



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Olga Kačírková

**Ošetrovatelská péče o pacienta s cévní mozkovou
příhodou**

Nursing Care of a Patient with Brain Stroke

bakalářská práce

Praha, září 2011

Autor práce: Olga Kačírková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holubová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF UK v Praze

Odborný konzultant: MUDr. Lenka Kinštová

Pracoviště odborného konzultanta: Neurologická klinika FN Motol

Datum a rok obhajoby: září 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům. Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a elektronická verze nahraná do Studijního informačního systému 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 24.6.2011

Olga Kačírková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velice poděkovat Mgr. Janě Holubové za odborné vedení, cenné připomínky a trpělivost při psaní mé bakalářské práce. A dále bych poděkovat MUDr. Lence Kinštové za odborné konzultace a připomínky k teoretické části.

Obsah

1 Úvod.....	7
2 Klinická část.....	8
2.1 Definice CMP	8
2.2 Anatomie cévního zásobení mozku	8
2.3 Fyziologie a patofyziologie cévního zásobení mozku	9
2.4 Rizikové faktory.....	10
2.4.1 Neovlivnitelné rizikové faktory	10
2.4.2 Prokázané a ovlivnitelné rizikové faktory.....	10
2.4.3 Potencionálně ovlivnitelné rizikové faktory:	11
2.5 Rozdělení cévních mozkových příhod	12
2.5.1 Ischemická cévní mozková příhoda	12
2.5.2 Hemoragické mozkové příhody	15
2.5.3 Subarachnoidální krvácení (SAK)	17
2.6 Diagnostika cévních mozkových příhod.....	18
2.6.1 Klinické vyšetření pacienta	18
2.6.2 Pomocná vyšetření	18
2.7 Terapie cévních mozkových příhod	21
2.7.1 Terapie ischemických cévních mozkových příhod.....	21
2.7.2 Terapie hemoragických CMP	24
2.7.3 Terapie subarachnoidálního krvácení	25
3 Údaje o nemocné.....	26
3.1 Základní údaje o nemocné	26
3.2 Lékařská anamnéza	26
3.3 Přijetí pacientky na oddělení interního typu	27
3.4 Monitorace nemocné.....	28
3.5 Souhrn provedených vyšetření při přijetí k hospitalizaci.....	30
3.5.1 Epikríza	32
3.6 Farmakoterapie v průběhu hospitalizace.....	32
4 Ošetrovatelská část.....	35
4.1 Ošetrovatelský proces a jeho charakteristika	35
4.2 Fáze ošetrovatelského procesu.....	36

4.3 Charakteristika ošetrovatelského modelu „aktivity života“	36
4.3.1 Hlavní cíle ošetrovatelského modelu „aktivity života“:.....	37
4.3.2 Základní potřeby v modelu „aktivity života“	37
4.3.3 Plán základní ošetrovatelské péče	38
4.4 Ošetrovatelská anamnéza	39
4.5 Ošetrovatelské diagnózy	44
4.7 Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	52
4.8 Rehabilitace.....	54
4.9 Edukace	55
4.10 Psychologická a sociální část.....	57
4.11 Prognóza.....	58
5 Závěr	60
6 Seznam použité literatury a jiných zdrojů:.....	61
7 Použité zkratky:.....	62
8 Seznam příloh:	65

1 Úvod

Ve své bakalářské práci jsem zpracovala případovou studii ošetrovatelské péče nemocné ve věku 84 let která byla hospitalizována na neurologickém oddělení fakultní nemocnice v Praze pro diagnózu cévní mozková příhoda, dále jen CMP.

Cílem této práce je zpracování případové studie ošetřované pacientky z hlediska bio-psycho-sociálních potřeb od přijetí až k překlada na jiné oddělení.

Klinická část je zaměřena na cévní zásobení mozku, fyziologii a patofyziologii cévního zásobení mozku, rozdělení CMP na ischemické, hemoragické a subarachnoidální krvácení, klinický obraz, diagnostiku, terapii a prevenci CMP. V další části jsou popsány základní informace týkající se nemocné/ho. Seznámení s pacientem a jeho obtížemi, vstupní anamnéza, vyšetřovací metody použité při příjmu nemocného a terapeutická opatření.

