

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Ústav ošetřovatelství*



**Martina Brunnerová**

### **Ošetřovatelská péče o pacienta s cévní mozkovou příhodou**

*Nursing care of patient with stroke*

*Bakalářská práce  
Případová studie*

Praha a Kraslice, květen 2011

Autor práce: Martina Brunnerová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Odborný konzultant: **vedoucí lékař MUDr. Aleš Novák**

Pracoviště odborného konzultanta: **Iktové centrum**

**Nemocnice Sokolov**

Předpokládaný termín obhajoby: 27. června 2011

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 27. května 2010

.....

Martina Brunnerová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala za pomoc a věnovaný čas vedoucí práce paní PhDr. Marii Zvoníčkové a odbornému konzultantovi panu MUDr. Aleši Novákovi během psaní této bakalářské práce. Poděkování patří také mé rodině za podporu v průběhu mého studia.

## Obsah

1	ÚVOD .....	6
2	KLINICKÁ ČÁST .....	7
2.1	<i>Anatomie a fyziologie cévního zásobení mozku</i> .....	7
2.2	<i>Charakteristika onemocnění</i> .....	9
2.3	<i>Klinický obraz</i> .....	12
2.4	<i>Vyšetřovací metody</i> .....	14
2.5	<i>Terapie</i> .....	16
3	STAV NEMOCNÉHO PŘI PŘÍJMU .....	20
3.1	<i>Informace o pacientovi</i> .....	20
3.2	<i>Objektivní nález při přijetí</i> .....	22
3.3	<i>Závěr při přijetí</i> .....	22
3.4	<i>Průběh hospitalizace</i> .....	23
3.5	<i>Prognóza</i> .....	25
4	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST .....	26
4.1	<i>Ošetřovatelský proces</i> .....	26
4.2	<i>Ošetřovatelský model</i> .....	27
4.3	<i>Ošetřovatelská anamnéza</i> .....	30
4.4	<i>Seznam ošetřovatelských diagnóz ke 2. dni hospitalizace</i> .....	36
4.5	<i>Krátkodobý ošetřovatelský plán</i> .....	37
4.6	<i>Dlouhodobý plán péče</i> .....	48
4.7	<i>Psychologický pohled na pacienta</i> .....	50
5	ZÁVĚR.....	51
	SEZNAM POUŽITÉ A CITOVANÉ LITERATURY .....	52
	OBRÁZKY A PŘÍLOHY	
	<i>Seznam obrázků</i>	
	<i>Seznam příloh</i>	

# 1 Úvod

V mé bakalářské práci jsem se snažila vypracovat případovou studii u pacienta postiženého cévní mozkovou příhodou. Hospitalizace probíhala na oddělení Neurologické jednotky intenzivní péče, specializující se převážně na toto onemocnění.

Prvním oddílem práce je klinická část, kde se věnuji anatomii a fyziologii cévního zásobení mozku. Následuje popis onemocnění a jeho patofyziologie. Součástí této části je rozdělení iktů podle vzniku a druhu průběhu onemocnění. Následuje klinický obraz, kde popisuji příznaky vzniku iktu podle postižení daných cév. Ve vyšetřovacích metodách jsem se zaměřila na diagnostiku iktů a dalšího vyšetření stavu pacienta. V závěru klinické části jsou možnosti léčby cévních mozkových příhod a jejich použití u jednotlivých druhů. V léčbě se zmiňuji i o péči pacienta, která je velmi náročná a specializovaná.

Po klinické části je stav při přijetí do nemocniční péče a vlastní popis stavu pacienta ke 2. dni hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Zde jsou uvedena vyšetření a postup léčby. Nakonec je shrnuta prognóza pacienta a další vývoj nemoci do pátku 17. 12. 2010.

V ošetrovatelské části se nejdříve zabývám ošetrovatelským procesem a následně ošetrovatelským modelem Virginie Hendersonové. Podle tohoto modelu jsem vypracovala anamnézu pacienta. V další části se zabývám krátkodobým ošetrovatelským plánem ke 2. dni hospitalizace. Následně popisuji dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, psychologický pohled na pacienta a přístup k onemocnění.

Na konci práce je uveden závěr bakalářské práce a po něm následuje seznam citované literatury, bibliografie použitých zdrojů informací, obrázky a přílohy, u nichž jsou uvedeny jejich seznamy a zdroje.

## 2 Klinická část

### 2.1 Anatomie a fyziologie cévního zásobení mozku

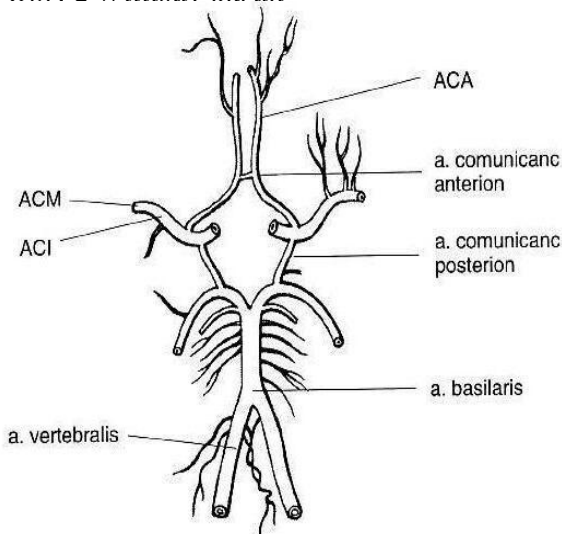
Mozkové buňky jsou nejcitlivější na přívod kyslíku a živin. Ten zajišťují dvě karotické tepny (aa. carotis communis interna) a dvě páteřní tepny (aa. vertebrales). Využitou odkysličenou krev odvádí žilní systém do horní duté žíly.

#### 2.1.1 Tepenné zásobení

Z oblouku aorty se odštěpuje truncus brachiocephalicus. Ten se dále dělí na a. subclavia dextra a a. carotis communis dextra. A. carotis communis sinistra vychází přímo z oblouku aorty vedle truncu brachiocephalicu. Z artérie carotis comunis, která jde párově po boční straně krku, se oddělují dvě její větve arteria carotis externa a arteria carotis interna. Toto rozdělení se nazývá bifurkace karotidy. A. carotis externa vyživuje svými větvemi např. štítnou žlázu, jazyk, obličej ... A. carotis interna vstupuje kanálem v pyramidě spánkové kosti do lebky. Její větve a. cerebri anterior a media vyživují přední a střední části mozkových hemisfér. Tepenné zásobení lebky viz obr. 1 v příloze. (10, 12)

Artérie vertebrales vystupuje jako větev z artéria subclavia. Vede skrze příčné výběžky krčních obratlů, kromě prvního a druhého obratle, které obíhá, až

Obr. 2 Willisův okruh



Zdroj: viz citace (6)

do lebky. Tato tepna je taktéž párová. Spojením obou aa. vertebrales vzniká artérie basilaris. Spolu s karotickými tepnami pak vytváří Willisův okruh (viz Obr. 2), z kterého vedou hlavní mozkové tepny. Spojení mezi těmito tepnami zajišťují aa. communicans posterior. Willisův okruh nám zajišťuje kolaterální oběh, jenž umožňuje fyziologickou redistribuci krve

přes odstupující větve cév pro jednotlivé laloky mozku a mozkový kmen. (6, 7, 10)

Arterie cerebri posteriores přivádí krev do spodní a mediální plochy okcipitálního a temporálního laloku. Arterie cerebri media přivádí krev k většině konvexní plochy hemisféry. Pro přední a horní stranu corpus callosum a mediální plochu čelního temenního laloku nám vede krev arterie cerebri anterior. Mezi nimi je krátká spojka tvořená také arterií communicans anterior, která je také součástí Willisova okruhu. Tyto tři velké tepny s jejich řečišti jsou znázorněny na obr. 3 a 4 v příloze. Arteria basilaris vede po spodní straně mozkového kmene, který zásobuje krví. Dále vyživuje svými větvemi mozeček a jednou tepnou i orgány vnitřního ucha. (6, 10)

### **2.1.2 Žilní zásobení**

Neokysličená krev z mozku je odváděna hlubokými žilami z nitrolebních splavů. Ty se postupně slévají do párových vén cerebri internae. Jejich soutokem vzniká véna magna cerebri. Z povrchu mozku sbírají krev vv. cerebri superiores a v. cerebri media. Všechny tyto žíly pak ústí do vény jugularis interna, která soutokem s v. subclavia vytváří v. brachiocephalica. (10)

### **2.1.3 Fyziologie cévního zásobení mozku**

Distribuci krve v mozku zajišťují autoregulační mechanismy. Řídí se podle nároků na energii a kyslík. Z minutového srdečního výdeje krve je 20% distribuováno přímo do mozku. Průtok krve v jednotlivých částech mozku se mění v závislosti na potřebě daných oblastí. V šedé hmotě mozkové je několikrát vyšší průtok krve než v bílé. Cévní stěna arteriol svým napětím udržuje fyziologicky průtok krve mozem na 60 – 150 torr. To však neplatí u nemocných s hypertenzí, kdy je toto rozmezí ve vyšších hranicích. Při poklesu tlaku jsou proto více citlivější. Tlak v mozkových tepnách je udržován pomocí dvojí regulace. Neurogenní zastoupenou neurovegetativním systémem. A metabolická, kdy cévy reagují na hyperkapnii vazodilatací a hypokapnii vazokonstrikcí. Kapiláry mozku reagují pouze na metabolickou regulaci. Průtok krve mozkové tkáni mimo krevního tlaku je ovlivněn periferní cévní rezistencí. Ta souvisí s viskozitou krve,



délkou a průsvitem cévy. Viskozita krve je vyšší díky zahuštění krve, což způsobuje vyšší agregabilitu krevních elementů. (6, 12)

## **2.2 Charakteristika onemocnění**

Cévní mozková příhoda (jinými termíny apoplexie – ictus - mrtvice – stroke) je jednou z nejčastějších příčin hospitalizace. *Roční výskyt mozkové mrtvice kolísá podle lokality mezi 150 – 200/100 000 obyvatel. Přes zlepšení kontroly hypertenze, pokles onemocnění srdce a zvýšené obecné povědomí o rizikových faktorech zaujímá ictus 3. místo v příčinách smrti po chorobách srdce a rakovině.* (6, s. 189) Mortalita v České republice je čtyřikrát vyšší na rozdíl od USA. Do jednoho roka po příhodě umírá 40 % nemocných. (6, 7, 9)

*Podle WHO je CMP ložisková funkční porucha mozku, která trvá déle než 24 hodin a není způsobena jinou příčinou než cévní.* (9, s. 21) V posledních letech se přístup k cévní mozkové příhodě změnil. CMP patří do urgentních stavů a jako takový vyžaduje rychlou diferenciální diagnostiku a následné brzké zahájení cílené léčby. (6, 9)

Častější jsou cévní mozkové příhody vzniklé na podkladě akutní ischemie (malacie), jejich výskyt je 80 % z postižení. Druhým typem jsou hemoragické (mozková hemoragie a subarachnoideální krvácení), které jsou zastoupeny zbylými 20 %. Tyto postižení jsou spíše tepenné, zatímco vzácně vznikají žilní. (6)

### **2.2.1 Dělení**

Z definice WHO vychází, že CMP je jakýkoliv neurologický deficit, který trvá déle jak 24 hodin. T tohoto vyplývá následující dělení:

**TIA** – transientní ischemická ataka. Epizoda neurologického deficitu a ložiskových příznaků, jenž je způsoben nedostatečným přítokem krve. Vlastní příznaky vymizí do 24 hodin od začátku.

**RIND** – reverzibilní ischemický neurologický deficit. Může být i uváděn pod zkratkou PRIND (protrahovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit).

Je velmi podobný TIA, ale liší dobou trvání příznaků. Úprava by měla trvat do jednoho týdne od vzniku CMP. Tyto první dvě formy jsou varovnou předzvěstí ictu.

**PI; ES** – progredující iktus; evolving stroke. Průběh je postupně zhoršující se díky rostoucí hypoxii mozkové tkáně. Tím i následně se zhoršují klinické příznaky a průběh onemocnění.

