládl bez obtíží i ráno po přijetí a stolice měla normální barvu i konzistenci.

## **Osobní hygiena**

Pan P. se doma sprchoval každý den před spaním.

Při přijetí byl čistý a upravený, nyní jeho stav vyžaduje dopomoc při provádění hygieny.

Stav kůže je dobrý, pouze na rukou a dolních končetinách je suchá. Pacient neudává žádné svědění, doma si suchou kůži nijak neošetřoval.

Při přijetí byla zavedena i.v. kanyla do hřbetu pravé ruky pro infuzní terapii.

## **Odpočinek a spánek**

Pacient byl doma zvyklý spát 7 hodin a tato doba byla pro něj dostačující, během dne si občas zdřímne pouze v sobotu a v neděli. Léky na spaní neužívá.

## **Fyzická a psychická aktivita**

Pan P. je zaměstnán jako obsluha strojů ve výrobní hale, ve volném čase se věnuje četbě, luštění křížovek, sleduje televizi a rekreačně sportuje.

S pohybovým režimem spojeným s onemocněním byl seznámen, jeho dodržování se mu příliš nezamlouvá, chtěl by více pohybu.

## **Teplo a pohodlí**

Teplotu na pokoji hodnotí pacient jako přiměřenou, na větrání se domluví s ostatními pacienty na pokoji bez problémů.

Nemocniční lůžko i lůžkoviny mu vyhovují, pouze má pocit, že nás příliš obtěžují jeho žádosti o nastavení výšky podhlavníku a úpravu polohy na lůžku.

Nepohodlí mu způsobuje pouze omezená hybnost levé horní končetiny „ překáží mu při otáčení. “ Bolesti žádné nemá.

## **Sexualita**

Vzhledem k tomu, že je pacient rozvedený a žije sám, považovala jsem tyto otázky za nevhodné, a proto jsem je nepoložila.

## **4. 2. Psychosociální potřeby**

### **Jistota a bezpečí**

Důvěřuje zdravotnickému personálu, ale má obavy z budoucnosti, protože žije sám a nemá nikoho kdo by o něj pečoval, přesto je optimistický a věří, že zvládne návrat k původnímu životu a zvládne se o sebe zase postarat.

### **Soběstačnost**

Pan P. se snaží vykonávat činnosti, které zvládne jednou rukou sám, naštěstí je pravák a tato končetina nebyla postižena. Je nutná dopomoc při provádění hygieny, úprava jídla nakrájením a úprava polohy do sedu při jídle a pití. Polohování pacienta není nutné pohyb na lůžku zvládá sám. Aktivně se zajímá, kdy začne s rehabilitací.

## **Komunikace**

Před onemocněním neměl pan P. žádné problémy s řečí.

Při přijetí byla mírná dysartrie, ale mluvenému slovu se dalo bez obtíží porozumět, byla předepsána logopedie

S pacientem nebyl problém navázat kontakt, je spokojený, že si s ním chodím povídat a spolupracuje na této práci s chutí..

## **Informace**

Pan P. je dostatečně informovaný o své nemoci i o probíhající léčbě, pouze má zájem o doplnění informací k dietnímu režimu a životosprávě, aby se vyvaroval dalších komplikací.

## **Rodina a sociální zázemí**

Pacient žije sám ve dvoupokojovém bytě, byt se nachází ve třetím patře bez výtahu. Pan P. je rozvedený a s rodinou se nestýká.

Jako kontaktní osobu uvedl matku, která za ním bude docházet na návštěvu, ale nemá možnost se o syna postarat.

## **Duchovní potřeby**

Pan P. je bez vyznání. Momentálně považuje za nejdůležitější zvládnutí své sebeobsluhy a návrat k běžnému životu.

## **5. Ošetřovatelské diagnózy**

26.1. 2006

1. Porucha tělesné hybnosti - z důvodu nervosvalové poruchy.
2. Porucha sebeúcty – z důvodu závislosti na cizí pomoci.
3. Porucha příjmu potravy a tekutin – z důvodu polykacích obtíží při parese n. VII.
4. Sebepéče – deficit při hygienické péči - vzhledem k plegii LHK, parese LDK.
5. Zhoršená verbální komunikace – z důvodu dysartrie.

6. Riziko vzniku komplikací – z důvodu zavedení periferního žilního katétru.

27.1. 2006

7. Nedostatek informací o životosprávě a dietoterapii u současného onemocnění.

8. Obavy z budoucnosti – z důvodu poruchy sebezpečí a nepříznivé sociální situace.

9. Zhoršená kvalita pokožky na rukou a dolních končetinách – z důvodu nedostatku péče již před hospitalizací

## 5. 1. Cíl, plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče

### **Ošetrovatelská diagnóza č.1:**

Porucha tělesné hybnosti z důvodu nervosvalové poruchy.

### **Ošetrovatelský cíl:**

- ◆ pacient se aktivně zapojí do rehabilitačního programu
- ◆ do tří dnů se bude schopen sám posadit na lůžku
- ◆ pacient se bude postupně zapojovat do aktivit běžného denního života dle svých možností
- ◆ dosažení pohyblivosti končetin v plném rozsahu

### **Plán ošetrovatelské péče:**

- ◆ zajistit bezpečnost pacienta, signalizační zařízení na dosah pravé ruky
- ◆ noční stolek přesunout na levou stranu, aby se k němu mohl dostat pravou rukou
- ◆ spolupracovat s rehabilitační sestrou, opakovat cviky během dne
- ◆ zapojit pacienta do rehabilitačního programu
- ◆ poskytnout psychickou podporu – pochvalu, povzbuzení

### **Realizace:**

Pacient má na dosah pravé ruky signalizační zařízení a je poučen o způsobu používání. Noční stolek je přesunut na levou stranu lůžka. Rehabilitační sestra dochází 2x denně a instruovala pacienta, jak má provádět cviky během dne. Pacient je tak zapojen do rehabilitačního programu. Nezapomínáme ani na psychickou podporu pacienta, chválíme každý pokrok a povzbudíme při neúspěchu.

**Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Pan P. nás všechny mile překvapil, velmi intenzivně provádí rehabilitaci a již třetí den je schopen se sám posadit na lůžku, aktivně se zapojuje do provádění hygieny i jiných činností běžného denního života, pátý den je schopen stoje u lůžka a šestý den již nacvičuje chůzi kolem lůžka. Pohyblivost levé horní končetiny se lepší pouze mírně, ale pacient se zvládne obsloužit dominantní pravou horní končetinou, pouze u složitějších úkonů potřebuje dopomoc.

**Ošetrovatelská diagnóza č. 2:**

Porucha sebeúcty z důvodu závislosti na cizí pomoci.