V ošetrovatelské části jsem stručně popsala ošetrovatelský proces. Ošetrovatelská anamnéza vychází z modelu Virginie Hendersonové. Potřebné údaje jsem získávala z rozhovoru s nemocným a jeho rodinou i ostatními členy zdravotnického týmu, zdravotnické dokumentace, odborné literatury a vlastním pozorováním. Vzhledem k rozsahu a zaměření práce jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy, na které dále navazuje dlouhodobý plán ošetrovatelské péče. Posléze je popsána realizace stanovených ošetrovatelských diagnóz a zhodnocení stanovených cílů. V závěru ošetrovatelské části je zpracování psychologie nemocné a edukace. Celou práci uzavírá seznam použité literatury, seznam zkratk a příloh.

2 Klinická část

2.1 Definice CMP

Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala tuto definici cévní mozkové příhody: Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní neurologická dysfunkce mozkové činnosti vaskulárního původu se subjektivními a objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku. (11)

2.2 Anatomie cévního zásobení mozku

„Mozek je zásobován čtyřmi velkými arteriemi. Pravou a levou a. carotis interna a pravou a levou a. vertebralis. Levá a. carotis communis odstupuje klasicky přímo z aortálního oblouku, pravá je větví truncus brachiocephalicus. Společná karotida se ve výši C3-4 dělí na vnitřní a zevní, a. carotis interna vstupuje na bazi lební do canalis caroticus, prochází kavernózním sinem a končí bifurkací v a. cerebri anterior a media. Před bifurkací odstupuje a. communicans posterior, která se spojuje s a. cerebri posterior a vytváří tak spojení s vertebrobasilárním řečištěm a dorzální částí Willisova arteriálního okruhu. Kromě karotického řečiště, které se podílí na zásobení mozku asi z 85%, zajišťují mozkové prokrvení ještě dvě arterie vertebrální. Odstupují z aa. subclaviae, procházejí kostotransverzálními otvory krčních obratlů, intrakraniálně vstupují skrz foramen occipitale magnum a obě se spojují v nepárovou a. basilaris, která se dále dělí na dvě aa. cerebri posteriores. A. cerebri anterior zásobuje část frontálního a parietálního laloku. A. cerebri media zbývající část frontálního, parietálního a větší část spánkového laloku. A. basilaris zásobuje mozkový kmen, mozeček a část diencefala. A. cerebri posterior zásobuje část diencefala, okcipitální lalok, zadní a dolní část spánkového laloku. Odlišný průběh od velkých povrchových tepen mají drobné větévky – rami perforantes a rami centrales, které vystupují z Willisova okruhu a zásobují bazální ganglia, talamus a zčásti mozkový kmen.“ (Ambler, 2004, s.147,148)

2.3 Fyziologie a patofyziologie cévního zásobení mozku

Funkce mozku je výrazně závislá na dodávce glukózy a kyslíku. Mozek má mimořádně vysoké nároky na oxidační a metabolickou dodávku. Cerebrální metabolická spotřeba kyslíku (O₂) je 3,5 ml/100g mozkové tkáně/min, spotřeba glukózy je 4,5 - 5,5 mg/100 g mozkové tkáně/min, čili asi 80 mg glukózy /min pro celý mozek. Při poklesu glykémie pod 2 mmol/l již v mozku prakticky žádná glukóza není přítomna. Nejcitlivější nervové buňky (oblast hipokampu) jsou bez kyslíku schopny přežít pouze 3-5 minut a po již tak krátké době lze v těchto buňkách nalézt morfologické změny. Přísun kyslíku a glukózy je zajišťován stálým mozkovým průtokem v rozmezí 40-60 ml/100g mozkové tkáně/min. Průtok je přímo úměrný tlaku a nepřímo mozkové cévní rezistenci, která je dána hlavně odporem mozkových cév a hemoreologickými parametry. Pojmem hemoreologické parametry se označují takové vlastnosti krve, na kterých se podílí hlavně viskozita, množství a rigidita červených krvinek. (3)

„Na úrovni arteriol se uplatňuje tzv. autoregulace mozkového průtoku, která umožňuje funkční nezávislost mozkového průtoku na kolísání systémového krevního tlaku. V rozmezí 60 – 150 torrů středního systémového arteriálního tlaku, což je aritmetický průměr systolického a diastolického tlaku, zajistí prostřednictvím vazokonstrikce či vazodilatace arteriol konstantní mozkový průtok. Znamená to, že na vyšší hodnoty středního arteriálního tlaku reagují mozkové tepny vazokonstrikcí, zatímco při nižších hodnotách se dilatují. Překročení těchto hranic oběma směry však mozkové cévy nedovedou korigovat a mozkový průtok se stává plně závislým na systémovém tlaku s nepříznivými důsledky pro parenchym.