**DI; CS** – dokončený iktus; complete stroke. Jde o příhodu, kdy její průběh se po určitou dobu vyvíjí (do 24 hodin často i déle). Po uplynutí této doby už nedochází ke změnám stavu a zůstává fixní. (6, 10)

### **2.2.2 Patofyziologie CMP**

#### **Patofyziologie ischemických příhod**

Ischemické CMP vzniká uzávěrem mozkové cévy a následně sníženou perfuzí krve v mozku. Tento uzávěr může být způsoben embolem nebo trombem. Embolus neboli vmetek může být složen z fragmentů obsahující krevní destičky a fibrin, vzduchu, tkáňových buněk, z krystalů cholesterolu a tuku či chuchvalců bakterií. Do mozkových cév se dostává přes cévní systém, který jej vmete do daného řečiště, převážně ze srdce a velkých cév. Zatímco embolus je transportován do mozkového řečiště, trombus postupně vzniká převážně extrakraniálně v karotické bifurkaci nebo na vertebrální či bazilární arterii. Vznik trombu může podpořit i mnohočetná embolizace. Cévní mozkové příhody jsou často spojovány spolu s aterosklerózou a hypertenzí. (2)

Ateroskleróza způsobuje různé abnormality v cévách celého lidského organismu a nejen v mozkových tepnách. Postupná fragmentace aterosklerotických plátů může být podkladem vzniku embolů. V karotických tepnách způsobují stenózu anebo jejich úplný uzávěr. Pod jejich vlivem se karotidy protahují a ohýbají, čímž se v nich zhoršuje průtok krve. Infarkt myokardu může způsobit vytvoření malých sraženin uvnitř srdeční dutiny a následně mozkových embolů. Vznik malých sraženin může způsobit srdeční arytmie, chlopenní nemoci srdce, endokarditis a katetrizace srdce. Komplikací

chirurgických výkonů v oblasti hlavy může být vzduchová embolie. Tuková embolie vzniká v důsledku zlomenin dlouhých kostí. Kdy tuková tkáň se dostane do cévního řečiště poraněním ztukovatělé kostní dřevě. (2)

Fyziologická perfuze mozkové tkáně je alespoň 55 ml/min na 100 g mozkové tkáně. V cévním řečišti jsou rezervy, aby poklesem nedošlo k poškození tkáně. Ty jsou schopné kompenzovat až polovinu snížení průtoku. Ve stadiu ischemického stínu tzv. penumbry je průtok snížen na 20 ml/min. Při něm dochází k poruše funkce. K ireverzibilním změnám struktury neuronů dojde při snížení průtoku pod 10 ml/min. V akutní léčbě je předmětem část mozku s perfuzí 10 – 12 ml/min, kdy již dochází k nekroze buněk - ischemii. (2, 6)

### **Patofyziologie hemoragických příhod**

Poškození mozku na základě cév může způsobit intracerebrální hemoragie. Hlavní příčinou hemoragií je hypertenze, mimo ní ji dále způsobují nádory, leukémie, vaskulitidy, antikolangulancia a diseminovaná intravaskulární koagulopatie. *Intrakraniální hemoragie odpovídá za 10 – 20 procent všech náhlých úmrtí.* (2, s. 149) Aneuryzma cévy zvyšuje pravděpodobnost jejího prasknutí. Podíl na jejich vzniku není jasný. V tomto můhou hrát roli genetické predispozice, ale i podíl aterosklerózy. Riziko prasknutí je zvýšeno s kouřením cigaret, požívání alkoholu, a užívání orálních antikoncepčních prostředků po 35 roce života. (2)

#### **2.2.3 Rizikové faktory u ischemické cévní příhody**

Neovlivitelnými faktory vzniku je rasa, kdy je vyšší výskyt u negroidní. Vyšší riziko vzniku je věk od 65 – 75 let. CMP více postihuje muže než ženy. Další roli ve vzniku hraje genetika, socioekonomické zázemí, zeměpisná poloha a klimatické podmínky. Dále můžeme některé faktory ovlivnit. Ty se dělí na tzv. silné: CMP, TIA, RIND v anamnéze, hypertenze, nemoci srdce a aorty, angína pectoris, polycytemie, šelest na karotidě, hypotyreóza. Slabými vlivy souvisejí více se životním stylem: užívání nikotinu, kofein, sérové lipidy, nedostatek pohybu,... (6, 10)

## **2.3 Klinický obraz**

Průběh a příznaky cévních mozkových příhod jsou velmi rozmanité v závislosti na poškození mozku a teritorií dané cévy. V postižené části mozku dojde k výpadku funkce. Délka trvání závisí na typu vzniklé příhody a včasné nasazení léčby.

### **2.3.1 Malacie v karotickém povodí**

Pokud je náhle uzavřena arteria carotis interna (ACI), pak tento stav většinou končí smrtí. Při přežití jsou trvalé těžké následky. Může probíhat bez příznaků při postupné tvorbě uzávěru vnitřní karotidy. Vzniknou-li ložiskové příznaky, jsou většinou kontralaterálně. Např. poruchy hybnosti, čítí, hemianopii. Afázie se vyskytuje při postižení dominantní poloviny mozku. U poškození nedominantní hemisféry dojde k desorientaci v prostoru, apraxií (neschopnost vykonávat složitější a účelné pohyby) a neglect syndromem (opomíjení jedné poloviny těla a prostoru). (6)

A. ophthalmica je první větví vnitřní karotidy. Zásobuje sítnici a její uzávěr předchází amaurosis fugax, přechodná ztráta zraku z důvodu embolizace. K trvalé ztrátě zraku v postiženém oku dojde při úplném uzávěru této větve ACI. Stupňovitý průběh postižení je způsoben embolem z bifurkace. Příznaky nejsou kontralaterálně k postižené hemisféře. (6)

Pouze z ACI přes zadní komunikanty jsou zásobné arterie cerebri posteriores v 10% populace. Při postižení vnitřní karotidy dojde i k poškození v povodích ACP. Příznaky jsou poruchy vidění, bolesti, přechodná kontralaterální paresa. Více k této problematice dostanu později. (6)

A. cerebri anterior zásobuje především přední část mozku. Při jejím uzávěru dochází nejvýrazněji ke kontralaterální hemiparéze s větším postižením dolních končetin (gyrus precentralis). Paraparéza dolních končetin se objevuje u oboustranného postižení obou větví ACA. Vzhledem k postižení čelních laloků dochází k psychickým příznakům (frontální syndrom). (6)

Klinickými příznaky a. cerebri media jsou kontralaterální hemipareza s hemihypestézií (snížená citlivost). Zde jsou spíše postiženy horní končetiny. Při lézi dominantní poloviny mozku jsou často poruchy fatické. Naopak u nedominantní strany je prostorová dezorientace, apraxie a neglect syndromu. Oči a hlava jsou stočeny ke straně léze. Capsulae internae jsou vyživovány touto cévou. Ty vedou nervová vlákna podílející se na koordinaci pohybu, proto dochází ke kontralaterálním hemiparézám a typickým Wernickeovým-Mannovým držením. (6)

Víceložiskový charakter postižen karotického povodí představuje leukoaraióza, kdy dochází ke ztrátě elasticity dlouhých penetrujících tepen a rozšíření perivaskulárního prostoru. Následkem tohoto dojde k ischemizaci bílé hmoty mozkové. (7)

### **2.3.2 Malacie ve vertebrobasilárním povodí**

Při jednostranném uzávěru artérie cerebri posterior dochází ke kontralaterální homonymní hemianopii s centrální úsporou. Oboustranný uzávěr způsobuje korovou slepotu. Postižení pouze jednotlivých větví ACP se projeví zrakovou agnózií (rozeznání), agnózií barev, alexií (neschopnost čtení) a talamickým syndromem (kontralaterální hyperalgie). (6)

Ischemizace arterií odstupujících z arterie basilaris způsobuje alternující hemiparézy. Postižen je mozkový kmen a hlavové nervy. Dále může docházet k poruchám sluchu, rovnováhy, nauze, závratí a zvracení. (6)

Ve vertebrobasilárním může dojít ke snížení perfuze díky tzv. steal fenoménu při zúžení a. subclavia před odstupem a. vertebralis. Při zvýšené potřebě krve v horní končetině sníží se přítok krve do vertebrobasilárního řečiště a způsobí následnou ischemizaci kmenových struktur. (6)

### **2.3.3 Klinické příznaky mozkové hemoragie**

Dochází k náhlému zvýšení nitrolebního tlaku. Příznaky jsou děleny na celkové a fokální. V celkových příznacích je zahrnuta cefalea, zvracení, porucha vědomí. Fokální příznaky jsou závislé na uložení hemoragie v mozku. (6)

## **2.4 Vyšetřovací metody**

Cévní mozkové příhody jsou akutní a život ohrožující stav. Z těchto důvodů je důležitá rychlá diferenciální diagnostika, z níž vychází nastavení léčby. Doba uplynulá od vzniku iktu po jeho diagnostikování se nazývá tzv. terapeutické okno. Některé části vyšetření jsou upřednostněny před jinými, které se doplní později.

### **2.4.1 Anamnéza**

Anamnézu můžeme získat přímo od nemocného anebo svědků příhody. Při akutních stavech se zjišťuje pouze minimální anamnéza. Ta by měla pomoci se vyvarovat fatálních chyb. Většinou probíhá anamnestickým rozhovorem, kdy se lékař dovídá blíže o onemocnění a životě pacienta. S těmito informacemi je lékař schopen směřovat další postup diagnostiky a léčby. Součástí anamnézy je důvod příchodu pacienta k lékaři a jednotlivé oblasti nejen života pacienta. Anamnéza popisuje nynější onemocnění a je v ní zahrnuta osobní anamnéza, farmakologická anamnéza, alergologická anamnéza, u žen gynekologická anamnéza, rodinná anamnéza, pracovní anamnéza a sociální anamnéza. K anamnestickým údajům patří i různé návyky, životní styl a užívání návykových látek (kofein, nikotin, ...). Lékař se ptá na subjektivní hodnocení smyslů a funkcí. (6)

### **2.4.2 Klinické neurologické vyšetření**

Současně s ním by mělo být provedeno celkové fyzikální vyšetření. Tím by měl projít každý pacient přijatý do nemocnice.

Toto vyšetření provádí vždy lékař. Cíleně vyšetřuje k lokalizaci postižení. Následně stanoví rozsah vlastního poškození a případně příčinu vzniku. Toto vyšetření probíhá systematicky. Nejdříve se hodnotí celkový stav pacienta - vědomí pacienta, orientace, stav výživy, barvy kůže a schopnost spolupráce. Pak následuje samotné vyšetření hlavy přes vyšetření jednotlivých hlavových nervů k vyšetření krku a následně horních končetin. Následuje vyšetření břicha a dolních končetin. Na závěr neurologického vyšetření se lékař zaměří na páteř, stoj a chůzi. (6)

U hlavy si lékař všímá tvaru a bolestivosti na tlak a poklep. Při vyšetřování hlavových nervů se popisuje jejich inervace a funkce. Na krku vyšetřuje hybnost páteře, ztuhlost šíje, karotid a případného šelestu v nich. U horních končetin se zaměří na jejich postavení, aktivní a pasivní hybnost, tonus a svalovou sílu, inervaci, reflexy C5 – C8, pyramidové jevy, taxi, diadochokineze. Konfiguraci, hybnost (aktivní i pasivní), tonus, svalovou sílu, reflexy L2 – S2, pyramidové jevy a taxi popisuje u dolních končetin. V závěru hodnotí statiku a dynamiku páteře, vlastní stoj a chůzi pacienta. (6)

### **2.4.3 CT vyšetření**

V diagnostice cévních mozkových příhod jde o vstupní vyšetření, na jehož podkladě dojde k prokázání cévní mozkové příhody, a zda li jde o krvácení nebo ischemii. (7)

Jde o neinvazivní metodu, jejímž principem je ozáření vyšetřované tkáně úzce kolimovaným svazkem rentgenového záření, jehož šíře odpovídá výšce vrstvy, která byla zvolena. Část ozáření se vstřebá, další se rozptýlí a poslední část projde tkání a zachytí se na detektory. Rentgenová lampa se postupně s detektory otáčí a počítač tyto data zpracuje a zobrazí jednotlivé vrstvy orgánu. Podle denzity jednotlivých tkání, která je rozdílná u jednotlivých tkání, se zobrazí v různých odstínech šedi. Výsledky vyšetření lze dokumentovat v digitální formě. Během vyšetření lze použít kontrastní látku, pro lepší zobrazení cév. Ale při jejím použití hrozí alergické reakce, např. u jodových preparátů. (7)

### **2.4.4 Jiné zobrazovací metody**

K diagnostice se může použít magnetická rezonance. Podstatně dříve zobrazí ischemii než CT. Od počátku prvních příznaků už během 1-2 hodiny, jinými technikami až za 3-6 hodin. Magnetická rezonance dokáže na rozdíl od CT zobrazit rezidua po krvácení po zbytek života pacienta. (7)

Další metoda pozitronová emisní tomografie je jednou z nejdražších metod diagnostiky. Zobrazuje funkční průtok krve mozkem. U cévních mozkových

příhod zobrazí regionální průtok, metabolismus kyslíku a glukózy v mozkové tkáni. (7)

Stav cévního řečiště může být zjištěn pomocí angiografie. Jde o rentgenovou metodu za použití kontrastní látky do zakanylované tepny (nejčastěji přes a. femoralis) k vyšetření jejího povodí. Pacient je snímán z několika projekcí. Používá se plně digitalizovaná forma, což umožňuje zobrazit postup kontrastní látky daným povodím. Dnes lze využít i možnost angiografického vyšetření za pomoci magnetické rezonance, ale není tak přesná jako klasická angiografie. (7)

Vyšetření ultrazvukem v souvislosti s CMP se využívá k zobrazení karotid a vertebrálních artérií, v nichž dochází k trombotizaci a různým patologickým změnám vedoucí ke snížení průtoku krve. Průtok krve se vyšetřuje pomocí dopplerovské metody sonografie. (10)

#### **2.4.5 Další vyšetření**

Laboratorním vyšetření nediodnostikují přímo cévní mozkovou příhodu, ale pomohou k nastavení léčby a ukazují na stav pacienta. Pomohou k diagnostice příčiny vzniku CMP. Krev se vyšetřuje na sedimentaci, krevní obraz, glykemie, jaterní testy, ionty, urea, acidobazická rovnováha, krevní plyny hlavně hemokoagulační vyšetření. Moč je vyšetřena na močovinu a sediment. (5)

K diferenciací diagnostice se využívá elektrokardiografie kvůli srdečním příčinám. Pomocí rentgenu se vyšetřuje srdce a plíce. Dále může být provedeno EEG vyšetření. Dříve se k diagnostice využívala lumbální punkce a vyšetření likvoru. Od této metody se upustilo vzhledem k její nepřesnosti, kdy lze prokázat krvinky v mozkomíšním moku i několik měsíců po příhodě. V dnešní době jsou lepší a přesnější metody k určení CMP. Vyšetření likvoru je nutné provést vždy při podezření na subarachnoideální krvácení.(7)

### **2.5 Terapie**

Cévní mozkové příhody jsou urgentním stavem a jako takové by měli být ošetřeny na specializovaných iktových jednotkách. Tzv. terapeutické okno je



potřeba snížit na nejmenší možný interval. S prodlužováním času se účinnost léčby snižuje. (1, 6)

### **2.5.1 Terapie ischemických CMP**

Od vzniku ischemického iktu je doporučeno použití intravenózní trombolýzy do 4,5 hodin od vzniku příhody. Ta vyžaduje neustálé sledování vzhledem k agresivnímu přístupu. Před jejím použitím se pečlivě zvažují kontraindikace a musí být vyloučeno intrakraniální krvácení. Trombolýza pomáhá spontánním mechanismům organismu způsobit lýzu krevní sraženiny. A tím dochází k postupnému rozpuštění krve a následně obnovení průtoku v dané cévě. Je velmi důležité množství podané dávky a způsob podání, aby se zabránilo hemoragii. Dávka se vypočítává z pacientovy váhy při podání 0,9 mg/ kg. Avšak maximální možná dávka je 90 mg. Prvních 10 % z vypočítané dávky se aplikuje do venózního řečiště bolusově. Zbýlých 90 % je podáno infúzí během jedné hodiny. (1, 6, 10)