**Ošetrovatelský cíl:**

- ◆ akceptuje změny, které nastaly v souvislosti se základním onemocněním
- ◆ nebude se obávat požádat o pomoc ošetrovatelský personál
- ◆ návrat sebeúcty

**Plán ošetrovatelské péče:**

- ◆ zapojovat pacienta do vykonávání všech běžných denních činností
- ◆ zajistit ergoterapeutku
- ◆ využívat k sebeobsluze co nejvíce pravou dominantní končetinu
- ◆ informovat pana P. o jeho stavu a možnostech pravdivě a srozumitelně
- ◆ poskytovat psychickou podporu pochvalou a povzbuzením

**Realizace:**

Pana P. zapojujeme do vykonávání všech činností, dle jeho možností. Rehabilitační sestra vysvětlila pacientovi, jak nejlépe využívat zdravou končetinu k vykonávání konkrétních činností a za panem P. dochází 3x týdně i ergoterapeutka.

Informace o zdravotním stavu a dalších možnostech léčby poskytuje pacientovi ošetřující lékařka.

Pacient byl ujištěn, že nás jeho žádosti o pomoc neobtěžují a může kdykoliv použít signalizační zařízení, aktivně nabízíme pomoc. Neustále pacienta povzbuzujeme a chválíme.

### **Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacient se přestal obávat žádat o pomoc ošetrovatelský personál a zvykl si, že při některých činnostech se bez cizí pomoci zatím neobejde. Při běžných denních činnostech se zapojuje aktivně sám a hodně se snaží být samostatný. Má sám ze sebe lepší pocit, protože může sám zvládnout některé činnosti a věří, že časem bude žít jako dřív. Poslední den naší spolupráce jsme otázku sebeúcty probrali s panem P. znovu a on ji hodnotí : „ Už se cítím dobře a vím, že bez pomoci se zatím neobejdu, ale určitě to časem zvládnou.“

### **Ošetrovatelská diagnóza č.3:**

Porucha příjmu potravy a tekutin – z důvodu polykacích obtíží při parese n. VII.

#### **Ošetrovatelský cíl:**

- ◆ zabránit vzniku komplikací při možné aspiraci z důvodu paresy n. VII
- ◆ pacient chápe nutnost příjmu potravy a tekutin v sedě
- ◆ dostatečná výživa
- ◆ dostatečná hydratace

#### **Plán ošetrovatelské péče:**

- ◆ vysvětlit pacientovi důvod proč je nutný příjem potravy a tekutin v sedě
- ◆ úprava polohy při jídle a pití do sedu
- ◆ vhodná úprava stravy
- ◆ přiměřená teplota stravy a tekutin
- ◆ aktivně nabízet tekutiny během dne
- ◆ sledovat bilanci tekutin
- ◆ zajistit dostatečnou hygienu dutiny ústní

#### **Realizace:**

Pacienta jsem seznámila s důvody nutnosti příjmu potravy a tekutin v sedě. V prvních dvou dnech byl posazován v lůžku, pak se již posazuje sám. Strava je upravována nakrájením a připravována tak, aby byl pacient schopen zvládnout její příjem jednou rukou. Teplota stravy a tekutin je kontrolována a pacientovi vyhovuje spíše vlažnější strava i tekutiny. Pacientovi jsem doporučila pro snazší spolknutí sousta zapíjet, zajistili jsme dostatek tekutin při



jídle. Bilance tekutin je pravidelně sledována a zaznamenávána, tekutiny jsou aktivně doplňovány a nabízeny. Po každém jídle si pacient vypláchne dutinu ústní tekutinou, aby v ní nezůstaly zbytky potravy, které by mohl v leže aspirovat.

#### **Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Po celou dobu ošetřování nenastaly u pacienta komplikace z důvodu polykacích obtíží.

Pan P. chápe důležitost příjmu potravy a tekutin v sedě a dodržuje toto opatření.

Stravu přijímá bez obtíží a jeho tělesná hmotnost se nezměnila.

Příjem tekutin se během hospitalizace zvýšil na 2 l za den.

#### **Ošetrovatelská diagnóza č. 4:**

Sebepéče – částečný deficit hygienické péče – vzhledem k plegii LHK a parese LDK.

#### **Ošetrovatelský cíl:**

- ◆ zachování hygienické úrovně, na kterou byl pacient zvyklý
- ◆ pacient si osvojí provádění kompletní osobní hygieny pomocí pravé ruky

#### **Plán ošetrovatelské péče:**

- ◆ zajistit dostatečnou intimitu a bezpečnost pacienta
- ◆ zajistit vhodné pomůcky pro hygienickou péči
- ◆ pomůcky připravit na dosah pravé ruky
- ◆ upravit teplotu vody dle přání pacienta
- ◆ věnovat pozornost rizikovým místům
- ◆ pokud pacient nezvládne hygienu těžko dostupných míst na těle, poskytnout dopomoc
- ◆ pravidelně kontrolovat a dle potřeby stříhat nehty
- ◆ zajistit holení každý den
- ◆ upravit lůžko dle přání pacienta

#### **Realizace:**

Hygienická péče je prováděna každý den ráno. Na příslušném stolku je u lůžka nachystáno umyvadlo s teplou vodou a v dosahu pravé ruky všechny hygienické potřeby. Pan P. zvládá převážnou část hygieny sám, dopomoc poskytujeme pouze při mytí pravé paže, zad a jejich

masáži, 2x byla provedena koupel ve sprše i s mytím vlasů a 1x byly také ostříhány nehty. Holení zvládá sám s pomocí elektrického holicího strojku, který mu donesla matka. Riziková místa byla po celou dobu ošetřování kontrolována a nedošlo k žádným komplikacím. Lůžko bylo upravováno po ranní hygieně a podle potřeb pacienta i během dne.

#### **Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Považuje hygienickou péči za zcela dostatečnou, je upravený a cítí se dobře

Pacient zvládá hygienickou péči skoro samostatně, dopomoc potřebuje pouze při mytí zad, pravé paže a vlasů..

#### **Ošetrovatelská diagnóza č. 5:**

Zhoršená verbální komunikace – z důvodu dysartrie.

#### **Ošetrovatelský cíl:**

- ◆ pacient se neostýchá verbálně komunikovat
- ◆ návrat výslovnosti do stavu před onemocněním

#### **Plán ošetrovatelské péče:**

- ◆ logopedická péče
- ◆ při každém kontaktu podněcovat pacienta k verbální komunikaci
- ◆ poskytnout pacientovi dostatek času na vyjádření
- ◆ dostatek trpělivosti

#### **Realizace:**

Logopedka dochází za pacientem 1x denně, cvičí s pacientem výslovnost, artikulaci, motoriku a správné dýchání. Při komunikaci s pacientem volíme otevřené otázky a poskytujeme pacientovi dostatek času pro vyjádření.