V regulaci regionálního mozkového průtoku se uplatňují více vlivy chemicko-metabolické s cílem umožnit redistribuci krve do funkčně zatížených oblastí mozku. Acidóza, jako produkt metabolismu mozkových buněk, vyvolá prostřednictvím pCO₂ vazodilataci mozkových cév, jejímž výsledkem je zvýšení mozkové perfúze a odplavení kyselých tkáňových metabolitů. Tyto změny probíhají na úrovni kapilár a prekapilárních svěračů.“ (Waberžinek, 2006, s.24)

2.4 Rizikové faktory

„Navzdory pokrokům v léčbě ischemických CMP nejspolehlivější cestou k eliminaci nepříznivých důsledků mozkového poškození je jejich důsledná prevence. K níž patří i aktivní vyhledávání nemocných se zvýšeným rizikem vzniku CMP a následné ošetření těchto rizik, někdy za pomoci speciálních intervenčních technik. Mozková ischemie je v naprosté většině výsledkem aterosklerotického postižení, buď primárně cerebrálního nebo, a to převážně, systémového. Rizikové faktory aterogeneze jsou proto zároveň rizikovými faktory pro vznik CMP. Rizikové faktory lze rozdělit do tří skupin: na neovlivnitelné, na prokázané a ovlivnitelné a na méně dobře prokázané či jen potencionálně ovlivnitelné.“

(Waberžinek, 2006, s. 18-23)

2.4.1 Neovlivnitelné rizikové faktory

Mezi neovlivnitelné rizikové faktory patří věk. Nepříznivý a kumulativní účinek věku na kardiovaskulární aparát a výskyt a zhoršování rizikových faktorů CMP se podstatným způsobem podílejí na zvýšené incidenci CMP ve vyšších věkových kategoriích.

Ischemická CMP je celkově častější u mužů, ale přitom žena, která utrpí CMP, má horší prognózu.

Vyšší incidenci CMP ve srovnání s bílou rasou mají zástupci černé a hispánské populace, ale také Číňané a Japonci. Příčina však není jasná.

Anamnéza CMP u kteréhokoliv z rodičů znamená vyšší riziko CMP pro potomky. Podílí se na něm více mechanismů včetně genetického vybavení, dispozice k rizikovým faktorům, ale i sdílení vlivu stejného či podobného prostředí a životního stylu.

(15)

2.4.2 Prokázané a ovlivnitelné rizikové faktory

K ovlivnitelným rizikovým faktorům patří arteriální hypertenze, která představuje nejvýznamnější rizikový faktor pro vznik ischemických i hemoragických mozkových příhod. Riziko CMP roste v závislosti na zvyšování

systolického a diastolického tlaku. Riziko CMP však narůstá i s izolovaným zvýšením systolického tlaku, tzv. pružníkovou hypertenzí.

Diabetici mají zvýšenou dispozici k rozvoji aterosklerotického procesu i zvýšenou prevalenci rizikových faktorů CMP, zejména arteriální hypertenze, obezity a dyslipidémie.

Změny lipidového spektra jsou tradičně chápány a potvrzeny jako rizikový faktor pro vývoj především ischemické choroby srdeční. Naproti tomu výsledky zkoumání vztahu poruch lipidového spektra a rizika ischemického iktu jsou značně rozporné a jednoznačná souvislost nebyla prokázána.

Mnoho let je známo, že kouření významně zvyšuje incidenci infarktu myokardu a obliterující angiopatie na dolních končetinách. Ve vztahu k CMP však výsledky jednotlivých studií nebyly dlouho přesvědčivé. Až v polovině 80.let 20. stol. byly uveřejněny práce prokazující zvýšení rizika CMP u kuřáků. Zvláště rizikové je kouření pro karotické tepny. Patofyziologický mechanismus je multifaktoriální. Hlavními předpokládanými faktory jsou : zvýšení destičkové agregace, snížení deformability erytrocytů a zvýšení hladiny fibrinogenu.