Altepláza je rekombinační tkáňový aktivátor plazminogenu. Díky jejímu použití lze použít trombolýzu do 4,5 hodiny, čímž se získá více času pro pacienta. Avšak platí pravidlo, že podání má být co nejdříve od vzniku ischemického CMP. V České republice se tento způsob používá pouze na určitých pracovištích. (10)

### **Chirurgická léčba**

Chirurgicky lze odstranit vzniklý trombus pomocí radiochirurgické léčby nebo přímo endarterektomií a embelektomií. Dalším řešením nabízí neurochirurgie vytvoření anastomózy postižené cévy. (10)

### **Další intenzivní péče**

Antiagregační léčba se používá po uplynutí stanoveného limitu pro zahájení léčby trombolýzou. Při jejím použití může dojít k závažným komplikacím v hemokoagulaci. Dále se nasazuje k léčbě u všech pacientů po ischemické CMP. (10)

Reologická a oxygenační podpora je nastavená díky narušení oxygenace. K té dojde kvůli stresové situaci, omezení hybnosti pacienta a zvýšeným nárokům organismu při akutní CMP. A proto je potřeba kompenzovat snížený přívod okysličené krve k mozkovým tkáním. (10)

Antiedematózní léčba je pomocí podání hyperosmolárních infúzí, které se využívají zejména u rozsáhlých edémů. Pomáhají stáhnutím vody z postižených oblastí. Naopak působí na celý organismus a může dojít k přetížení ledvin. Ke snížení intrakraniálního tlaku pomáhá elevovaná poloha hlavy a trupu v 15 – 45°. (10)

### **2.5.2 Terapie hemoragických CMP**

Malé hematomy jsou léčeny konzervativní léčbou. U tohoto druhu cévních mozkových příhod se používá antihypertenzní léčba, při vyšších hodnotách než jsou fyziologické. K snížení krvácení a zmírnění následků. Dále se používá Mannitol, dexamethason a hyperventilace. Chirurgická dekomprese se provádí u větších krvácení, kdy 30 % mortalita strmě narůstá u hematomů nad 3 cm v průměru. Hemoragie v oblasti pontu se neoperuje z důvodu vysoké mortality. Vzniklé hematomy se postupně vstřebávají. Při poruše v toku likvoru je nutná intervence. (6, 10)

### **2.5.3 Interní léčba při CMP**

#### **Podpora a stabilizace kardiovaskulárního systému**

Potřeba k zajištění dostatečné perfuze mozku. Je důležitá monitorace srdeční aktivity. Pro úpravu se používají antiarytmika, kardiotonika, sympatomimetika popř. kardiostimulátor a kardioverze. U CMP je spíše výhodná hypertenze, kvůli zajištění perfuze mozku. Horní hranicí jsou hodnoty 180/105 mmHg. (10)

#### **Zajištění průchodnosti dýchacích cest**

Pomocí odsávání, podáním mukolytik, expektorancií a oxygenoterapií. Při selhávání dýchání je nastavena umělá plicní ventilace. (10)

### **Péče o gastrointestinální trakt a nutriční podpora**

Vzhledem ke stresu hrozí až u 50 procent pacientů ulcerace stěny. Preventivně se podává antiulcerózní terapie. Zároveň dochází k poruše střevní motility (podání prokinetik). Pacient může být vyživován pomocí nasogastické sondy anebo perkutánní endoskopické gastrostomie, v případě poruchy příjmu potravy. (10)

### **Kompenzace poruch homeostázy**

K poruše stálosti vnitřního prostředí, převážně vodního a iontového hospodaření, může dojít vzhledem ke stavu. Z toho důvodu je sledována bilance tekutin a iontů, osmolarity séra a moče. Pomoc může i měření centrálního venózního tlaku. (10)

### **Prevence hluboké žilní trombózy**

V jejím důsledku může dojít k plicní embolii. Důležitá je včasná aktivace s rehabilitací. Dále polohováním (zároveň prevence dekubitu), bandážováním a léčbou nízkomolekulárními hepariny nebo heparinem. (10)

### **Prevence reaktivních depresivních stavů**

Postižením cévní mozkovou příhodou je pro pacienty velmi těžké. Dochází při něm k těžkému postižení hybnosti, řeči, atd. Proto je velmi důležitý kontakt a aktivizace pacienta. (10)

### **2.5.4 Rehabilitace**

Je nezbytnou součástí péče a její počátek je už v akutní fázi. Do ní jsou zahrnuti podle potřeby lékař, kliničtí logopedi, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, speciální pedagog, sociální pracovníce, protetik, zdravotní sestra a psychologové. Každý člen má specifickou úlohu v rehabilitaci pacienta. Jejím cílem je zlepšení stavu a začlenění do společnosti. Postupnou rehabilitací se zlepšují poškozené funkce. (10)

## **3 Stav nemocného při příjmu**

### **3.1 Informace o pacientovi**

**Věk:** 73 let

**Pohlaví:** Muž

**Datum přijetí:** 9. 12. 2010

#### **3.1.1 Lékařská anamnéza**

##### **Nynější onemocnění:**

Pacient dnes (9. 12. 2010) seděl u okna a díval se na projíždějící vlak a najednou nemohl hýbat končetinami. Nedokázal vůbec zvednout ruce, které byly těžké. Neovladatelně to samé bylo i s nohama. Pacient nebyl v bezvědomí, neměl křeče, mluvilo se mu dobře. Momentálně hlava nebolí, nezvrací, hybnost končetin už je lepší. Údajně tento stav trval cca 10 – 15 minut.

##### **Osobní anamnéza:**

Pacient se léčí na arteriální hypertenzi, asi od roku 1995 s diabetem melitum na PAD, vředovou chorobu duodena, bilaterální kataraktou, stp. iCMP 2008. 11/2010 operace TU tlustého střeva.

Pacient je 15 let nekuřák, dříve vykouřil krabičku denně. Jiné abúzy neguje.

##### **Rodinná anamnéza:**

Bezvýznamná

##### **Alergická anamnéza:**

Jižní ovoce např. citrusy, mango, ananas.

## Farmakologická anamnéza:

Chronicky užívá tyto léky:

Lék	Indikační skupina	Některé nežádoucí účinky
Gopten	antihypertenzivum	bolest hlavy, kašel, celková slabost, pocit bušení srdce, nevolnost, svědění, vyrážka a malátnost
Amlozek	vasodilatans, blokátor kalciového kanálu	bolesti hlavy, otoky, závratě, ospalost, bušení srdce, nevolnost, bolesti břicha, svědění či vyrážka, dušnost, svalové křeče, nechutenství, častější močení, změny nálady, svalové bolesti, poruchy zraku.
Siofor	antidiabetikum	zažívací a střevní potíže, zvracení, bolesti břicha, průjem, bolesti hlavy.
Glucophage	antidiabetikum	nevolnost, zvracení, průjem, bolesti břicha a ztráta chuti k jídlu
Atoris	hypolipidemikum	zácpa, nadýmání, poruchy trávení, bolesti břicha, bolesti hlavy, nevolnost, svalové bolesti, stavy slabosti, průjem a nespavost
Tagren	antiagregans	žaludeční a střevní potíže, mírná krvácení, kožní vyrážka a změny v laboratorních krevních testech
Pentomer	reologikum, vasodilatans	nevolnost, zvracení, pocit plnosti, tlak v žaludku, průjem, závratě a bolesti hlavy, pokles krevního tlaku, poruchy srdečního rytmu, návaly horka a alergické reakce, jako jsou svědění, zarudnutí kůže a kopřivka

### **Pracovní anamnéza:**

Dnes ve starobním důchodu. Dříve pracoval jako strojvedoucí na důlní šachtě Družba – těžba uhlí.

### **Sociální anamnéza:**

Žije s manželkou v bytě. Byt je ve druhém patře domu s výtahem. Má 2 děti. Časté návštěvy známých.

### **3.2 Objektivní nález při přijetí**

Pacient při vědomí, eupnoe, bez fatické poruchy, orientován

Hlava: inervace n VIII správná, bez poruchy čítí, izokorie, fotoreakce bilat. +, bulby ve středním postavení, horizontálně jemný nystagmus +, jazyk plazí středem, meningeální

Horní končetiny: v Mingazz bez poklesu, taxe správná, bez poruchy čítí, rr C5/8 středně symetrická, PJS 0. Dolní končetiny: v Mingazz lehký pokles PDK, elevuje jednotlivě DK do 60 stupňů, rr L2/4 nízké, reflexe L5/S2 bilat, PJS 0. Pacient se sotva postaví, udělá s dopomoci par kroku.

### **3.3 Závěr při přijetí**

- TIA ve VB povodí s těžkou kvadruparezou t. č. lehká pravostranná hemipareza
- CMP charakteru RIND v povodí ACI I. Dx. S levostrannou faciobrachiální parezou
- Vaskulární encefalopatie dle MR mozku
- Diabetes melitus 2. typu na PAD
- Arteriální hypertenze
- Vředová choroba Gastroduodena
- Katarakta bilaterálně

### ***3.4 Průběh hospitalizace***

Pacient byl přijat k hospitalizaci na standardní neurologické oddělení ve čtvrtek 9. 12. 2010. Na oddělení Neurologie JIP byl přeložen v neděli 12. 12. 2010 pro prekolapsový stav, zhoršení tíže paresy a nově vzniklé fatické poruchy.

Pohybový režim: klid na lůžku.

Dieta: diabetická.

#### **Pondělí 13. 12. 2010**

Při vědomí nad ránem agitovaný a zmatený. Kritický s náhledem na proběhlou situaci, vigilní, lucidní, orientovaný. Pravostranná hemipareza akcentována na PDK do těžké. PHK elevuje do 35-50 cm od podložky s následným pozvolným pomalým poklesem zpět.

Pacient udával dopoledne bolesti břicha, které na standardním oddělení neměl, difúzní spontánní i při palpaci. Břicho mírně nad úrovní, palpačně citlivé, hůře prohmatné. Stolica naposled ve čtvrtek 9. 12. 2010.

Pacientovi byl zaveden PMK (16CH). Dále měl druhý den PŽK.

#### **3.4.1 Vyšetření**

Sledování fyziologických funkcí á 1 hodina – krevní tlak, puls, saturace kyslíku, dech. Pacientovy hodnoty byly sledovány pomocí monitoru.

Kontrolní CT hlavy, EEG a kontrolní DUSg extrakraniální. Sono břicha, CT břicha. Chirurgické konzilium.

Glykemie 3x denně. Krevní obraz, Na, K, Cl, Ca, glykemie, CRP, osmolarita, urea, kreatinin, kyselina močová.

### 3.4.2 Medikace:

Lék	8.00	12.00	18.00	20.00	Indikační skupina
Trombex 75 mg	1				Antiagregncium
Gopten 2 mg		1			Antihypertenzivum
Amlozek 5mg	1				vazodilatans, blokátor kalciového kanálu
Glucobene 3,5 mg	1	1	1/2		Antidiabetikum
Atoris 20 mg				1	Hypolipidemikum
Fokusin	1				blokátor $\alpha_1$ -andrenergních receptorů
Fraxiparine 0,3 mg	1			1	antikoagulans, antitrombotikum
Siofor 500 mg		1			Antidiabetikum

Intravenózní: Mucosolvan 1amp (8.00 – 16.00 – 24.00), bolusově Furosemid 10 mg. Infuse Plasmalyte 1000ml + MgSO<sub>4</sub> 20% 1 amp, Ringerfundin 1000ml + Cernevit 1 amp rychlostí 100 ml/hod.

Průtok O<sub>2</sub> 3-4 l/min

### 3.4.3 Chirurgické konzilium

Druhý den zástava plynů a stolice, nezvracel má nucení na stolicí, ale bez efektu. Provedeno USG a CT, kde je dilatace tenkých kliček ale i tlustého střeva, bez jasných známek obstrukce. Poslechově bez peristaltiky – pouze přelévavé fenomény. T. č. spíše paralytický ileus na podkladě mozkové ischemie, dále v laboratoři elevace K<sup>+</sup>.

Doporučení: Konzervativní terapie, nihil per os, zavést NGS, parenterální příjem korekce kalemie, Degan 1 amp á 8 hodin, Ubretid 1 amp á 12 hod podat min 2x klyasma.



### ***3.5 Prognóza***

Přes počáteční nepříznivou prognózu z počátku týdne se pacient během mé praxe na oddělení zlepšil. Došlo k postupné minimalizaci parézy, tak že se postupně zvyšovala jeho soběstačnost. Přesto byl nadále deficit sebepéče. Pacient měl být koncem týdne přeložen na standardní oddělení pro zlepšení stavu. Pokračovat by měla nadále rehabilitace a antikoagulační léčba.

## 4 Ošetřovatelská část

K vypracování mé bakalářské práce jsem si zvolila druhý den hospitalizace na Neurologické JIP.

### 4.1 Ošetřovatelský proces

Podle metodického opatření Ministerstvo zdravotnictví stanovuje, že: *Hlavní pracovní metodou ošetřovatelského personálu je ošetřovatelský proces. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají:*

1. *ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity*
2. *ke stanovení ošetřovatelských problémů (ošetřovatelských diagnóz)*
3. *k plánování ošetřovatelské péče*
4. *k realizaci ošetřovatelské péče*
5. *k vyhodnocování efektivity ošetřovatelské péče (13, s. 5)*

V průběhu celého ošetřovatelského procesu je zahrnut pacient do všech jednotlivých částí. Sestra se snaží zapojovat nejen pacienta ale i rodinu, pokud je to možné. Veškerý proces je dynamický a po celou dobu se mění podle potřeb.