#### **Hodnocení ošetrovatelské péče:**

Pacient verbálně komunikuje bez ostychu. Třetí den hospitalizace došlo k úpravě řeči do původního stavu.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 6:**

Riziko vzniku komplikací – z důvodu zavedení periferního žilního katétru.

#### **Ošetřovatelský cíl:**

- ◆ místo zavedení periferního žilního katétru i jeho okolí bude bez známek komplikací

#### **Plán ošetřovatelské péče:**

- ◆ pravidelně kontrolovat místo vpichu, změny barvy kůže v okolí, zarudnutí, otok, alergické projevy
- ◆ dotazovat se pacienta při aplikaci infuze zda necítí bolest či pálení
- ◆ pravidelně provádět převaz místa vpichu

#### **Realizace:**

Pan P. má od přijetí zavedený periferní žilní katétr, do kterého byla podána infuze 2000 ml fyziologického roztoku na 12 hodin a Digoxin 1 ampule, k dalším aplikacím již nebyl využit, ale byl ponechán 72 hodin pro případ zhoršení stavu pacienta. Žilní katétr byl chráněn sterilním krytím Cosmopor i.v. Kontrola byla prováděna pravidelně a zaznamenávána do dokumentace. Dne 28.1. 2006 byl katétr odstraněn.

#### **Hodnocení ošetřovatelské péče:**

Místo vpichu i jeho okolí zůstalo po celou dobu zavedení periferního žilního katétru bez komplikací.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 7:**

Nedostatek informací o životosprávě a dietoterapii u současného onemocnění.

#### **Ošetřovatelský cíl:**

- ◆ pacientovi budou do dvou dnů poskytnuty základní informace o životosprávě a bude seznámen s dietními omezeními
- ◆ v dalších dvou dnech budou postupně doplněny informace k případným nejasnostem
- ◆ pacient při propuštění bude plně informovaný o životosprávě i dietě
- ◆ bude znát varovné příznaky mozkové příhody

### **Plán ošetrovateľskej péče:**

- ◆ edukačný rozhovor k problematike životosprávy a dietoterapie
- ◆ aktívne vybízet nemocného k dotazům a doplňovat informace
- ◆ spolupráce s dietní sestrou
- ◆ seznámit pacienta s varovnými příznaky mozkové příhody

### **Realizace:**

S panem P. jsem provedla edukační rozhovor, který jsem konzultovala s ošetrujícím lékařem a dietní sestrou. Pacienta jsem i v dalších dnech povzbuzovala k dotazům vztahujícím se k této problematice a pan P. tuto možnost s velkým zájmem vítal a velmi se snažil získat co nejvíce informací.

### **Hodnocení ošetrovateľskej péče:**

Pan P. byl edukován v problematice životosprávy i diety a byly zodpovězeny i jeho dotazy k této problematice, zná varovné příznaky mozkové příhody. Pacient je již plně informovaný a i on má lepší pocit „ že už ví, jak se vyvarovat další takové příhody“.

Spolupráce s pacientem byla výborná, protože má velký zájem na tom, aby se to již neopakovalo. Já osobně nejvíce obdivuji, jak se pacient vyrovnává s tím, že již nesmí kouřit, přestože kouřil 20 cigaret denně a nyní nekouří vůbec, je bez jakýchkoli abstinčních příznaků.

### **Ošetrovateľská diagnóza č. 8:**

Obavy z budoucnosti – z důvodu poruchy sebezpečí a nepříznivé sociální situace

### **Cíl ošetrovateľskej péče:**

- ◆ zmírnění obav

### **Plán ošetrovateľskej péče:**

- ◆ pravidelná rehabilitace a ergoterapie
- ◆ dostatek informací o léčbě a průběhu onemocnění
- ◆ zprostředkovat kontakt pacienta se sociální pracovníci
- ◆ poskytnout kontakty ( sociální služby, sdružení, rehabilitace )
- ◆ poskytovat psychickou podporu

**Realizace:**

K pacientovi pravidelně dochází rehabilitační sestra i ergoterapeutka. Pan P. je pravidelně informován o svém zdravotním stavu i probíhající léčbě. Byly mu poskytnuty informace a kontaktní adresy vztahující se k jeho nemoci. viz příloha č. 2 a 3. O situaci pana P. byla informována sociální pracovnice, která s ním navázala spolupráci, navrhla možnosti dalšího řešení a poskytla mu čas na rozmyšlenou. Pacienta povzbuzujeme a chválíme při každé příležitosti. Pan P. ve volném čase sám usilovně rehabilituje a jeho stav se velmi rychle zlepšuje, má dostatek informací. Se sociální pracovnicí se domluvil na překladu do LDN, kde bude dokončena rehabilitace.

**Hodnocení ošetřovatelské péče:**

Pacient má nyní mnohem méně obav, když ví, že o něj bude i nadále postaráno a věří, že jeho stav se upraví a bude schopen se vrátit domů a postarat se sám o sebe.

**Ošetřovatelská diagnóza č. 9:**

Zhoršená kvalita pokožky na rukách a dolních končetinách – z důvodu nedostatku péče již před hospitalizací.

**Ošetřovatelský cíl:**

- ◆ zlepšit kvalitu pokožky
- ◆ pacient sám zvládne péči o kůži

**Plán ošetřovatelské péče:**

- ◆ pravidelně ošetřovat pokožku na postižených místech ve spolupráci s pacientem

**Realizace:**

Ve spolupráci s pacientem byla pokožka na dolních končetinách pravidelně ošetřována kosmetickým olejem a pokožka na rukách mastným krémem.

**Hodnocení ošetřovatelské péče:**

Kvalita pokožky se naší společnou péčí zlepšila již během dvou dnů, nyní se nešupí, je lépe hydratovaná a pacient se naučil pečovat o svoji suchou pokožku sám.

## **5. 2. Edukace pacienta**

Pan P. byl edukován v průběhu plnění ošetrovatelského plánu o úpravě životosprávy, o dietoterapii, byly mu poskytnuty informace o varovných příznacích u mozkové příhody a byl seznámen s kontakty, které jsou vhodné pro klienty s CMP. Pacientovi byl zprostředkován kontakt se sociální pracovnící, která mu navrhla možnosti řešení sociální situace do doby, kdy bude schopen se zase postarat sám o sebe. Rehabilitační sestra a ergoterapeutka edukovaly pacienta o důležitosti rehabilitace a naučily ho jak má provádět cviky samostatně. Pacientovi jsme také poskytli informační letáky vztahující se k životosprávě a dietoterapii u jeho onemocnění.