Fibrilace síní je častá arytmie a znamená významný, na druhé straně však farmakologicky poměrně dobře ovlivnitelný rizikový faktor pro vznik ischemické CMP. (15)

2.4.3 Potencionálně ovlivnitelné rizikové faktory:

Do potencionálně ovlivnitelných rizikových faktorů se též řadí obezita, znamenající zvýšení dispozice ke kardiovaskulárním chorobám obecně a k ischemické CMP zvláště. Zdá se však, že existují jisté difference s ohledem na pohlaví. Je více než jisté, že spíše než BMI či celková obezita je rizikovým faktorem pro vznik CMP u mužů tzv. abdominální typ obezity. Naproti tomu u žen stoupá riziko ischemického iktu v závislosti na zvyšujícím se BMI.

Konzumace alkoholu :

Mírné požívání alkoholu, které odpovídá 10 až 90 g alkoholu za týden či maximálně 2 skleničkám vína za den, má protektivní efekt, pravidelná konzumace většího množství alkoholu, tj. více jak 5 skleniček za den, riziko CMP zvyšuje. Konzumenti 300 a více g alkoholu za týden mají ve srovnání s abstinenty již

4krát vyšší riziko ischemické CMP. Uvedená zjištění by jistě neměla vést k doporučení chronické konzumace alkoholu v mírných dávkách, ale měla by vést ke snaze přimět větší konzumenty jejich spotřebu významně snížit.

Za patologicky zvýšenou hladinu homocysteinu je považována hodnota 16 a více mikromol/l zjištěná nalačno. V současné době není prokázáno, zda-li pomocí farmakoterapie snižující hladinu sérového homocysteinu je i následováno snížení rizika vzniku ischemické CMP.

Dle studií sledující efekt kontraceptiv 2. generace s nižším obsahem estrogenů, zvýšení rizika neprokázala. Riziko vzniku CMP se však zvyšuje pokud je žena nositelkou dalších vaskulárních rizik, mezi které patří vyšší věk ženy, přítomnost kouření, arteriální hypertenze, migrény či již prodělané tromboembolické komplikace. (15)

2.5 Rozdělení cévních mozkových příhod

Různé dělení iktů dle patogeneze, či dle průběhu.

Cévní mozkové příhody se dělí do tří velkých skupin, a to na ischemické cévní mozkové příhody (80%), hemoragické cévní mozkové příhody (15%) a subarachnoidální krvácení (5%).

Rozdělení ischemických CMP podle délky trvání klinické symptomatiky:

TIA – tranzitorní ischemická ataka – epizoda ložiskových příznaků, v důsledku nedostatečného zásobení mozku krví, mizí do 24 hod

RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit – obdoba TIA, úprava bez následků je do jednoho týdne

TIA a RIND jsou významnými varovnými příznaky hrozícího iktu!

PI – progredující iktus – jedná se o postupně narůstající klinickou symptomatologii vlivem zhoršující se ložiskové mozkové hypoxie

DI – dokončený iktus – klinický obraz se po 24 hod nemění (13)

2.5.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Akutní ischémie mozku je výsledkem nepoměru mezi potřebou a reálnou dodávkou kyslíku mozkovým buňkám. Za normálních okolností činí krevní