#### 4.1.1 Ošetřovatelská anamnéza

Slouží k získání informací o pacientovi. Informace může získat od pacienta, pacientovy rodiny, ošetřujícího lékaře, jiného zdravotnického personálu a dokumentace. Může využít i různé hodnotící techniky, pozorování Na jejich podkladě sestra vytváří ošetřovatelské diagnózy.

#### **4.1.2 Ošetrovatelská diagnostika**

Po sběru informací je sestra utřídí, hodnotí a objasní vzájemné vztahy. Stanoví problémy a potřeby pacienta. Na jejich základě stanoví ošetrovatelské diagnózy. Určuje zároveň prioritu jednotlivých diagnóz.

#### **4.1.3 Plánování ošetrovatelské péče**

V plánování sestra určí cíle a postup ošetrovatelské péče. Během plánování sestra konzultuje s pacientem plán, čímž aktivizuje a zahrnuje pacienta do péče. Cíle jsou krátkodobé a dlouhodobé. Po stanovení sestra stanoví intervence, které využívá i další ošetrovatelský personál.

#### **4.1.4 Realizace**

Je vlastním vykonáním ošetrovatelských intervencí. Během péče se snaží co nejvíce zapojovat pacienta případně i rodinu. Vlastní vykonání může být změněno během poskytování ošetření díky změnám ve stavu a okolností.

#### **4.1.5 Hodnocení**

Efekt poskytnuté péče hodnotí jak sestra, tak i pacient. Výsledky srovná s naplánovanými cíli. Zhodnotí úspěšnost péče porovnáním s předešlým stavem, anebo pomocí měřících technik. Při nesplnění cíle sestra přehodnotí plán.

### ***4.2 Ošetrovatelský model***

K vypracování ošetrovatelského plánu jsem použila humanistický model Virginie Henderson Teorie základní ošetrovatelské péče. V. Henderson při tvorbě tohoto modelu vycházela ze svých zkušeností a poznatků. Její koncepce teorie vychází ze čtrnácti základních potřeb, které jsou děleny na čtyři základní složky, z nichž je tvořena celistvá osobnost. Potřeby jsou různě ovlivňovány kulturou a osobností jedince. Každý jedinec má tyto potřeby a naplňuje je individuálně. Během života může dojít k neuspokojení některých potřeb. Důvodem může být jeho vznik během onemocnění anebo jeho výskyt v různém období života jedince (např. dětství, stáří, ...). Vznik dané potřeby není podmíněn medicínskou diagnózou.

#### **4.2.1 Základní potřeby**

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sama sebe i druhých
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. Vyznávání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Dělí se na oblast biologickou, potřeby číslo 1-9, psychickou, potřeby 10 a 14, sociální 12 a 13; a na závěr i spirituální, potřeba číslo 11.

#### **4.2.2 Základní ošetrovatelská péče**

Při problému s uspokojováním základních potřeb nastupuje ošetrovatelství, kdy je potřeba druhé osoby. Hlavním cílem ošetrovatelství je vést pacienta k nezávislosti.

### **Základní ošetrovatelská péče:**

- Vyžaduje ji jakákoliv osoba bez ohledu na lékařskou diagnózu a terapii, přestože obojí ovlivňuje ošetrovatelskou péči.
- Je odvozená od individuálních potřeb pacienta.
- Ovlivňují ji podmínky jako je věk, kultura, emocionální rovnováha, fyzické a psychické schopnosti pacienta. Dále je ovlivněna patologickým stavem - syndromy a symptomy onemocnění např. nedostatek kyslíku, kóma, šok, parézy ...). Veškeré faktory musí sestra při svém ošetrování vzít v úvahu, protože ošetrovatelská péče o pacienty se stejnou diagnózou, se bude lišit v jejich závislosti.

Základní ošetrovatelská péče je poskytována nejen jedincům v nemocnicích, ale i v domácí péči. Komponenty základní ošetrovatelské péče vycházejí z Teorie základních potřeb. Souvisejí s pomocí sestry pacientovi v dané oblasti potřeby. Sestra je vykonavatelkou základní ošetrovatelské péče. V případě pacientově úplné závislosti sestra rozhoduje a jedná za pacienta, v opačném případě pouze asistuje.

### **Fáze poskytování základní ošetrovatelské péče**

V. Henderson rozdělila poskytování základní ošetrovatelské péče na tři fáze:

1. fáze – zahrnuje zjištění, ve které ze čtrnácti oblastí základních potřeb nemá pacient dostatek sil, vůle anebo vědomostí k jejich naplnění. Na těchto poznacích sestra následně plánuje ošetrovatelskou péči k uspokojení těchto potřeb.

2. fáze – v této fázi sestra poskytuje danou péči k naplnění potřeb podle plánu péče z předešlé fáze. Dochází k uspokojení potřeb a zlepšením narušeného zdraví či patologického stavu i zlepšení soběstačnosti. Kdykoliv se mohou projevit nové skutečnosti, které musí sestra promítnout změnou plánu své ošetrovatelské péče.

3. fáze – je zaměřena na edukaci a výchovu pacienta a jeho rodiny.

## **Plán základní ošetrovatelské péče**

Plánováním sestry zefektivňují poskytovanou péči. Na plánování se nepodílí nejen sestry, ale vytváří ve spolupráci s pacientem. Tento plán intervencí pak následně slouží celému zdravotnickému týmu v postupném poskytování ošetrovatelské péče. Plánování zaručuje jednotnost a kontinuitu péče.

### **4.2.3 Role sestry**

V. Henderson definuje práci sestry takto: *„Jedinečná funkce sestry spočívá v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo uzdravení (či k pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost. Je třeba tuto funkci vykonávat takovým způsobem, který jedinci pokud možno co nejrychleji pomůže získat nezávislost.“* (11, s. 3)

Sestra je v tomto ohledu jedinečná a nenahraditelná. Během naplňování potřeb sestra vstupuje i do dalších rolí, které jsou jí cizí, aby uspokojila pacientovi potřeby (např. uklízečka, kuchařka, ...). Mimo naplňování této funkce sestra zároveň pomáhá plnit terapeutický plán lékaře.

## **4.3 Ošetrovatelská anamnéza**

K vytvoření anamnézy jsem použila model V. Henderson. K zhodnocení celkové soběstačnosti jsem použila Barthelové test všedních činností – ADL test (viz příloha č. 1), kde mi vyšla s 35 body těžká závislost. Riziko dekubitu jsem určila pomocí stupnice Nortonové (viz příloha č. 2) s výsledkem 20 bodů jako zvýšeným rizikem vzniku dekubitu. Jako anamnestický dotazník k získání informací od pacienta jsem použila Ošetrovatelský záznam (viz příloha č. 3).

### **4.3.1 Pomoc pacientovi normálně dýchat**

Pacient neudával žádné problémy s dýcháním před přijetím do nemocnice. Patnáct let je nekuřák. Dříve kouřil od mládí přibližně krabičku denně.

Vzhledem k důvodu přijetí na neurologickou JIP mu byl nasazen kyslík o průtoku 3-4 l/minutu. Kyslík byl podáván pomocí kyslíkových brýlí, které

toleroval velmi dobře. Pacientova saturace byla převážně na 98%. Tato hodnota je v normě.

#### **4.3.2 Pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin**

Pacient má Diabetes mellitus 2. typu, který je léčen perorálními antidiabetiky. Zároveň pacient dodržuje diabetickou dietu a je dobře obeznámen o jejím režimu. Pacient má horní zubní protézu a vlastních 10 zubů. S příjmem potravy před přijetím neměl problémy. Denně jí 3 – 4x podle vlastních slov přiměřeně. Za poslední dobu se mu nezměnila chuť k jídlu. Obvykle rád jí sýry a marmelády. Naopak nemá rád luštěniny. Pacient vypije okolo jednoho litru tekutin denně. S manželkou má dohodu, že na kuchyňské lince mají skleničku s pitím a pokud jde jeden z nich okolo ní, tak ji vypije a znovu naplní. To jim pomáhá pít přes den. Rád pije vodu, kávu a čaj. Dříve chodíval často do hospody na pivo. Dnes pije alkohol příležitostně.

Během hospitalizace měl naordinovanou diabetickou dietu. Pacient měl problém s příjmem stravy vzhledem k paréze pravé části těla. Pacient byl schopen žvýkat a polykat. Levou rukou zvládal se najíst s menšími potížemi, pokud mu bylo jídlo připraveno a přistavěno k lůžku. Pacient zvládal dobře se najíst pomocí vidličky. Za použití lžice bylo o něco málo náročnější.

Pacient se napil sám z hrnečku s víčkem anebo pomocí brčka. Preferoval raději pití z hrnečku. Dolívání do hrnku sám nezvládal. V neděli po přijetí vypil 700 ml. Naordinováno měl dvě infuze: 1. Plasmalyte 1000 ml + 10 ml MgSO<sub>4</sub> 20% a 2. Ringerfundin 1000 ml + Cernevit 1 amp.

Dopoledne si stěžoval na bolesti břicha, které vyplynuly v podezření na ileózní stav. Proto lékař nařídil nepodávat nic per os.

#### **4.3.3 Pomoc pacientovi při vylučování**

Před příchodem do nemocnice měl pacient potíže s močením. Šlo o močení třikrát za noc. Zatím s tímto problémem nebyl u lékaře. Na stolicí chodí pravidelně ráno po probuzení. Její charakter je obvykle tužší až zácpa.

Příležitostně jako projímadlo používá čaj – Semi čaj (pozitivní vliv na trávení). V listopadu prodělal operaci tumoru střev v Karlových Varech.

Pacient měl k dispozici močovou lahev zavěšenou u lůžka. Na dopoledne bylo naplánováno zavedení permanentního močového katétru. Moč byla sytě žlutá. Naposled na stolici byl ve čtvrtek 9. 12. V pondělí dopoledne udával bolesti břicha, které bylo mírně nad úrovní.

#### **4.3.4 Pomoc pacientovi při udržování optimální polohy**

Pacient byl dříve schopný chodit a pohybovat se sám bez jakékoliv pomoci anebo kompenzačních pomůcek, přestože v roce 2008 prodělal první ischemickou cévní mozkovou příhodu.

Díky pararéze pravé poloviny těla, pacient nebyl schopný se plně pohybovat ani v rámci lůžka. Na chvíli zvedl postiženou horní končetinu, která s následným pomalým poklesem spadla zpět na podložku. Pravá dolní končetina byla těžce paretická. Během léčebného režimu byl polohován s elevací horní poloviny lůžka 30°, každé dvě hodiny. Během polohování byla horní pravá končetina elevována. U pacienta byla použita aktivní antidekubitární matrace, jako prevence proleženin.

#### **4.3.5 Pomoc pacientovi při spánku a odpočinku**

V nemocnici se pacientovi špatně usíná. Udával, že potíže se spaním měl již dříve před přijetím do nemocniční péče. Hlavním problémem je brzké buzení. Doma vstává jako první, často příliš brzy. Neví přesně, proč tomu tak je. Nespavostí trpí už delší dobu. K tomu aby usnul, mu pomáhá televize, u které usíná. Občas použije Neurool, který je původně manželky. Přes den si zdřímne odpoledne po obědě na hodinu až dvě.

V pondělí nad ránem byl pacient agitovaný a zmatený. Ráno byl při vědomí a klidný. V noci se mu dobře nespalo díky změně prostředí.



#### **4.3.6 Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání**

V tomto bodě pacient byl před přijetím taktéž soběstačný. Zvládal se sám obléci.

Vzhledem k současnému onemocnění, pacient nebyl schopný se sám obléci. Pro pacienta a ošetřování bylo výhodnější použít nemocniční košili (tzv. anděl), která má zapínání zezadu.

#### **4.3.7 Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí**

Pacient neudával jakékoliv problémy s udržováním teploty před přijetím do nemocniční péče.

Během hospitalizace byl pacient afebrilní. Jeho teplota se pohybovala 36,1 °C až 36,6 °C. Pacient byl oblečen v košili a přikryt přikrývkou. K pití dostával teplý čaj anebo vlastní vodu, která nebyla chlazená.

#### **4.3.8 Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochranně pokožky**

V domácím prostředí byl pacient plně soběstačný. Obvykle se koupal 2x týdně a to ve středu a v sobotu. Koupe se převážně v dopoledne. Mimo tyto dny se pravidelně sprchoval. Pacient je zvyklý denně se ráno holit. Kůži má spíše suchou, kterou neošetřuje.

Při postižení dominantní poloviny těla byla vyloučena sebepéče v těchto oblastech. Pacient se nezvládl umýt sám anebo upravit a vyžadoval pomoc. Po přípravě pomůcek a podání žínky byl schopen umýt si obličej levou rukou. Více nezvládal. Proto byla nutná intervence ze strany sestry. Podle Hodnocení rizika vzniku dekubitu dle Nortonové (viz příloha č. 2) s výsledkem 20 bodů měl zvýšené riziko vzniku dekubitu Pacient měl plenkové kalhoty, během dopoledne byl zacévkován.

Pacient měl sebou v nemocnici vlastní holicí strojek. Jeho použití avšak sám plně nezvládal. Dále nezvládal se sám učesat levou rukou.

Pacient vlastnil horní zubní protézu, o kterou je třeba také pečovat po každém jídle. Pacient neměl u sebe žádné čistící tablety a sám nezvládal péči o dutinu ústní. Standardem na tomto oddělení je, že každý pacient má u lůžka dezinfekční roztok k vypláchnutí dutiny ústní.

#### **4.3.9 Pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých**

Pacient neměl před hospitalizací problémy s chůzí. Dříve byl operován pro šedý zákal, čímž se jeho zrak zlepšil. Brýle používá pouze při čtení. U sluchu neudával žádné problémy.

Před ránem byl pacient agitovaný a zmatený, při tom si vytrhl peramentní žilní katétr. To mohlo být způsobeno změnou prostředí (zejména prostředí jednotky intenzivní péče), zhoršením stavu a také časně ranní vstávání pacienta. Při mé péči pacient nejevil žádné známky zmatenosti či agitovanosti. Sám se mi ráno omlouval za tuto situaci, k níž byl kritický. Chápal důvod hospitalizace a přijal léčebný režim.