## **5. 3. Závěr a prognóza**

Pan P. mě i ostatní personál mile překvapil pílí s jakou se pustil do své rehabilitace a i přístupem ke svému onemocnění. Měl stále na paměti, že když to nezvládne sám, nemá nikoho, kdo by se o něj postaral. O to víc nás všechny těšilo, že dělá velké pokroky při rehabilitaci chůze a nakonec ji zvládl i bez opory, po celou dobu naší péče se snažil vše udělat sám i přesto, že se hybnost levé ruky i přes intenzivní rehabilitaci příliš nezlepšila. Pacient i já věříme, že dokáže překonat i tuto překážku další rehabilitací, vrátí se domů a bude schopen se postarat sám o sebe. I přesto, že nemá psychickou podporu rodiny a žádnou možnost dočkat se pomoci od blízkého člověka, se nevzdal naděje na plnohodnotný život a jeho psychický stav je stabilizovaný. Proto si myslím, že pan P. má velkou naději dosáhnout svého cíle a vést opět plnohodnotný život. Pacient je také rozhodnutý dodržovat životosprávu a dietní omezení, aby se další příhoda již nedostavila. Při psaní této práce byl pacient velmi nadšeným pomocníkem. Byl vděčný za moji pozornost, která mu prý nahrazovala návštěvy rodiny a velmi ochotně plnil stanovený ošetrovatelský plán. Můj obdiv si zaslouží také za to, jak se vypořádal s tím, že již nemůže kouřit, byl velmi silný kuřák a při pobytu v nemocnici si ani jednou nezapálil.

## **6. Seznam použité literatury**

- 1) Červinková, E.; Vorlíčková, H.; Přikrylová, L. aj.: *Ošetrovatelské diagnózy*, Brno, IDVPZ, 2000, ISBN 80 – 7013 – 303 – 1
- 2) Kalina, M.: *Cévní onemocnění mozku*, Praha, Triton, 2001, ISBN 80 – 7254 – 198 – 6
- 3) Kalita, Z.: *Doporučení pro léčbu a diagnostiku cévních onemocnění mozku*, Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti JEP, verze 2003, dostupné na [WWW.cmp.cz](http://WWW.cmp.cz) 22. 12. 2005
- 4) Nebudová, J.: *Cévní mozkové příhody*, Praha, Triton, 1999, ISBN 80 – 7254 – 041 – 6
- 5) Staňková, M.: *České ošetrovatelství 6 : Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*, Brno, IDVPZ, 2001, ISBN 80 – 7013 – 323 – 6
- 6) Tichý, J.: *Neurologie*, Praha, Karolinum, 1998, ISBN 80 – 7184 – 385 – 7
- 7) Votava, J.: *Základy rehabilitace*, Praha, Karolinum, 1997, ISBN 80 – 7184 – 385 – 7
- 8) Ždichynec, B.: *Jak pomáhat postiženým při mozkových příhodách*, Praha, Kobra, 1991, ISBN 80 – 9007 - 144 - 9

## **7. Přílohy**

- 1) Polohování
- 2) Možnosti rehabilitačních pobytů pro klienty po CMP
- 3) Další vhodné kontakty jež by lidé po CMP měli znát – Praha
- 4) Testování soběstačnosti
- 5) Vstupní ošetřovatelský záznam
- 6) Plán ošetřovatelské péče



## POLOHY

### a) na postiženém boku

- dává pacientovi lepší možnost sebeobsluhy

Kyčel postižené strany je v extenzi ( natažení ) tak, aby bylo možno přikládat urionár, omýt genitálie , koleno je v mírné flexi ( ohnutí ), pacient pohodlně opřený o předmět za zády. Velmi důležitá je poloha hlavy a ramene ochrnuté končetiny.

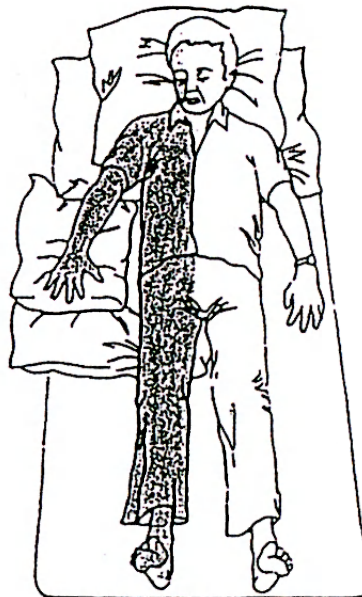
- Lůžko: úplně rovné.
- Hlava: pohodlně stabilizovaná.
- Trup: mírně zakloněn a stabilizován podloženým polštářem v hrudní a bederní oblasti.
- Rameno ochrnuté strany: směřováno dopředu a vytočeno zevně.
- Ochrnutá horní končetina:
  - ohnuta do 90° v ramenním kloubu
  - zcela podložena na stolku přistaveném k lůžku
  - v lokti natažena a dlaň obrácena směrem vzhůru.
- Ochrnutá dolní končetina:
  - v kyčelním kloubu natažena
  - v koleni mírně pokrčena.
- Nepostížená horní končetina: leží na těle nebo je podepřena polštářem.
- Nepostížená dolní končetina: mírně ohnuta v kyčelním a kolenním kloubu.



### b) na zádech

Rameno ochrnuté končetiny je podloženo tak, aby bylo mírně vysunuto vpřed. Pánev je též podložena polštářem (usnadní pozdější výcvik správné chůze).

- Lůžko: úplně rovné.
- Hlava: na polštáři, nepředkloněná.
- Obě ramena stabilizovaná polštářem.
- Ochrnutá horní končetina:
  - uložena na polštáři mírně upažena
  - v lokti a zápěstí natažena
  - prsty nataženy
- Kyčel ochrnuté strany: natažen a stabilizován polštářem. Ochrnutá paže spočívá na stejném polštáři.

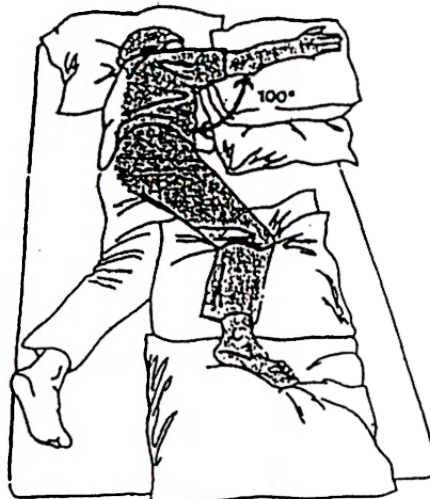


### c) na nepostiženém boku

- nejméně výhodná poloha , ale někdy se jí nelze vyhnout

Pacient leží na zdravé straně , což mu bere možnost používat zdravou ruku k sebeobsluze. Důležité je podložení paže tak, aby byla ve výšce ramene ( ne přes tělo – dochází k páčení v rameni).