průtok mozkovou tkání 50-55 ml/100 g tkáně/min. Při jeho poklesu dojde nejprve k dysfunkci mozkových buněk, tj. k projevům mozkové ischemie, které jsou v případě včasné obnovy dostatečné mozkové perfúze stavem plně reverzibilním. Při déle trávající hypoperfúzi nebo jejím dalším prohloubení však dojde již k rozvoji ireverzibilních morfologických změn neuronů, tj. jejich nekróze, která se makroskopicky projeví jako malatické změknutí mozkové tkáně, tj. mozkový infarkt. Při poklesu perfúze na cca 18 ml/100 g/min dojde nejprve ke ztrátě informační funkce neuronů z poruchy presynaptického přenosu. Tyto změny se projeví izoelektrickou linií na EEG a vymizení evokovaných potenciálů, nicméně morfologická integrita neuronu s možností obnovy jeho funkce je dosud uchována. Při pokračujícím poklesu mozkové perfúze na úroveň cca 8-10 ml/100 g/min dojde již k selhání Na/K pumpy s následným přesunem Ca iontů intracelulárně. Výsledkem je smrt neuronu. Rozmezí mezi těmito dvěma ischemickými prahy (8-18 ml/100g/min) se nazývá ischemickým polostínem (ischemic penumbra), který je charakterizován poruchou funkce při ještě uchované životaschopnosti mozkových buněk. V případě akutní CMP představuje ischemický polostín tkáň bezprostředně obklopující oblast infarktu. Na včasnosti obnovy dostatečné mozkové perfúze závisí její další vývoj, který se může dít směrem k plné funkční úpravě, nebo v opačném případě k zániku mozkových buněk.

Termín mozková ischemie slouží k označení manifestní poruchy mozkových funkcí, zatímco mozkový infarkt znamená již i přítomnost morfologické změny, tj. ischemické nekrózy mozkového parenchymu. (15)

2.5.2.1 Etiopatogeneze ischemických CMP

Z hlediska etiopatogenetického dělíme ischemické CMP do několika skupin :

- Ischemické ikty vznikající tromboembolickým mechanismem při onemocnění extra i intrakraniálního úseku magistrálních mozkových tepen – karotických i vertebrálních tzv. makroangiopatie.
- Ischemické ikty vznikající kardioemboligenním mechanismem při poruchách rytmu a jiných operacích srdce.

Postižení velkých cév (makroangiopatie)

Makroangiopatie je příčinou 20-40% ischemických mozkových příhod. Ve většině případů se tak děje prostřednictvím trombotických formací, které vznikají na ateromatózně změněné cévní stěně. Samotná stenóza, bez spoluúčasti trombu, je příčinou CMP jen zřídka. Ve více než 90% případů dochází k CMP tak, že část nasedajícího trombu se oddělí a embolizuje do distální části řečiště, kde způsobí uzávěr. Ke vzniku ischemického mozkového infarktu při postižení velkých cév dochází tedy v zásadě dvojím způsobem : hemodynamickým či embolizačním (ve většině případů). Nejčastějšími místy aterosklerotických změn, na kterých se tvoří tromby, jsou oblasti karotických bifurkací, distální, tj. intrakraniální část vertebrálních artérií a bazilární artérie. Odstupy tepen aortálního oblouku jsou postiženy méně často.

Kardiogenní embolizace

Embolizace ze srdce, která se uplatňuje ve všech věkových kategoriích, je příčinou asi 15-30 % ischemických mozkových příhod. Pro kardiogenní embolizaci svědčí apoplektický, často „vteřinový“ vznik těžké ložiskové symptomatiky, která může vyústit v devastující mozkové poškození s letálním zakončením. Na druhé straně je pro tento typ mozkového infarktu charakteristické, že původně těžký ložiskový deficit překvapivě rychle, i během hodin, ustupuje. Je to umožněno tím, že emboly pocházející ze srdce mají tendenci k rychlému spontánnímu rozpuštění a tím k včasné rekanalizaci mozkové tepny.

Lakunární infarkty

Lakunární infarkty z postižení malých perforujících artérií na bazi mozku, tzv. mikroangiopatie. Lakunární infarkty jsou příčinou ischemických CMP asi u 15-30 % nemocných. Jedná se o malá ischemická ložiska, ne větší než 10 – 15 mm, nalézající se v oblasti bazálních ganglií, vnitřním pouzdru, talamu a pontu. Lakunární infarkty vznikají na úrovni mikrocirkulace v oblasti malých perforátorů na bazi mozku. Patologicko anatomická vyšetření v posledních letech prokázala, že příčinou lakunárních infarktů jsou aterosklerotické změny velkých tepen, které mechanismem distální embolizace způsobují okluzi drobných perforátorů se

vznikem lakunárních infarktů v hlubokých strukturách hemisfér a mozkovém kmeni. Znamená to tedy, že patologicko anatomický podklad mikroangiopatie je stejný jako u makroangiopatie, tj. aterosklerotický proces. Klinická „výjimečnost“ lakunárních infarktů není kvalitativní, ale spíše kvantitativní, protože jejich klinický obraz je lehký a vývoj většinou příznivý.