U pacienta bylo riziko pádu, vzhledem k onemocnění. Pacient nebyl schopný se postavit díky pravostranné paréze a nebyl schopný chodit.

#### **4.3.10 Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů, obav**

Pacient žije s manželkou v jednom bytě. Spolu mají mnoho známých, kteří jej navštěvují. Někteří z nich i v nemocnici.

Čtvrtý den (neděle) hospitalizace na standardním oddělení došlo ke zhoršení stavu, kde se vyskytla nově fatická porucha. Po přeložení na jednotku intenzivní péče tato porucha vymizela. V pondělí brzo nad ránem byl pacient agitovaný a zmatený, což zhoršilo komunikaci. Od rána byl pacient komunikativní a vždy vyhověl výzvě, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolil. Sám informoval, pokud bylo něco v nepořádku, a sám se aktivně dožadoval péče.

#### **4.3.11 Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry**

Pacient je vyznáním katolík, avšak kostel navštíví pouze jednou ročně na vánoční mši.

Při dotazu na spirituální péči ji zásadně odmítl.

#### **4.3.12 Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti**

Dnes je pacient starobní důchodce. Dříve pracoval jako strojvedoucí na šachtě Družba. Vlaky má velmi rád, často je pozoruje oknem ze svého bytu, který je blízko vlakové dráhy.

Právě probíhající akutní onemocnění minimalizuje jakoukoliv produktivní činnost.

#### **4.3.13 Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách**

V domácím prostředí rád poslouchá rádio, čte knihy a nejvíce sleduje televizi, u které tráví nejvíce času. Rád se navštěvuje spolu s manželkou své známé. Ti za ním pravidelně docházeli na návštěvy a dělaly mu společnost.

Pacient měl u sebe mp3 přehrávač, s jehož pomocí poslouchal většinou rádio, nebo nahranou hudbu. Návštěvy mu přinesly i pár časopisů. Po většinu doby hospitalizace se snažil odpočívat.

#### **4.3.14 Pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti**

Pacient se ve svých sedmi letech přestěhoval z Německa do Čech. V Německu dokončil první třídu základní školy. To je nejvyšší vzdělání, kterého dosáhl.

Během hospitalizace byl poučen lékařem o průběhu léčby a dalšího postupu. Byly mu vysvětleny důvody prováděných vyšetření. Pacient se aktivně ptal na důvody zavedení katétru a aplikace léků a o jejich účinku.

#### ***4.4 Seznam ošetrovatelských diagnóz ke 2. dni hospitalizace***

Deficit sebepéče z důvodu snížení hybnosti pravé poloviny těla

Akutní bolest z důvodu nevyprázdnění střev

Riziko pádu z důvodu aktuálního stavu

Riziko krvácení z probíhající antiagreganční léčby

Riziko vzniku dekubitu z připoutání na lůžko

Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení CŽK a PMK

Riziko vzniku hypoglykémie a hyperglykémie z důvodu celkového stavu

## **4.5 Krátkodobý ošetrovatelský plán**

### **4.5.1 Deficit se péče z důvodu probíhajícího onemocnění**

#### **Cíl**

- Pacient bude mít možnost se najíst a napít pokud to léčebný režim dovolí.
- Pacient bude mít čistou pokožku a promazanou kůži a bude mít možnost se zapojit do hygienické péče.
- Pacient bude oblečený.
- Pacient bude oholený a učesaný.
- Pacient bude mít čistou zubní protézu a vypláchnutá ústa.
- Pacient bude vymočený a při potřebě mít možnost se vyprázdnit.
- Pacient bude zapojený v základní péči.

#### **Intervence**

- Noční stolek bude u pravé strany postele
- Uložení věcí na stolku po dohodě s pacientem
- Podávání tekutin ve speciálním hrnku s otvorem ve víku, anebo pomocí brčka
- Tekutiny budou u lůžka nadosah levé ruky
- Příprava jídla k lůžku – namazat chleba, nakrájet jídlo, otevřít přesnídávku, přidat lžici a vidličku
- Dopomoc pacientovi při jídle
- Vykonání hygienické péče na lůžku
- Promazat kůži zad kafrovou mastí
- Promazání pat olejíčkem

- Při celkové koupeli na lůžku pacienta maximálně zapojit
- Pacienta obléct do nemocniční košile (anděl)
- Učesat vlasy
- Oholit pacienta
- Očistit zubní protézu, vypláchnout ústa
- V případě potřeby poskytnout podložní mísu
- Pomoc pacientovi v použití podložní mísy
- Kontrola funkčnosti močového katétru

### **Realizace**

Pacient byl přijat na oddělení pro prekolapsový stav a zhoršení tíže parézy. Pacient byl paretický na pravé polovině těla, která je pacientovou dominantní stranou. S tímto souvisí deficit v sebeděči.

Věci na nočním stolku byly uspořádány spolu s pacientem, aby mu byly na dosah levé ruky z důvodu parézy pravé ruky. Noční stolek byl na pravé straně postele, čímž byl lepší přístup pacientovi k věcem.

Kelímek s pitím byl nejvíce na dosah levé ruky pacienta. Během rána stačil vypít 400 ml čaje (dva hrnečky). Pacient dostával hořký čaj díky diabetické dietě. Preferoval spíše hrneček s víčkem, v kterém je otvor pro napití, před brčkem. Takto bylo méně pravděpodobné, že by došlo k znečištění lůžka.

Pacient zvládl jíst sám po poskytnutí a přípravě jídla a posazení v lůžku. Nejdříve jsem mu pomohla posadit se pohodlně v lůžku. Po domluvě s pacientem jsem mu namazala chléb sýrem, tento úkon pacient sám nezvládal. Na stolku měl připraven talíř s namazaným chlebem a pitím v dosahu levé ruky. Použila jsem také podložku k ochraně před znečištěním pacienta a lůžka. Snědl celý chléb a vypil jeden hrnek hořkého čaje.

Pacient zbytek dne nic nejedl ani nepil, kvůli vyšetření bolesti břicha a podezření na ileus. Tekutiny byly zajištěny infuzní terapií, kterou měl pacient dříve naordinovanou.

U pacienta veškeré aktivity péče byly prováděny na lůžku. Před hygienou jsem si připravila všechny potřebné věci k lůžku a zajistila soukromí pomocí závěsu. Na tomto oddělení, každá postel má pro pacienty vlastní košíky s pomůckami, které jsou potřeba k základní péči. Jsou velmi dobře vybaveny, a zaručují individuální použití pomůcek. Při hygieně se pacient zapojoval při mytí pravé horní části těla zejména obličej a krku. Více nebyl schopen. Zbytek jsem prováděla sama. Během koupele jsem si všímala stavu pokožky, která byla suchá mimo zad, které byly mírně proleželé. Po umytí horní poloviny těla jsem ihned oblékla pacienta do nemocniční košile se zapínáním vzadu. Nejdříve jsem oblékla pravou horní končetinu a následně za pomoci pacienta i levou. Košili jsem zatím nechala vzadu rozepnutou. Během toho jsem mu vysvětlovala důvod, proč nejdříve oblékám pravou, zatímco mi pacient nabízel nejprve levou. Poté jsem umyla dolní části těla. Zada jsem promazala po domluvě s pacientem kafrovou mastí a zavázala košili. Olejíčkem jsem promazala paty, které jsou více náchylné k popraskání. Zbytek těla pacient nechtěl ničím mazat. Pak jsem učesala vlasy, jak je obvykle nosí. Pacienta jsem oholila jeho elektrickým strojkem. Poté jsem mu vyčistila zubní protézu. Za pomoci si vypláchl dutinu ústní, kterou jsem vyčistila od povlaků pomocí štětiček. Po hygieně byl pacient unavený.

Poslední stolice byla před pěti dny ráno v den, kdy byl přijatý do nemocnice. Od té doby nebyl na stolici. Dopoledne si stěžoval na bolesti břicha. Na základě lékařovy ordinace jsem aplikovala glycerinový čípek do konečníku, který pacient neudržel v sobě. Následně byl vyšetřen USG a následně CT. U pacienta bylo chirurgické konzilium. Podala jsem ordinovanou jednu ampuli Deganu intravenózně. Poté došlo k hojnému vyprázdnění. Zácpa byla způsobena imobilizací pacienta v lůžku. Poskytla jsem podložní mísu čtyřikrát během zbytku mé služby. Pacient se dostal na mísu převalením z boku. Zvláštní péči jsem věnovala okolí konečníku. To jsem ošetřovala ochranným krémem

Menalind. Pacient měl strach ze znečištění lůžka, proto po domluvě s ním jsem použila plenkové kalhoty a podložku.

Pacientovi byl zaveden permanentní močový katétr. Z katétru odtékala světle žlutá moč bez příměsí. Během polohování jsem dávala pozor, aby nedošlo k uskřínutí katétru.

### **Hodnocení**

Pacient byl schopný podat si věci z nočního stoku. Byl zapojený v péči a částečně se aktivně na ní podílel. Měl k dispozici dostatek tekutin. Po přípravě jídla byl schopný se najíst sám. K snídani snědl celý chléb namazaný sýrem a vypil hrnek čaje. Během rána vypil ještě jeden hrnek hořkého čaje. Pacient dále nepil a neobědval díky podezření na ileózní stav. Příjem tekutin byl zajištěn infuzní terapií. V osobní hygieně se snažil zapojovat. Z velké části jsem ji prováděla sama. Pacient měl promazaná záda a paty. Pacient byl čistý, učesaný a oholený. Bylo postaráno o zubní protézu a dutinu ústní. Díky imobilizaci v lůžku došlo k zácpě, ke které je pacient náchylnější. Pacient mohl vyprázdnit stolicí na lůžku. Díky permanentní močové katetrizaci byl pacient vymočený.

#### **4.5.2 Akutní bolest z důvodu nevyprázdnění střev**

##### **Cíl**

- Vyprázdnění střev
- Pacient bude schopen sledovat bolest
- Zmírnění bolesti

##### **Intervence**

- Budu sledovat intenzitu a charakter bolesti dle stupnice VAS
- Pohybová aktivizace pacienta na lůžku
- Podám ordinovanou medikaci lékařem
- Pomůžu pacientovi s vyprázdněním střev poskytnutím podložní mísy



## **Realizace**

Pacient měl bolesti břicha. Nejprve jsem mu vysvětlila, jak má bolest ohodnotit pomocí analogové škály bolesti VAS od 0 – 10 (žádná bolest – nevydržitelná bolest). Podle ní pacient udával intenzitu bolesti na stupnici 3. Pacientovi jsem podala léky pomáhající k defekaci. Pacientovi jsem podala na ordinaci ošetřujícího lékaře glycerinový čípek. Po následujících vyšetřeních (sonografie, CT, chirurgické konzilium), kde došlo pohybu pacienta, a podání jedné ampule Deganu i.v., dle ordinace chirurgického konzilia, pacient hojně vyprázdnil střevo několikrát během odpoledne. S odchodem stolice pacient popisoval úlevu od bolesti a podle analogové škály bolesti tudíž na 0. Pacientovi jsem poskytla podložní mísu k defekaci a následně ošetřila pokožku v okolí řitního otvoru jako prevenci komplikací. Pacient byl polohován každé dvě hodiny pomocí polohovacích pomůcek. Dvakrát za den byl navštíven fyzioterapeuty, kteří s pacientem cvičili na lůžku.

## **Hodnocení**

Bolest souvisela čistě se zácpou. Podle měření analogové škály bolesti ze stupně 3 došlo ke změně na stupeň 0. U pacienta byla provedena tato vyšetření kvůli předešlé operaci tumoru střev, kvůli vyloučení příčiny s tím související. Protože u pacienta je stolice spíše zácpovitá, měla by být nadále sledována její četnost a pravidelnost. Zároveň by měl být upraven režim pacienta aktivizací a stravou. Pacientovi byly podány všechny ordinace ošetřujícího lékaře.

### **4.5.3 Riziko pádu z důvodu aktuálního stavu**

#### **Cíl**

- Minimalizace vzniku pádu.
- Pacient bude poučený o svém pohybovém režimu.

#### **Intervence**

- Pacient bude mít zvednuté zábrany u lůžka a bude chápat jejich význam

- Převoz pacienta na vyšetření v lůžku
- Přesun pacienta v dostatečném počtu personálu z lůžka na vyšetřovací stůl
- Pacient bude znát a chápat svůj pohybový režim
- Dopomoc pacientovi s polohou a posazováním v lůžku

### **Realizace**

Na tomto oddělení všichni přijatí pacienti automaticky spadají do rizika pádu, díky onemocněním postihujícím centrální nervovou postavu. U pacientů není žádné označení rizika pádu. Dle ordinace lékaře byl nařízen klid na lůžku, o kterém pacient věděl a chápal. Pacient měl po většinu času zvednuté zábrany, které jsou součástí lůžka. Pro lepší přístup jsem je dávala dolů pouze na potřebnou dobu. Na vyšetření byl pacient převážen na lůžku. S pacienty vždy jezdí na vyšetření ošetřující sestra spolu se sanitářem, anebo jinou sestrou ve službě. Na CT vyšetření byl přesunut na stůl přístroje pomocí rollbolu ve čtyřech lidech.

Pacientovi jsem vysvětlila, že nesmí vstávat sám z lůžka. To sám nezvládal díky vlastnímu stavu. Pacient byl posazován v lůžku ke snídani, za pomoci ošetřovatelského personálu. O důvodu zábran byl informován už při přijetí a chápal jejich význam.

### **Hodnocení**

U pacienta nedošlo během mého ošetřování k pádu. K jídlu byl posazen za pomoci. Pacient byl převážen v lůžku na veškerá vyšetření. Věděl o svém pohybovém režimu a dodržoval jej.

#### **4.5.4 Riziko krvácení z probíhající antiagreganční léčby**

##### **Cíl**

- Včasné vypořádání krvácejících projevů.
- Minimalizace krvácení po výkonech narušujících integritu kůže.