- Lůžko: úplně rovné
- Hlava: pohodlně stabilizovaná a v rovné linii s trupem.
- Trup: mírně nakloněn dopředu.
- Rameno ochrnuté horní končetiny: výrazně vysunutě dopředu.
- Ochrnutá horní končetina:
  - položena na polštář
  - přepažena do úhlu 100 °.
- Ochrnutá dolní končetina:
  - v kyčli a koleně mírně ohnutá
  - hleň a chodidlo stabilizovány polštářem.
- Nepostižená horní končetina: v poloze, která vyhovuje pacientovi.
- Nepostižená dolní končetina: kyčel a koleno nataženy.



### d) na břiše

- většinou se nepoužívá

Po domluvě a edukaci fyzioterapeutem , který k pacientovi dochází , aplikujte nafukovací dlahu (je – li k dispozici).

*Pacienta nikdy netahejte za postiženou paži – hrozí poškození ramenního kloubu !!!  
K polohování nepoužívejte molitanové věnečky pod paty, ani nafukovací kruhy pod pánev ( působí zde tzv. střížní síly a tlak na obvodu , uvnitř se snižuje prokrvení a tak se zvyšuje riziko dekubitů ).*

*Ponechte chodidla pacienta volně, neopírejte je o žádné bedničky ani jiné předměty ( provokují zvýšení spasticity a napínacího reflexu lýtkového svalu ).*

*Rovněž ruku ponechte volně , nevkládejte míčky do dlaně ( navození , nebo posílení nežádoucího úchopového reflexu ), ani neučte pacienta „posilovat“ úchop pomocí molitanových či gumových kroužků ( zvýšení spasticity svalů ruky ).*

### e) posazování

Pacienta posazujte přes postiženou stranu.

Vždy podepírejte ochrnuté rameno zespodu v podpažní jamce.

Preferujete sed se svěřenými dolními končetinami z lůžka, pokud to není z nějakého důvodu možné, pak volte sed v lůžku s natažením dolních končetin pouze krátce ( např. po dobu jídla). Využívejte schůdky.

Pasivní :

- Pacienta převracíme přes bok ochrnuté strany, kolena jsou přitom pokrčena.
- Pacient se zdravou rukou opírá o okraj lůžka



Aktivní :

- Pacient leží na boku ochmuté strany.
- Zdravou rukou se opírá o okraj lůžka
- Terapeut usměrňuje pohyb podpíráním kyčle zdravé strany a vedením ramene zdravé strany směrem k nohám lůžka.



### sed

Zajistěte vždy podepřená záda pacienta ( křeslo, vozík ).

Či pak pravidlo 3krát 90° - trup a kyčle svírají úhel 90°, stehna a bérce, bérce a kotník také,

podidla spočívají na zemi.

Či podepřete tak, aby se pacient nehroutil ( možno podložit vhodným polštářem ),

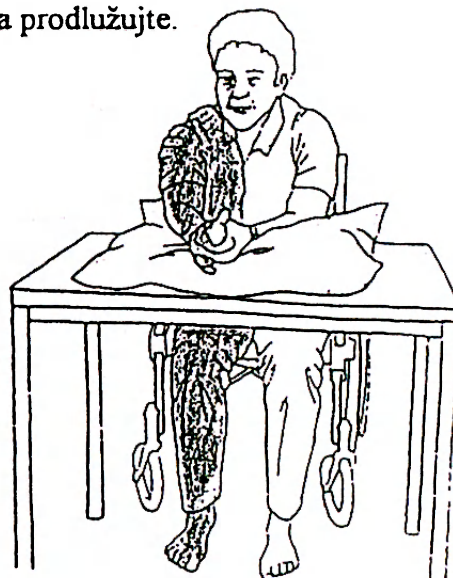
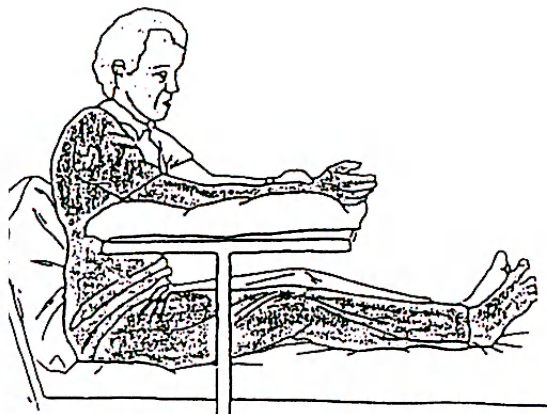
Či po stranách nemá být příliš volného prostoru (ne více jak 5 cm. – opět možno použít polštáře ).

Či ploha paží - na stolku před sebou, na vozík můžete položit vykrojenou desku.

Či aktivujte pacienta k vhodné aktivitě ( čtení, zaměstnávání, sledování televize )

Či po dobu kdy je schopen udržet pozornost.

Či délku sedu volte individuálně, postupně ji dle schopností pacienta prodlužujte.



### stoj

Či stoj a chůzi u těžce postižených pacientů konzultujte s fyzioterapeutem.



### Možnosti rehabilitačních pobytů pro klienty po CMP

Název	Sídlo	Telefon
Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé	<i>Luže- Košumberk 538 54</i>	469 648 111 469 648 200-1
Vojenský rehabilitační ústav Slapy	<i>Slapy nad Vltavou</i>	257 750 071 257 750 163
Rehabilitační ústav Chvaly	<i>Stoliňská 920, Praha 14</i>	281 860 295
Rehabilitační ústav Kladruby	<i>Kladruby u Vlašimi 257 62</i>	317 842 425, 317 842 461
Rehabilitační ústav Chotěboř	<i>Na Vyhlídce 859, Chotěboř, 583 01</i>	569 626 621
Sanatorium Jos. Šírka	<i>Jince 197, 262 23</i>	306 692 140,227
Odborný léčebný ústav Jevíčko	<i>Jevíčko č.d. 508, 569 43</i>	461 326 111 461 326 431
Prácheňské sanatorium o.p.s.	<i>17. listopadu 24444, Písek,</i>	362 217 777
Lůžkové RHB oddělení NMSKB	<i>Vlašská 36, Praha 1 118 33</i>	257 197 334, 314
RHB oddělení FN Královské Vinohrady	<i>Šrobárova 50, Praha 10</i>	267 162 300 267 163 492
Denní stacionář kliniky rehabilitačního lékařství VFN	<i>Albertov 7, Praha 2,</i>	224 968 491
RHB oddělení FN Motol	<i>V Úvalu 84, Praha 5 150 00</i>	224 431 111