Ischemické CMP ze vzácných příčin

Ischemické ikty ze vzácných příčin jakými jsou například neaterosklerotické vaskulopatie, vaskulitidy, hematologická onemocnění a koagulopatie. Ischemické CMP ze vzácných příčin se na celkovém počtu CMP podílejí asi 5 %.

Patří mezi ně: neaterosklerotické vaskulopatie, hematologická onemocnění a koagulopatie (15)

2.5.2 Hemoragické mozkové příhody

Spontánní intracerebrální krvácení (intracerebrální hemoragie – ICH) tvoří 10 % – 15 % všech CMP. Přes svou ve srovnání s ischemickými CMP relativně menší četnost představuje závažnější variantu. Postihuje totiž mladší věkové skupiny, průměrný věk nemocných s ICH je 56 let, a prognóza onemocnění je závažnější. 30 denní letalita ICH je 40 % - 50 % a pouze 1/5 všech nemocných při hodnocení za 6 měsíců dosáhne plné funkční nezávislosti. Ve srovnání s ischemickými CMP mají však parenchymová krvácení, pokud jejich příčinou není amyloidová angiopatie nebo cévní malformace, zřetelně menší tendenci k recidivám. (15)

2.5.2.1 Dělení hemoragických příhod

Parenchymová krvácení dělíme na hypertonická a normotonická.

Hypertonická krvácení

Přibližně 50 % spontánních intracerebrálních krvácení souvisí s arteriální hypertenzí. Hypertonické krvácení produkuje již dlouho známý a klasický klinický obraz progresivně se vyvíjející těžké ložiskové symptomaticky a

hypertenze nitrolební, provázený vysokou letalitou. Nejtypičtějším místem hypertonického krvácení jsou jednotlivé struktury bazálních ganglií (putamen a nukleus caudatus), po nich následují pons, talamus a mozeček. Příčinou je ruptura mikroaneuryzmat umístěných na drobných perforujících artériích v této oblasti.

Normotonické krvácení

Teprve zavedením CT koncem 70. let do diagnostiky CMP odhalilo existenci jiného typu krvácení, tzv. lobárních hematomů, umístěných v bílé hmotě mozkových laloků. Jejich klinický obraz včetně dalšího vývoje a prognózy nemusí nijak zásadně odlišovat od projevů mozkového infarktu. Lobární hematomy mohou být někdy, stejně jako hluboko uložená krvácení, hypertonického původu, představují však typickou lokalizaci mozkového krvácení u osob, které arteriální hypertenzí netrpí. V tomto případě hovoříme o normotonickém krvácení. Příčin normotonického krvácení je celá řada :

- Cerebrální amyloidová angiopatie – nejčastější příčina lobárního krvácení u osob starších 60 let. CAA je charakterizována ukládáním amyloidu výhradně v medii a adventicii malých a středně velkých korových a leptomeningeálních mozkových arterií, zatímco známky celkové amyloidózy chybějí. Na možnost CAA jako příčiny mozkového krvácení bychom měli myslet vždy u mozkového krvácení do bílé hmoty některého z mozkových laloků u starších normotonických osob.
- Cévní malformace – Cévní malformace jsou častou příčinou ICH u osob netrpících arteriální hypertenzí. Signifikantní riziko mozkového krvácení provází dva typy malformací, především arteriovenózní malformace a méně často kavernózní angiomy. Arteriovenózní malformace – Ruptura AVM je hlavní příčinou ICH u osob mladších 45 let. AVM jsou tvořeny klubkem atypicky utvářených arterií a vén s chybějící vymezenou kapilární sítí. Nemocní s AVM mohou být nositeli i dalších cévních anomálií, nejčastěji intrakraniálního aneuryzmatu. (15)