## **Intervence**

- Sledování krevního tlaku, pulsu
- Sledování celkového vědomí
- Kontrola výsledků koagulace
- Sledování projevů krvácení na kůži
- Dostatečná komprese místa vpichu při odběru krve a po periferní žilní kanylaci.
- Případné významné změny hlásit lékaři

## **Realizace**

Pacientovi byla naordinovaná antikoagulační terapie, Fraxiparine 0,3 mg tbl. 2x denně a Trombex 75 mg tbl. 1x denně, vzhledem k ischemickému typu CMP, čímž bylo zvýšené riziko krvácení.

Krevní tlak a puls byl monitorován každou hodinu pomocí monitorovacího zařízení. Krevní tlak byl přes den okolo 140/75 mmHg. Vyšší tlak je v akutní fázi u ischemických cévních mozkových příhod žádoucí, kvůli lepší perfuzi krve mozem. Horní hranice TK byla akceptovaná u tohoto pacienta až 180/100 mmHg spodní hranicí byly hodnoty 110/50. Na tyto hodnoty byl nastaven alarm monitorovacího zařízení. Puls se pohyboval v rozmezí 80 – 70 pulzů za minutu. Hodnoty výsledků vyšetření související se srážlivostí krve: INR bylo 1,05, jeho fyziologické hodnoty jsou v rozmezí 0,8 – 1,2. Dalším koagulačním vyšetřením ukazujícím na srážlivost krve bylo APTT s výsledkem 37,1. Fyziologickým rozmezím APTT je 25,0 – 40,0. Tyto hranice jsou nastaveny laboratoří nemocnice, kde byl pacient hospitalizován.

Během ranní hygieny jsem kontrolovala celkový stav pokožky a projevy krvácení anebo poškození kůže. Všimla jsem si případných modřin a krvácejících ranek. Po celou dobu mé služby jsem si všimla pacientovo vyjadřování a vědomí, které by mohlo být změněno kvůli krvácení.

Pacient měl druhý den zavedenou permanentní žilní kanylu, kterou si vytáhnul během agitovanosti. Byla mu zavedena nová do předloktí levé horní končetiny. Při vytrhnutí kanyly si pacient strhl kůži o velikosti 1cm x 1 cm spolu s náplastí. Z rány tekla krev, proto jsem ránu kryla pomocí tampónu pevně přilepeného náplastí a doporučila pacientovi, aby ji chvíli stlačoval levou rukou. Zároveň jsem mu vysvětlila, že to pomůže k rychlejšímu zastavení krvácení. To pomohlo zastavit krvácení. Odpoledne jsem tampón sundala a ošetřila ránu Novikov roztokem, rána už dále nekrvácela. Kontrolovala jsem místo vstupu nové PŽK pro případné krvácení. Na 13.00 hodinu měl pacient naordinované odběry iontů na statim. Po odběru bylo místo opět stlačeno, aby došlo k minimalizaci krvácení a vzniku hematomu.

### **Hodnocení**

U pacienta nedošlo k výrazné změně krevního tlaku a pulzu způsobené krvácením. Výsledky krevního séra na koagulaci byly v normálním fyziologickém rozmezí. Pacient měl krvácející ránu o velikosti 1 cm x 1 cm, z které krvácel. Toto krvácení se mně podařilo zastavit. Z vpichu nového žilního katétru netekla žádná krev. Po odběru pacient nekrvácel a neměl modřinu.

#### **4.5.5 Riziko vzniku dekubitu z připoutání na lůžko**

##### **Cíl**

- Snížení rizika vzniku dekubitu.
- Včasné rozpoznání vzniku dekubitu.

##### **Intervence**

- Polohování každé 2 hodiny
- Použití aktivní antidekubitární matrace v lůžku
- Péče o pokožku promazáváním
- Dostatečná hygiena kůže a péče v predilekčních místech

- Pacient bude mít dostatek tekutin
- Pacienta obléknu do čistého a suchého prádla

### **Realizace**

Z důvodu upoutání na lůžku a omezení pohyblivosti je u pacienta riziko dekubitů. Pacient byl polohován každé dvě hodiny, postupně na levý bok, pravý bok a záda. Během polohování byly použity polohovací pomůcky. Pravá horní končetina byla vždy nepolohována do elevace. Pacientova kůže byla ošetřena po celkové hygieně. V oblasti zad jsem pacienta promazala Kafrovou masťou a paty olejčkem, kde jsou predilekční místa vzniku proleženin. Během toho se zlepšil zároveň prokrvení kůže. Také jsem věnovala pozornost uložení pernanentního močového katétru, kdy při jeho stlačení na kůži může vzniknout zároveň poškození kůže.

Jedním rizikovým faktorem vzniku dekubitu je dehydratace. Ta lze ovlivnit podáním tekutin pacientovi. Pacient vypil za ráno 400 ml, dále měl zákaz přijímat potravu per os. Avšak příjem tekutin byl zajištěn infuzní terapií Plasmalytu 1000 ml a Ringerfundinu 1000 ml. Celkový příjem tekutin za pondělí byl 2500 ml, zatímco výdej tekutin je neobjektivně změřitelný: 1000 ml výdej moče přes PMK a pomočení do plenkových kalhot.

Ráno jsem převlékla celé ložní prádlo do jednorázového povlečení, vzhledem nedostatku prádla na oddělení. Během dopoledne bylo přivezeno nové čisté látkové povlečení na lůžko. Postel byla následně převlečená z jednorázového povlečení vzhledem k nevhodnosti a nepříjemnému pocitu ze strany pacienta. Pacienta jsem oblékla do nové noční košile už během hygieny. Po zbytek koupele na lůžku jsem dávala pozor, aby nedošlo k znečištění čistého prádla. V lůžku byla použita aktivní antidekubitární madrace.

### **Hodnocení**

Nebyly zaznamenány žádné projevy vznikajícího dekubitu. Kůže byla promazána hlavně v predilekčních místech vzniku proleženin. Byl zajištěn přísun dostatek tekutin během dne. Pacient byl v suchém a čistém prádle.

#### **4.5.6 Riziko infekce z důvodu zavedení PŽK a PMK**

##### **Cíl**

- Včasné vypořádání příznaků vzniku infekce
- Minimalizace vzniku infekce z PŽK a PMK

##### **Intervence**

- Aseptický přístup k invazivním vstupům jako prevence vzniku infekce
- Kontrola místa vpichu a jeho okolí u PŽK a místa zavedení PMK.
- Převaz PŽK a výměna dětského setu jednou za tři dny
- Péče o vstup v místě zavedení PMK
- Výměna sběrného sáčku na moč jednou za 24 hodin
- Průběžná kontrola funkčnosti katétrů, při nevyužití minimálně 1x denně
- Sledování celkové tělesné teploty
- Sledování subjektivních příznaků vznikající infekce, informovat pacienta, aby případné změny hlásil sestře

##### **Realizace**

Ke všem invazivním vstupům byl dodržen aseptický přístup během manipulace s nimi. V okolí vpichu CŽK a vstupu PMK nebylo objektivních známek infekce.

U pacienta byl zaveden nový permanentní žilní katétr do levé horní končetiny, tudíž nebyla potřeba převazu. Následující převaz by měl být proveden až ve středu 15. 12, pokud nebude potřeba dříve. Kanyla byla průběžně používána k infuzní terapii a aplikaci intravenózních léků. Během proplachování kanyly a aplikace léků či infuzních roztoků jsem se ptala pacienta, co pociťuje během jejich aplikace do žilního řečiště.

Pernamentní močový katétr byl taktéž nově zaveden. Dávala jsem pozor na uskřínutí cévky, mohlo by dojít ke stagnaci moči a následně vzniku infekce. Kontrolovala jsem vstup PMK, který nebylo potřeba ošetřit. Za pondělí odvedl 1000 ml, což není objektivní, vzhledem k vymočení do plenkových kalhot před zavedením močového katétru.

Pacientovi jsem řekla, aby se kdykoliv obrátil na mě anebo ošetřující personál, kdyby došlo ke změnám anebo nově vzniklým nepříjemným pocitům v místech zavedení. Zároveň jsem zjišťovala, zdali nepociťuje jakékoliv subjektivní příznaky, jako je pálení bolest, řezání v místě a okolí zavedených katétrů. Pacient byl afebrilní.

### **Hodnocení**

Pacient nejevil známky infekce a neudával subjektivní příznaky týkající se jejího vzniku. Ke všem vstupům byl zachován aseptický přístup během manipulace s nimi. Převazu nebylo třeba, díky novému zavedení PŽK. Ze stejného důvodu tento den nedošlo k výměně močového sáčku u PMK. Pacient věděl, že jakékoliv změny má sdělit ošetřujícímu personálu.

#### **4.5.7 Riziko vzniku hypoglykémie a hyperglykémie z důvodu celkového stavu**

##### **Cíl**

- Včasné vyzorování příznaků začínající hypoglykemie a hyperglykémie

##### **Intervence**

- Sledování výsledků glykémie
- Sledování celkového stavu pacienta a příznaků začínající hypoglykemie a hyperglykemie
- Zajištění a podání diabetické stravy, pokud to stav dovolí
- Podání lékařem naordinovaných perorálních antidiabetiky

## **Realizace**

Pacient se léčí od roku 1995 na diabetes mellitus 2. typu. Vzhledem k onemocnění hrozí vznik komplikací hypoglykémie anebo hyperglykémie. U pacienta je sledována glykémie 4x denně (ráno, poledne, večer a v 22.00 hodin). Ta se pohybovala od 3,79 až 6,21, které nejsou příliš znepokojující. Pacient tvrdil, že mírné zvýšení glykémie je normální a nedělá mu problémy. Podle místní laboratoře jsou fyziologické hodnoty 3,5 – 5,9. Pacient pouze snídal, kvůli podezření na ileózní stav. Druhý den už mu byla podána diabetická dieta. O diabetické dietě a jejím režimu věděl a nebylo třeba edukace. Byl mu dle ordinace lékaře podán Glucobene 3,5 mg a Siofor 500 mg per orálně. Při kontaktu jsem nepozorovala a ani sám pacient neudával žádné změny týkající se vznikající hypoglykémie nebo hyperglykémie.

## **Hodnocení**

Pacient byl sledován a nedošlo k hypoglykémii ani hyperglykémii. Byly mu podány veškeré ordinace lékaře a hodnoty byly v normě až mírně zvýšené.

### ***4.6 Dlouhodobý plán péče***

Pacient bude nadále hospitalizován na jednotce intenzivní péče s vidinou zatím nejasné prognózy v průběhu pondělního dne, kdy jsem pacienta ošetřovala. Během následujícího pobytu v nemocnici by měla být dokončena diferenciální diagnostika a pokračování léčby.

Vzhledem k typu cévní mozkové příhody a nastaveného léčebného režimu došlo k postupnému zlepšení stavu. Po propuštění z intenzivní péče bude pacient přeložen ke konci týdne na standardní neurologické oddělení pro další observaci a pokračování rehabilitační péče. Po ukončení hospitalizace je vhodný pobyt v rehabilitačním zařízení nejlépe specializovaném na stavy po cévních mozkových příhodách anebo propuštění do domácí péče s rehabilitací.

Následná dlouhodobá ošetřovatelská péče vychází z krátkodobé. U pacienta byla nastavena kontinuální rehabilitační péče, kterou vedli fyzioterapeuti. Ti za pacientem nadále docházeli dvakrát denně. Už na jednotce intenzivní péče



pacient obešel postel za pomoci během rehabilitace. Hybnost pravé poloviny těla postupně regredovala. Během mého ošetřování byl pacient zapojen do sebeděče. Postupně se do ní zapojoval. Pacient byl schopný vykonat hygienu horní poloviny těla, po poskytnutí pomůcek k lůžku a minimální pomoci. K jídlu byl posazený v lůžku s nohama z postele. Přípravu samotného jídla byl schopný zvládat sám. Ze strany personálu byla pouze příprava stolku a pomoc s posazením na posteli. Nohy byly podloženy bedničkou a záda mírně opřena o složený polštář. Pacient měl nadále zaveden permanentní močový katétr i permanentní žilní katétr kvůli pokračující infuzní terapii, s čímž souvisí péče zaměřená o jejich funkčnost a sledování vzniku potenciálních komplikací. Pacient nadále neudával jakékoliv bolesti. U pacienta bylo podezření na ileózní stav, který se upravil. A po vyprázdnění stolice neudával žádné bolesti ani problémy s tím spojené. Proto pacient mohl už v úterý jíst a pít. Dieta byla diabetická kašovitá. Avšak bude potřeba věnovat pozornost k vyprazdňování stolice. Aby se tento stav opět neopakoval. Pacient by měl dostatečně pít a jíst. Jako prevence by mohla být aktivizace na lůžku a poskytnutí podložní mísy vždy ráno před ranní hygienou, aby došlo k defekačnímu reflexu. Pacient je totiž zvyklý vyprazdňovat stolici ráno. Byl informován průběžně lékařem o postupu léčby a ošetřování. V souvislosti s antiagreganční léčbou byly nadále sledovány projevy krvácení. A věnována pozornost krvácení po odběrech krve.

Pacient a jeho rodina ví, o rizikových faktorech a jak mají reagovat při vzniku nové CMP. Už z dřívější zkušenosti znal příznaky při vzniku iktu. Vznik nově vzniklé CMP je signalizován:

- Náhle vzniklou slabostí bez zjevné příčiny
- Ztrátou citlivosti tváře nebo končetiny („mravenčení“) a neschopností dobře je ovládat
- Zmateností, dezorientací, poruchou vnímání (problémy mluvit a někdy i rozumět)
- Potížemi s chůzí, rovnováhou a pohybem spolu s pocitem závratě
- Změněné smyslové vnímání (teplo, bolest, změna visu,...)
- Náhlou bolestí hlavy, někdy ztuhnutím krku

- Ztrátou hybnosti a citlivosti jedné až více končetin

#### ***4.7 Psychologický pohled na pacienta***

Pacient v pondělí ráno byl agitovaný a zmatený. Důvodem mohla být změna prostředí spolu se zhoršením celkového stavu. Při mém příchodu byl pacient klidný a omlouval se mi za předešlé události, při nichž jsem nebyla přítomna. Uklidnila jsem ho a začala jsem postupně s ním pracovat.