### Další vhodné kontakty jež by lidé po CMP měli znát – Praha

Sdružení občanů po CMP	<i>U Michelského lesa 366, Praha 4</i>	241 721 518	<i>kontaktní osoba pí. Vávrová 9-15</i>
Klub postižených ztrátou hybnosti a komunikace	<i>Brigádníků 99, Praha 10</i>	mail. : kotlinova.ludmila @email.cz	<i>rekondiční pobyty, poradenství</i>
Kontakty na klinické logopedy	<i>Foniatr. klinika VFN Žitná 24, Praha 1</i>	224 964 927 224 964 912,922	<i>internet : <a href="http://www.akler.cz">www.akler.cz</a> (Asociace klin. logopedů)</i>
Právní poradna zdravotně postižených	<i>JUDr. Věra Dreslerová</i>	224 811 697 linka 214 222 310 177	9-16
	<i>JUDr. Pavel Jungr</i>	224 816 997 linka 213	<i>st 15-18 čt 9-12, 15-18</i>
Sdružení zdravotně postižených v ČR	<i>Karlínské nám. 12, Praha 8</i>	224 816 997	

26.1.2006

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

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

35

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů  
45 – 60 bodů  
65 – 95 bodů  
96 – 100 bodů

vysoce závislý  
závislost středního stupně  
lehká závislost  
nezávislý

29.1.2006

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

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

50

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů

vysoce závislý

45 – 60 bodů

závislost středního stupně

65 – 95 bodů

lehká závislost

96 – 100 bodů

nezávislý

1.2. 2006

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

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

40

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů      vysoce závislý  
45 – 60 bodů      závislost středního stupně  
65 – 95 bodů      lehká závislost  
96 – 100 bodů      nezávislý







Obecná rizika (zahrnutí, je-li u nemocného v anamnéze)

nikotinizmus	ne	ano	pokud ano, kolik denně..... 20 cigaret
alkoholizmus	ne	ano	
drogy	ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho.....
alergie :			
jidlo	ne	ano	pokud ano, které.....
léky	ne	ano	pokud ano, které.....
jiné	ne	ano	pokud ano, na co.....
dekubity (změř)			
pneumonie (změř)			

Důležité informace o stavu nemocného: *Pacient musí být k jídlu a pití, jeho stav je v průměru dobrý, při jízdě m. u.*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *Nemohel jsem být doma kvůli bolesti a nemohu si odpočinout.*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *Nevím.*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *Ne, protože vždy jsem měl nějakou bolest a nevědomě jsem si toho byl vědom, takže jsem si to nechal.*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *Uvidím, že se vše vrátí do původního stavu a budu zase samostatný.*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *Ný.*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici? *Nevím přesně, léčitelné, protože se budu snažit vstát.*
7. Máte dostatek informací o vašem léčebném režimu? *Ne, protože se nemohu seznámit, zdravotníci mi velmi poměrně a vždy mi vše vysvětlí.*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *Ano, při přijetí jsem o něm byl informován a nyní zde na něj.*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? *Nevím.*

upřesněte.....

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy)

Komunikace:

- stav vědomí	<u>při vědomí</u>	somnolence	koma
- kontakt navázán	<u>rychle</u>	s obtížemi	nenavázán
- komunikace	<u>bez problémů</u>	bariéry	nekomunikuje
- spolupráce	<u>snaha spolupracovat</u>	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

# Hodnocení nemocného

## 1. Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného ?  
ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím  
ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....  
    jak dlouho ?
- Na čem je vaše bolest závislá ?.....
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží) ?.....
- Kde pociťujete bolest?.....
- Pokud budete mít u nás bolesti/potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění ?.....

Objektivní hodnocení sestry : *Pacient je celkově bez bolesti, nepociťuje  
Pocit pohodlí (lůžko, teplo) žádnou nepohodlí, lůžko a teplo -  
Charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):  
mírnost plus vyhovují.*

## 2. Dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním ?  
ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice ?  
ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....  
    Jak jste je zvládal ?
- Máte nyní potíže s dýcháním ?  
ano  ne
- pokud ano, co by vám pomohlo ?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů ?  
ano  ne  nevím
- pokud ano, zvládnete to ?.....
- Kouříte ?  
ano  ne
- pokud ano, kolik ?..... *20 cigaret denně*

Objektivní hodnocení sestry: *dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.*

*Pacient je celkově bez dušnosti, dýchání má je pravidelné - 12 / min.  
Kašel není výrazný. Pacient je obecně klidný, silný, ležící, ale  
snaží se vstát, protože je upoután na lůžko - veškeré obtíže řeší  
s pomocí sestry.*

## 3. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám ?  
ano  ne
- Potřebujete pomoc při mytí ?  
ano  ne
- Potřebujete pomoc při čištění zubů ?  
ano  ne

- Potřebujete pomoc při koupání či sprchování?  ano  ne
- Kdy se obvykle koupete/sprchujete?  ráno  odpoledne  večer  kdykoliv

Objektivní hodnocení sestry: *soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.*

*Pacient je při příjmu celý, upravený; kůže potřebuje péči a pomoc při vykonávání hygieny vzhledem k flebis LHK*

#### 4. Kůže

- Pozorujete změny na kůži?  ano  ne
- Máte obvykle kůži  suchou  mastnou  normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *močedky*
- Svědí vás kůže?  ano  ne

Objektivní hodnocení sestry: *celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy, atd.*

*Pacient má suchou kůži na rukou a nohách; pokožka je neupravená, bez řas, flebis hematomů v oblasti velikosti 5x2,5cm.*

#### 5. Strava / dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- Máte zubní protézu?  dobrý  vadný
  - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže?  horní  dolní  žádná
  - Máte rozbolavělá ústa?  ano  ne
  - Máte rozbolavělá ústa?  ano  ne
  - Pokud ano, upřesněte.....
  - Pokud ano, ruší vás to při jídle?  ano  ne

- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu
- přiměřenou
  - vyšší (o kolik?).....
  - nižší (o kolik?).....

- c) Změnila se vaše váha v poslední době?
- ano  ne
  - pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... přibral.....

- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu?
- ano  ne
  - Co obvykle jíte? *Nemám rád maso a zelené omáčky.*
  - Je něco, co nejíte?  ano  ne
  - Pokud ano, co a proč? *Nemám rád sladkou pítel.*
  - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován?  ano  ne
  - Pokud ano, upřesněte.....
  - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?  ano  ne
  - Pokud ano, upřesněte:.....
  - Co by mohlo váš problém vyřešit?
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu?  ano  ne
  - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat?

Objektivní hodnocení sestry: *stav výživy, enterální výživa-dieta, parenterální výživa, soběstačnost atd.*

*Pacient je schopný sám se napít pomocí kůru, je schopen jíst upravené maso a zelené omáčky. Je přiměřený 3,1 =  $\frac{30}{1,49 \times 1,49} \approx 3,2 = 25$ . Pacient je schopen k jídlu bez soběstačnosti kol opírání.*

## 6. Příjem tekutin

- Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl ?
  - (zvýšil)      snížil      nezměnil
- Co rád pijete ? (vodu)      mléko      ovocné šťávy  
(kávu)      čaj      (nealkoholické nápoje)
- Co nepijete rád ?.....
- Kolik tekutin denně vypijete ?.....
- Máte k dispozici dostatek tekutin ?      (ano)      ne

Objektivní hodnocení sestry: projevy dehydratace - Pacient je bez projevů dehydratace, což je dobrý jev. Bylo mu vysvětleno, že to velmi dobře je, je důležité, že přijímá tekutiny.

## 7. Vyprazdňování střeva

- Jak často chodíte obvykle na stolicí ? 1x denně
- Máte obvykle (normální stolicí)  
zácpu  
příjem
- Kdy se obvykle vyprazdňujete ? nikdy
- Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil ?      ano      ne  
pokud ano, co to je ?.....
- Berete si projímadlo ? (nikdy)  
příležitostně  
často  
pravidelně
- Máte nyní problémy se stolicí ?      ano      (ne)  
pokud ano, jak by se daly řešit ?.....

Objektivní hodnocení sestry: Pacient nikdy neměl problém s vyprazdňováním a nyní je stolice pravidelná.

## 8. Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice ?  
ano      (ne)  
pokud ano, upřesněte .....
- Jak jste je zvládal ?.....
- Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici ?.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice ?  
ano      (ne)  
pokud ano, myslíte, že to zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry: Pacient nemá obtíže s močením, sledoval močení do močové kávy, kterou mu si udržel v nemocnici přesně každý.

### 9. Lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí ? (ano) ne  
pokud ano, upřesněte.....*upozor. u chůze... má levá noha*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím ? (ano) ne  
pokud ano, upřesněte.....*lyže... kůň... mnoh př od narušení*
- Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil ? (ano) ne  
pokud ano, upřesněte.....*žádný... ne... přijmu.*
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění ? ano ne (nevím)  
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete ?

Objektivní hodnocení sestry: *Pacient má v důsledku onemocnění pánve tíže, utvářené vzhledem k tomu, že - nesmí mířovat a držet, močový měchýř nad močovým měchýřem - obě strany.*

### 10. Smyslové funkce

- Máte potíže se zrakem ? ano (ne)  
pokud ano, upřesněte
- Nosíte brýle ? (ano) ne na špičce  
Pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *bez problémů*
- Slyšíte dobře ? (ano) ne  
pokud ne, užíváte naslouchadlo ? ano ne  
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl ?.....

Objektivní hodnocení sestry: *Pacient bez potíží se zrakem, nosí brýle na čtení, potíže s nimi nemá.*

### 11. Fyzická a psychická aktivita

- Chodíte do zaměstnání ? Pokud ano, co děláte ? *ano... konzultuje s kolegami.*
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti ? (ano) ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení ? (ano) ne  
pokud ano, upřesněte.....*na... kardiokond. LFK a d.c.*
- Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici ? (ano) ne
- Co děláte rád ve volném čase ? *čtu, lušti křížovky, sleduji TV, sport - rekreace*
- Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici ?  
*... čtení... luštění křížovek... fyzická cvičení.*
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění ? *ano... brýle...*

Objektivní hodnocení sestry: *Pacient je fyzicky velmi aktivní, potíže si se zpožděním; čte, luští křížovky, rád se baví s ostatními a velmi se těší z KB, kterou prováděl velmi rychle podle RKB, který je několikrát denně.*



## 12. Odpočinek / spánek

- Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? ..... 6 hodin
- Máte doma potíže se spánkem ..... ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Kolik hodin obvykle spíte? ..... 7 hodin
- Usínáte obvykle těžko? ..... ano  ne
- Budíte se příliš brzy? ..... ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Co podle vás způsobuje vaše potíže?.....
- Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? ..... nemám
- Berete doma léky na spání? ..... ano  ne
- pokud ano, které.....
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? ..... často, ano i několikrát

### Objektivní hodnocení sestry:

Únava, denní a noční spánek apod.

Pou P. nemá potíže se spánkem a nemocnicí, ani dehta, ani se zvládnutí a přes den aktivně provádí RHB, přes den není.

## 13. Sexualita

(otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu  
ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?  
ano  ne
- pokud ano, upřesněte.....

- pacient o sexualitě nechce hovořit

- otázky nebyly položeny - z důvodu je to nyní, ne je pacient rozvedený a je s jinou, proto se neptá na tyto otázky, na nevhodné a proto není

## 14. Psychologické hodnocení (podtrhni charakteristiku) vyřešeno.

- |                         |                        |                     |            |
|-------------------------|------------------------|---------------------|------------|
| - emocionalita          | <u>stabilní</u>        | spíše stabilní      | lažní      |
| - autoregulace          | <u>dobře se ovládá</u> | hůře se ovládá      |            |
| - adaptabilita          | <u>přizpůsobivý</u>    | nepřizpůsobivý      |            |
| - příjem a uchování     | <u>informací:</u>      |                     |            |
|                         | <u>bez zkreslení</u>   | zkresleně (neúplně) |            |
| - orientace             | <u>orientován</u>      | dezorientován       |            |
| (časem, osobou, místem) |                        |                     |            |
| - celkové ladění        | úzkostlivý             | smutný              | rozzlobený |
|                         | skličný                | apatický            |            |

Pacient je optimistický, snaží se upravit svůj život intenzivně RHB, přičemž se ne musí orientovat sám, protože nemá nikoho, kdo by se o něj mohl starat a jistě dle své aktivity.

## 15. Rodina/sociální situace

- S kým doma žijete? ..... s manželkou
- Kdo je pro vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? ..... MAMINKA?
- Komu mohou být poskytnuty informace o vašem zdravotním stavu? ..... YVETICE
- Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ..... žádný
- Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ..... ano ..... manželka
- Je na vás někdo závislý? ..... ne
- Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ..... doufám, můžu se dobře sebrat
- Kdo se o vás může postarat? ..... manželka ..... sama se

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)

Bydlet v 40 m<sup>2</sup> bytě, tři osoby - a manželka se nepřihlásí, že se stane  
údržbu domu a manželka která není schopná být její roli. Umí  
přijít. J. R. p. na, ale dříve než návštěvou, kontaktováno s sociálními  
co říci přijetí do LON na dlouhodobě RHB.  
Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči ..... žádné, je jen  
opracování