Pacient celou dobu spolupracoval a věděl, že se může na mě kdykoliv obrátit. Na otázky mnou kladené vždy reagoval odpovědí. Byl zvědavý a sám se snažil postupně zapojovat do sebekpéče, pokud mu síly stačily. Pokud jsem něco vysvětlovala tak většinou pochopil napoprvé, co po něm žádám. Ke svému stavu přistupoval zpočátku odmítavě, ale postupně se zlepšujícím se stavem a vyhlídkou na zlepšení jej spíše akceptoval. Spolupracoval s rehabilitačními pracovníky a doporučené cviky sám párkrát během dne zkoušel.

Dlouhou chvíli v nemocnici si zkracoval posloucháním rádia nebo písni pomocí mp3 přehrávače. V odpoledních hodinách měl návštěvy, které pacientovi zvedly náladu. Vzhledem k hospitalizaci na jednotce intenzivní péče, kde je hodně rozruchů, byl pacient celkem vyrovnaný a přizpůsobivý.

## 5 Závěr

V této bakalářské práci jsem se věnovala případové studii u pacienta postiženého cévní mozkovou příhodou hospitalizovaného na neurologické jednotce intenzivní péče.

Teoretickou část jsem věnovala anatomii a fyziologii cévního zásobení mozku, charakteristice onemocnění, patofyziologií, klinickými příznaky a léčbou. V následující části popisuju průběh druhého dne hospitalizace na jednotce intenzivní péče. V závěru této části je popsán následující vývoj onemocnění.

V ošetrovatelské části jsem popsala ošetrovatelský proces, za jehož pomoci sestry pracují. Následuje humanistický model Teorie základní ošetrovatelské péče Virginie Henderson, podle kterého jsem zpracovala anamnézu pacienta. Následuje seznam ošetrovatelských diagnóz a po nich krátkodobý plán ošetrovatelské péče. To vše ke druhému dni hospitalizace. V bakalářské práci se dále věnuji dlouhodobému ošetrovatelskému plánu, který je možný vzhledem ke stavu pacienta. V závěru ošetrovatelské části práce jsem shrnula psychologický pohled na pacienta vzhledem k hospitalizaci.

Na konci práce jsou seznamy citované literatury a bibliografie. Následuje seznam použitých zkratk v této bakalářské práci. V práci jsou zařazeny přílohy, jež obsahují obrázky a použité hodnotící škály.

## Seznam použité a citované literatury

1. **Berlit, Peter.** *Memorix neurologie.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 978-80-247-1915-3.
2. **Vácha, Jiří.** Patofyziologie nervové soustavy. [autor knihy] Kateřina Kaňková. *Patofyziologická fyziologie pro bakalářské studijní programy.* Brno : Masarykova univerzita, 2009, 20.
3. **Staňková, Marta.** Měření soběstačnosti. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 6 Hodnocení a měřící tchniky v ošetrovatelské praxi Ediční řada - Praktické příručky pro sestry.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006.
4. **Staňková, Marta.** *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ Jak provádět ošetrovatelský proces, Ediční řada - Praktické příručky pro sestry.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 80-7013-283-3.
5. **Slezáková, Lenka et al.** Ošetrovatelský proces u klienta s cévní mozkovou příhodou. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2007.
6. **Seidl, Zdeněk a Obenberger, Jiří.** *Neurologie pro studium i praxi.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 80-247-0623-7.
7. **Seidl, Zdeněk.** *NEUROLOGIE pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 978-80-247-2733-2.
8. **Pavlíková, Slavomíra.** *MODELÝ OŠETŘOVATELSTVÍ V KOSTCE.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 80-247-1211-3.
9. **Nejedlá, Marie, Svobodová, Hana a Šafránková, Alena.** *Ošetrovatelství IV/4.* Praha : INFORMATORIUM, spol. s r. o., 2004. 80-7333-032-6.
10. **Kalvach, Pavel et al.** *Mozkové ischemie a hemoragie.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 978-80-247-2765-3.
11. **Henderson, Virginie.** *Základní principy ošetrovatelské péče.* místo neznámé : Výbor pro ošetrovatelské služby Mezinárodní rady sester, 1961. str. 3.
12. **Dylevský, Ivan.** *Anatomie a fyziologie člověka.* Olomouc : Nakladatelství EPAVA, 1998. 80-901667-0-9.
13. **Česká republika.** *Koncepce ošetrovatelství. Věstník č. 9 Ministerstva zdravotnictví.* 2004, 9, s. 2-8.

## Seznam zkratek

a.	arteria
aa.	arterie (tepny)
ACA	arteria cerebri anterior
ACI	arteria carotis interna
ACM	arteria cerebri media
ACP	arteria cerebri posteriores
ADL	aktivita daily living (všední činnosti)
CMP	cévní mozková příhoda
Cl	chlor
CT	výpočetní tomografie (computer tomography)
DI	dokončený iktus
DUSg	dopplerovská ultrasonografie
dx.	dexter; pravý
EEG	elektroencefalograf
i.v.	intravenózně
JIP	jednotka intenzivní péče
K	draslík
mg	miligramů
Na	sodík
PAD	perorální antidiabetika
PET	pozitronová emisní tomografie
PI	progredující iktus
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	permanentní žilní katétr
TIA	transientní ischemická ataka

RIND reverzibilní ischemický neurologický deficit

v. véna

vv. vény

(žíly)

## **Obrázky a přílohy**

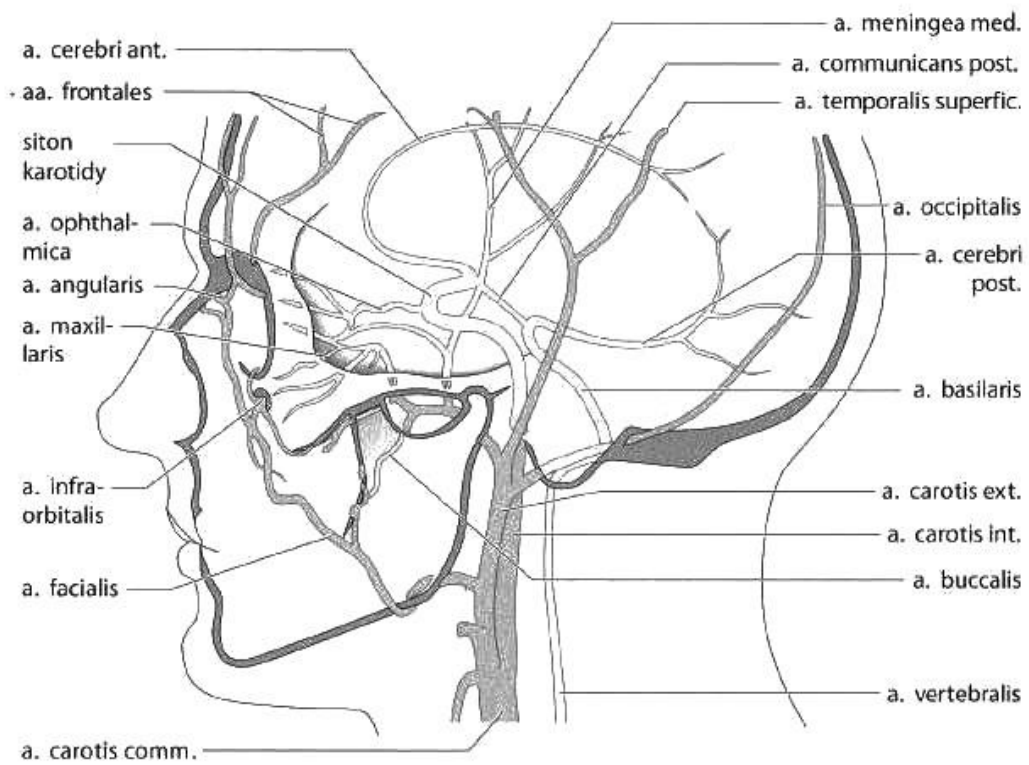
### ***Seznam obrázků***

- |        |  |
|--------|--|
| Obr. 1 | Cévní zásobní mozku                                      |
| Obr. 2 | Willisův okruh   |
| Obr. 3 | Cévní řečiště a. cerebri media                           |
| Obr.4  | Cévní řečiště a. cerebri anterior a a. cerebri posterior |

### ***Seznam příloh***

- |            |   |
|------------|---|
| Příloha 1. | Barthelův test základních všedních činností (ADL – activity daily living) |
| Příloha 2. | Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnic Nortonové            |

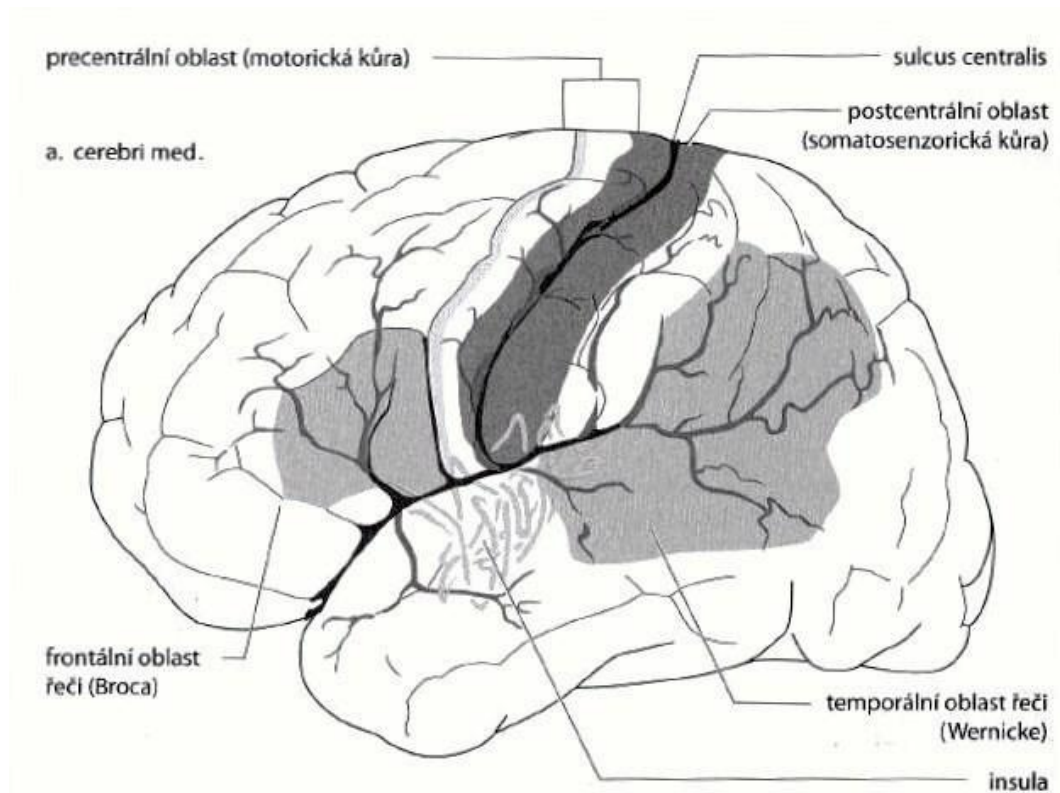
**Obr. 1 Cévní zásobení mozku**



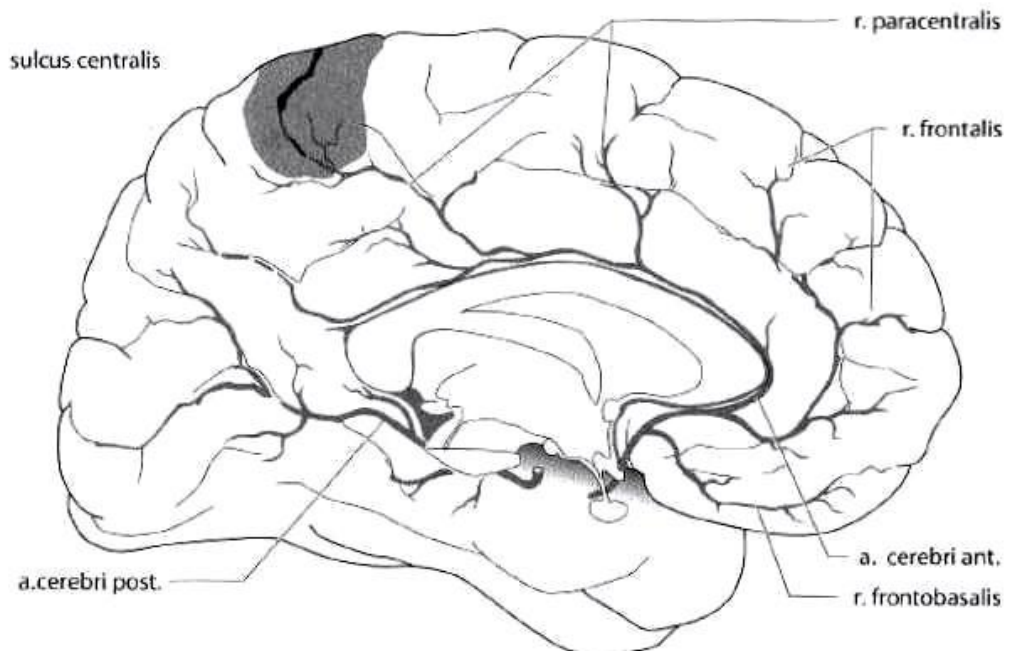
Zdroj: **Berlit, Peter.** *Memorix neurologie.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 978-80-247-1915-3.



Obr. 3 Cévní řečiště a. cerebri media



Obr.4 Cévní řečiště a. cerebri anterior a a. cerebri posterior



Zdroj obr. 3 a 4: **Berlit, Peter.** *Memorix neurologie.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 978-80-247-1915-3.

**Příloha č. 1****Barthelové test základních všedních činností (ADL – activity daily living)**

<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>
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
	Trvale inkontinentní	0
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. Přesun na 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
<b>Celkem</b>		<b>35</b>

Hodnocení stupně závislosti:

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

Příloha č. 2

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnic Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence moče	Aktivita
Úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 Úplná	4 není	4 Chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 Zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 Suchá	1	1 velmi špatný	1 Bezvědomí	1 Žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

\* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 1-3 bod.

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Celkové bodové hodnocení: 20 bodů

Datum: 13. 12. 2010

### Příloha č. 3

## Ošetřovatelský záznam Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK

### Ošetřovatelský záznam

---

Jméno a příjmení : *muž*

Věk : *73 let*

Vyznání : *katolické*

Povolání : *starobní důchodce*

Národnost : *česká*

Osoba, kterou lze kontaktovat : *manželka*

Oslovení : *pane a příjmení*

Datum přijetí : *9. 12. 2010 (na standardní neurologické oddělení); 12. 12. 2010  
přeložen na neurologickou JIP*

Hlavní důvod přijetí : *Cévní mozková příhoda*

Datum a kam propuštěn : *předpokladaný překlad na standardní neurologické  
oddělení*

Lékařská diagnóza:

- 1. CMP charakteru RIND v povodí ACI I. Dx. S levostrannou faciobrachiální  
parezou*
- 2. TIA ve VB povodí s těžkou kvadruparezou t. č. lehká pravostranná hemipareza*
- 3. Diabetes melitus 2. typu na PAD*
- 4. Arteriální hypertenze*

Jak je nemocný informován o své diagnóze? *Pacient byl plně informován lékařem*

Osobní anamnéza: *arteriální hypertenze, diabetes melitus na PAD, vředová  
choroba duodena, bilaterální katarakta, v roce 2008 iCMP, operace TU  
tlustého střeva v listopadu 2010*

Rodinná anamnéza: *bezvýznamná, sám pacient si přesně nevzpomněl*

Vyšetření *magnetická rezonance mozku, CT hlavy a břicha, DUSg karotid, US  
břicha, vyšetření krve na biochemii a hematologii, vyšetření moče na  
močovinu a sediment*

Terapie *Trombex 75 mg, Gopten 2 mg, Amlozek 5mg, Glucobene 3,5 mg, Atoris  
20 mg, Fokusin, Fraxiparine 0,3 mg, Siofor 500 mg*

Důležité informace o stavu nemocného: *pacient je hemiparetický na pravou  
stranu těla*

**Alergie :** jídlo ~~NE~~ **ANO** pokud ano, které *citrusy, mango, ananas*  
Léky ~~NE~~ **ANO** pokud ano, které.....  
Jiné ~~NE~~ **ANO** pokud ano, které.....

Nemocný má u sebe tyto léky : *Gopten, Amlozek, Siofor, Glucophage, Atoris, Tagren, Pentomer – schované na sesterně*

Je poučen, že je nemá brát      ANO ~~Ne~~  
Jak je má brát      ANO ~~Ne~~

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) *pacient byl brzo ráno zmatený a agitovaný. Při ranní hygieně a vizitě lékaře se omlouval za proběhlé události. Během mé služby byl při vědomí, orientovaný, klidný.*

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci...)  
*Bydlí s manželkou v bytě ve 2. patře. Má dvě dospělé děti. Spolu se známými se často navzájem navštěvují.*

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice ( k lékaři) ? *Pro ztrátu vědomí potížemi s pravou polovinou těla.*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *Souvisí s vysokým tlakem a cukrovkou*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *Ano, určitě, vzhledem k tomu že mam problémy s ovládním pravé poloviny těla.*
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? *Dojde ke zlepšení a budu moct pořádně hýbat s rukou a nohou.*
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? *Je to nutnost. Jako v nemocnici.*
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? *To záleží, jak se to všechno vyvine. Časově nevím, doufám v co nejkratší dobu.*
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? *Žiju s manželkou v bytě. Nemyslím, že by někdo byl na mě závislý. Nejspíš se manželce stýská.*
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? *Manželka.*
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? *Nevím.*
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? *Ano, přátelé už za mnou byli i manželka.*
11. Co děláte rád ve volném čase? *Poslech rádia, televize, návštěvy známých.*
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? *Co nejlépe, že budu zase použitelný.*

## 1. Pohodlí, odpočinek, spánek

### a) 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 *bolesti břicha, které zmizely, když jsem byl několikrát na stolici*

- Na čem je bolest závislá? *Byla kvůli stolici.*

- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? *Řekl jsem to sestře a ta doktorovi a on mi pomohl.*

- Došlo po naší léčbě k úlevě? **ÚPLNĚ** ~~Částečně~~ ~~Ne~~

- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *Dát mi nějaký lék proti bolesti.*

Hodnocení sestry : *Pacient měl bolesti z důvodu nevyprázdnění střev. Po jejich vyprázdnění už nepociťoval žádnou bolest.*

### b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?

**ANO** ~~Ne~~

pokud ano, upřesněte *U mě je to normální, brzo se budím. Jsem na to zvyklý.*

- Měl jste potíže i doma? **ANO** ~~Ne~~

- Usínáte obvykle těžko? ~~Ano~~ **NE**

- Budíte se příliš brzy? **ANO** ~~Ne~~

pokud ano, upřesněte *Velmi často jsem první vzhůru.*

- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? *Nevím, budím se pořád brzo.*

- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? *Koukám se před spaním na televizi.*

- Berete doma léky na spaní? **ANO** ~~Ne~~

pokud ano, které *Občas si vezmu Neurol od manželky.*

- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *Ano, po obědě si zdrímnu tak na hodinu až dvě.*

Hodnocení sestry: *Pacient se normálně budí dříve. Svoje problémy řeší pomocí Neurolu, který však, jak sám udává, neužívá pravidelně. Deficit spánku nahrazuje odpoledním zdrímnutím.*

## 2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám? ~~Ano~~ **NE**
- Potřebujete pomoc při umytí? **ANO** ~~Ne~~
- Potřebujete pomoc při čištění zubů? ~~Ano~~ **NE**
- Máte obvykle kůži **SUCHOU** ~~mastnou~~ **normální**
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť? *Nijak.*
- Potřebujete pomoc při koupání? **ANO** ~~Ne~~
- Kdy se obvykle koupete? **RÁNO** ~~odpoledne~~ ~~večer~~ **je to jedno**

Hodnocení sestry: *Pacient dříve nepotřeboval v domácím prostředí pomoc s koupelí. Vzhledem k onemocnění je tomto bodě nesoběstačný a vyžaduje pomoc. Pacient má suchou kůži, čímž je zvýšeno riziko dekubitu.*

## 3. Bezpečí

### a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? **ANO** ~~Ne~~  
pokud ano, upřesněte *Ted' nemůžu vstát a chodit.*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? **ANO** ~~Ne~~  
pokud ano, upřesněte *Občas bolest v levém kolenu.*
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? ~~Ano~~ **NE**  
pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? **ANO** ~~Ne~~  
~~Nevím~~  
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? *Nevím, jsem tu druhý den a uvidím, jak mi zde pomohou.*

### b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? **ANO** ~~Ne~~  
pokud ano, upřesněte *Nosím brýle na čtení a na dálku už vidím dobře díky operaci šedého zákalu.*
- Nosíte brýle? **ANO** ~~Ne~~  
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? *Nemám.*



### c) sluch

- Slyšíte dobře? ANO ~~Ne~~
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo? ~~Ano~~ NE
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? .....

Hodnocení sestry: *Pacient má problémy se stojem a chůzí vzhledem k onemocnění. Za pacientem budou docházet fyzioterapeuti. Pacient používá brýle pouze na blízko. Se sluchem problémy neudává.*

### 4. Strava/dutina ústní

- a) **Jak vypadá váš chrup?** DOBRÝ ~~vadný~~
  - Máte zubní protézu? HORNÍ ~~dolní~~ žádnou
  - Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? ~~Ano~~ NE  
pokud ano, upřesněte.....
  - Máte rozbolavělá ústa? ~~Ano~~ NE  
pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....
- b) **Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou?** ~~Ano~~ NE
  - pokud vyšší ( o kolik?) –
  - Pokud nižší ( o kolik?) 15 kg
- c) **Změnila se Vaše váha v poslední době?** ANO ~~Ne~~
  - pokud ano, o kolik kg jste zhubnul.....přibral 15kg
- d) **Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu?** ~~Ano~~ NE
  - Co obvykle jíte? *Sýry, marmelády.*
  - Je něco, co nejíte? ANO ~~Ne~~
    - Pokud ano, co a proč? *Luštěniny – nechutnají mi.*
  - Máte zvláštní dietu? ANO ~~Ne~~
    - Pokud ano, jakou? *Diabetickou dietu.*
    - Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? ANO ~~Ne~~
      - Pokud ano, upřesněte *Diabetickou dietu.*
      - Co by mohlo Váš problém vyřešit? *Nevím.*
    - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? ANO ~~Ne~~
      - Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? *Ano, protože ji mám už několik let.*

Hodnocení sestry: *Pacient má dobrý chrup, který mu nebrání v příjmu potravy. Vzhledem k operaci TU na tlustém střevě pacient zhubnul 15 kg. Pacient je už několik let na diabetické dietě, kterou zná.*

## 5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin , od té boby, co jste onemocněl?  
~~Zvýšil~~      ~~snížil~~      NEZMĚNIL
- Co rád pijete?  
VODU      ~~mléko~~      ~~ovočné šťávy~~  
KÁVU      ČAJ      ~~nealkoholické nápoje~~
- Co nepijete rád? –
- Kolik tekutin denně vypijete? *Málo, s manželkou máme skleničku na kuchyňské lince, kterou vypijeme a pak naplníme.*
- Máte k dispozici dostatek tekutin?  
ANO    ~~Ne~~

Hodnocení sestry: *Pacient přesně neudal, kolik za den vypije. Není zvyklý moc pít. Pije převážně tekutiny, které mu jeho zdravotní stav dovoluje.*

## 6. Vyprazdňování

### a) Střeva

- Máte obvykle      ~~normální stolici~~      ZÁCPU      ~~průjem~~
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? *Denně.*
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *Ráno.*
- Berete projímadlo? ~~Pravidelně často~~      PŘÍLEŽITOSTNĚ      ~~nikdy~~
  
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil?      ANO    ~~Ne~~  
Pokud ano, co je to? *Semičaj (čaj na podporu vyprázdnění).*
  
- Máte nyní problémy se stolicí?      ~~Ano~~    NE  
Pokud ano, jak by se daly řešit? .....

### b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice?    ANO    ~~Ne~~  
Pokud ano, upřesněte *Noční močení 3x za noc.*  
Jak jste je zvládal/a? *Nijak jsem to zatím neřešil.*
  
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? *Pokud nebudu mít cévku, nějak budu potřebovat vaši pomoc.*
  
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice?      ~~Ano~~    NE  
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete? .....

Hodnocení sestry: *Pacient je zacévkován permanentním močovým katétrem. Vlastní stolice je spíše tuhá, čímž má pacient sklon k zácpě. Tu řeší čajem podporujícím vyprázdnění.*

## 7. 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?  
.....

Hodnocení sestry: *Pacient je 15 let nekuřák. Dříve kouřil od mládí přibližně krabičku denně.*

## 8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? ~~Ano~~ NE  
- Svědí Vás kůže? ~~Ano~~ ~~Ne~~ NĚKDY

Hodnocení sestry: *Pacient nemá žádné změny na kůži. Pouze někdy po koupeli pacienta svědí kůže.*

## 9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání? ~~Ano~~ NE  
Pokud ano, co děláte?.....

- Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ~~Ano~~ NE

- Máte doporučeno nějaké cvičení? ~~Ano~~ NE

Pokud ano, upřesněte.....

- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici? **ANO** ~~Ne~~

- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? *Rádio, návštěvy, knížky, televize (hlavně).*

- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? *Nemusíte.*

Hodnocení sestry: *Pacient je ve starobním důchodu. Během hospitalize si krátí čas poslechem mp3 přehrávače či rádia. Návštěvy mu přinesli i nějaké časopisy, které jsem ho neviděla číst.*

**10. Sexualita** ( otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě?

**Ano** **Ne**

Pokud ano, upřesněte.....

- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?

**Ano** **Ne**

Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: *Pacient nepovažoval za potřebné o tom mluvit.*

## 6 Různé

---

- Jakou školu jste ukončil? *1. třída Základní školy (v 7 letech se přistěhoval s rodiči z Německa)*

- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy? ~~ANO~~ **NE**

Pokud ano, upřesněte.....

- Jak velká je Vaše rodina? *Manželka a 2 děti.*

- S kým společně žijete? *S manželkou.*

- Kdo se o Vás může postarat? *Manželka*

- V jakém bytě žijete? *Byt v 2. patře.*

- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu? **ANO** ~~Ne~~

- Máte dostatek informací o nemocničním režimu? **ANO** ~~Ne~~

- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? *Ne.*

- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? *Ne.*

Hodnocení sestry: *O pacienta se po propuštění postará manželka. Pacient ví, že se může kdykoliv obrátit na ošetrovatelský personál. Ví o svém léčebném režimu i nemocničním režimu.*

## 7 Jak sestra nemocného souhrnně vidí

---

<u>Snadno odpovídá</u>	Odpovídá váhavě
Neptá se	Mlčenlivý
<u>Hovorný</u>	<u>Spolupracuje</u>
Úzkostlivý	Vyděšený
Nejistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
<u>Rychle chápe</u>	Pomalů chápe
Nechápavý	<u>Aktivní</u>
<u>Přizpůsobivý</u>	Nepřizpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

*Pacient byl přijat pro pravostrannou hemiparézu, tudíž je u pacienta snižená soběstačnost. A má problémy související se sebepéčí. Pacient měl bolesti břicha z důvodu nevyprázdnění střev. Pacient spadá do rizika pádu. Denní příjem tekutin je nižší. Proto je potřeba dohlédnout na dostatečnou hydrataci. Pacient má spíše zapovitou stolici. Má potíže s nočním močením, které zatím nechce řešit. Pacient má spíše suchou kůži, a vzhledem k upoutání na lůžko hrozí vznik dekubitu.*

### ***Zdroje příloh***

**Příloha č. 1. a 2.:** Staňková, Marta. Měření soběstačnosti. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 6 Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi Ediční řada - Praktické příručky pro sestry*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006.