## Souhrnné hodnocení

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči



# Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sester zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
26.1. 2006	1. Porucha aktívnej fyzickosti - a dôvodu neurovaskulárnej poruchy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient sa ošetrovateľne zapojí do rehabilitačného programu</li> <li>- do 7 dní sa bude schopný sám poradiť na lôžku</li> <li>- pacient sa bude postupne zapojovať do aktívnej bežného denného života dle svých možností</li> <li>- dosáhnúť polyfunkčnej končatiny a plným rozsahom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zapojiť bezpečnosť pacienta, nízkoizolačný režim na dosah pravej ruky</li> <li>- močiť podľa priručky na ľavom stranu, aby sa k nimu mohol dostať pravou rukou</li> <li>- spolupracovať s rehabilitačnými sestrami, ošetrovať cvičením během dne</li> <li>- zapojiť pacienta do rehabilitačného programu</li> <li>- poskytnúť psychologickú podporu - pochopenie, povzbudenie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient sa odmi rýchlo zapojil do rehabilitačného programu</li> <li>- 6. den sa již volá sám poradiť na lôžku</li> <li>- 12. den již sám chodí</li> <li>- ošetrovateľ sa zapojil do aktívnej bežného denného života</li> <li>- polyfunkčnosť končatiny a plným rozsahom nebylo dosaženo</li> </ul>	24.1.	Bořivoj
	2. Porucha seřazení a důvodu na cíl pomoci	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obdržet směry, které dostaly a porovnat je s aktuálním onemocněním</li> <li>- nebudu se dotýkat požádání a pomoc ošetrovatelský personál</li> <li>- mořit seřazení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zapojovat pacienta do vyhledávání všech běžných denních činností</li> <li>- zapojit ergoterapeutku</li> <li>- vyřadit k rehabilitaci co nejvíce pravou dominantní končetinu</li> <li>- informovat pomoc P. o jeho stavu a možnostech prožití a rozvoje</li> <li>- poskytnout psychologickou podporu pochopením a povzbuzením</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- směry obdržel a s aktuálním onemocněním</li> <li>- již se neobává požádání o pomoc ošetrovatelský personál</li> <li>- nechtěl již mořit</li> </ul>	28.1.	Bořivoj
	3. Porucha přijímání potravy a tekutin - a důvodu polyfunkční aktivity při poruše nervu VII.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zvládnout vlastní konzultaci při možnosti aspirace a důvodu poruchy n. VII.</li> <li>- přijetí jídla nutnost přijímání potravy a tekutin v noci</li> <li>- dostatečná výživa</li> <li>- dostatečná hydratace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vyšetřit pacientovi důvod, proč si nutně přijímá potravu a tekutinu v noci</li> <li>- upravit polohu při jídle a pití do sedavé</li> <li>- vhodná úprava stravy</li> <li>- přiměřená teplota stravy a tekutin</li> <li>- ošetrovateľ nechtěl tekutiny během dne</li> <li>- sledovat bilance tekutin</li> <li>- zapojit do dostatečné hygieny dutiny ústní</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ke konzultaci nedošlo</li> <li>- pacient jídlo, nutnost přijímání potravy a tekutin v noci</li> <li>- dostatečná výživa byla zajištěna</li> <li>- pacient si dostatečně hydratován</li> </ul>	1.2.	Bořivoj
	4. Sebepéče - včetně deficitu hygienické péče - nevhledem k aktuálnímu LHC a pomoci LHC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zvládnout hygienické úkony na úrovni, na kterou byl pacient schopen</li> <li>- pacient si osvojil provádění kompletní osobní hygieny pomocí pravej ruky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zapojit dostatečnou intimitu a bezpečnost pacienta</li> <li>- zapojit oba ruky pro hygienickou péči</li> <li>- poskytnout přípravu na dosah pravej ruky</li> <li>- upravit úroveň vody dle přání pacienta</li> <li>- umožnit pozorovat zrcítkem vlastní pohyb pacienta nezávisle hygienou těla</li> <li>- dostatečně umýt nohy, poskytnout dopomoc</li> <li>- pravidelně kontrolovat a dle potřeby stříhat nehty</li> <li>- zapojit hořet každý den</li> <li>- upravit látku dle přání pacienta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hygienická úroveň zvládnutá</li> <li>- pacient si osvojil provádění osobní hygieny pravou rukou, ale nechtěl si nehty nechat</li> </ul>	1.2.	Bořivoj
					1.2.	Bořivoj



# Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy aktuálne a potenciálne ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti	Cíle ošetrovateľské péče časově vymezené a měřitelné cíle	Plánované ošetrovateľské aktivity činnosti sestery zajišťující dosažení cílů	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt (ve vztahu k cílům)	Datum	podpis primární sestry
6.1. 206	5. Zhoršená verbální komunikace - a důvodů dysfonie	- pacient se naučí vhodně komunikovat - navrát vyjádření do stavu před onemocněním	- logopedická péče - při každém kontaktu podnícovat pacienta ke verbální komunikaci - poskytnout pacientovi dostatek času na vyjádření - dostatek příležitosti	- pacient se již naučil verbální komunikaci - vyjádření upraveno do přirového stavu	27.1. 29.1.	Bábořová Bábořová
	6. Riziko vzniku komplikací - a důvodů rozvojem periferních žilních křečů	- mítto rozvojem periferních žilních křečů a jiné žilní choroby budou bez známek komplikací	- pravidelné kontrolovat mítto žilní žilní choroby, otoky, otok, otok, otok - dotazovat se pacienta při oživení infuze, zda necítí bolest a pálení - pravidelně provádět péče mítto žilní choroby	- mítto žilní choroby a otoky jsou bez známek komplikací	28.1.	Bábořová
4.1. 006	4. Nedostatek informací o životosprávě a dietoterapii u nově nemocného onemocnění	- pacientovi do dvou dnů budou poskytnuty základní informace o životosprávě a bude seznámen s dietními omezeními - v dalších dvou dnech budou poskytnuty doplňující informace ke přírodním reformacím - pacient při propuštění bude být informován o životosprávě a dietě - bude znát rozumné příklady možných příkladů	- individuální rozbor o problematice životosprávy a dietoterapie - obtížně vyhledat nemocného k dotazům a doplnění informací - spolupráce s dietním resp. seznámit pacienta s rozumnými příklady možných příkladů	- pacient zná základní životosprávy a diety - informace byly přitvářeny doplňování a pacient již dostal dotazy nemalé množství příkladů	29.1. 1.2. 1.2.	Bábořová Bábořová Bábořová
	8. Obavy a budoucnost - a důvodů poruchy sebevědomí a nepřiměřené sociální situace	- snížení obav	- pravidelná rehabilitace a ergoterapie - dostatek informací o léčbě a přiblížení onemocnění - zprostředkovat kontakt pacienta se sociálně pracovníci - poskytnout kontakty (sociální služby, sdružení, rehabilitace) - poskytnout psychologickou podporu	- obavy již minimální - pacient bez obav, cítí se volně navrát domů po delší rehabilitaci	29.1. 1.2.	Bábořová Bábořová
	9. Zhoršená kvalita pohybu na kruhu a dolních končetinách - a důvodů nedostatek péče již před hospitalizací	- zlepšit kvalitu pohybu - pacient sám volně pociť o léčbě	- pravidelná péče o pohybu na fyzikálních prostředcích se spolupráce s pacientem	- kvalita pohybu významně zlepšena, pacient již o ni není sám	30.1.	Bábořová