2.5.2.2 Klinický obraz ICH

Klinický obraz ICH, jako každé ložiskové cerebrální léze, je určen lokalizací hematomu. Kromě těchto specifických projevů, většina parenchymových krvácení má společné jisté projevy, které jsou výsledkem intrakraniální hypertenze, která rozsáhlá krvácení provází. Prvním projevem ICH je obvykle náhlý vznik fokálního deficitu s vývojem, který je ve většině případů charakterizován jeho plynulým zhoršováním v průběhu následujících minut a prvních hodin. K většině mozkových parenchymových krvácení dochází v průběhu běžných denních aktivit. Projevy zvýšeného intrakraniálního tlaku jsou cefalea, vomitus a alterace vědomí. Cefalea, stejně jako vomitus jsou nejčastější u mozečkových hematomů. Porucha vědomí v úvodu onemocnění je špatným prognostickým znamením. (15)

2.5.3 Subarachnoidální krvácení (SAK)

„Nazývá se též intermeningeální a představuje specifickou problematiku cévních onemocnění mozku. Spontánní, tj. netraumatické subarachnoidální krvácení (SAK), je v naprosté většině případů výsledkem ruptury intrakraniální cévní malformace, nejčastěji vakovitého aneuryzmatu. Nejčastěji se aneuryzmata vyskytují ve Willisově okruhu, nebo na karotidě. Na rozdíl od jiných typů CMP, jejichž výskyt vlivem důsledného vyhledávání rizikových faktorů v posledních desetiletích významně klesl, incidence SAK zůstává nezměněna, protože jeho hlavní příčina, intrakraniální aneuryzma, je neinvazivním způsobem neovlivnitelná a ve většině případů nepředvídatelná.

Aneurymální subarachnoidální krvácení je závažné onemocnění s vysokou morbiditou a mortalitou. Aneuryzma může prasknout kdykoliv. Asi u 1/3 nemocných se v období 1 až 8 týdnů před rupturou aneuryzmatu objevují varovné příznaky ve smyslu recidivujících bolestí hlavy, někdy již provázené nauzeou i vomitem, event. i kolapsovými stavy. Příčinou je drobné prosakování krve do nejbližšího okolí aneuryzmatu, či do jeho stěny. Ačkoliv se na celkovém počtu CMP podílí jen z 5 %, jeho podíl na smrti v rámci CMP je 25 %. Letalita první ataky je 50 % až 60%, přičemž většina nemocných umírá v důsledku iniciálního krvácení či jeho bezprostředních komplikací. Odhaduje se, že asi 12 % nemocných umírá ještě před přijetím do nemocnice. Z přeživších 35 % až 50 %

zůstává v běžných denních aktivitách závislých na pomoci jiné osoby a polovina pacientů s tzv. dobrým výsledkem není pro kognitivní a psychické poruchy schopna návratu k původnímu pracovnímu zařazení.“ (Waberžinek, 2006, s.79)

2.6 Diagnostika cévních mozkových příhod

2.6.1 Klinické vyšetření pacienta

Klinické vyšetření pacienta se skládá z anamnézy a objektivního vyšetření. K diagnóze nemocného se dospěje syntézou anamnézy a neurologického klinického vyšetření spolu s výsledky indikovaných pomocných vyšetření. Začíná se minimální anamnézou, která chrání pacienta, tak i lékaře při akutních diagnostických nebo léčebných zásazích. Jedná se hlavně o alergie, především na léčiva a na jód. Patří sem rovněž i informace o přítomnosti kovových těles v těle.

Při zjišťování anamnézy je důležité se zaměřit na otázky týkající se rodinné anamnézy, osobní anamnézy, zda-li je nemocný dispenzarizován a jaké užívá léky. Během toho se ještě snažíme od nemocného zjistit, jaké jsou jeho hlavní obtíže.

Objektivní vyšetření provádí lékař. Cílem tohoto vyšetření je lokalizovat postižení, stanovit jeho rozsah, případně možnou příčinu. Začíná se vyšetřením hlavy, skupinovým uspořádáním mozkových nervů, přes krk na horní končetiny, břicho a dolní končetiny. Nakonec se vyšetřuje páteř, stoj a chůze. Během celého vyšetření se vyšetřující všímá řečových schopností nemocného, orientace osobou, místem a časem, paměti a úsudku. (13)

2.6.2 Pomocná vyšetření

2.6.2.1 Laboratorní vyšetření krve a moči

Základem pomocných vyšetření je kompletní biochemické vyšetření krve a moči. Významné pro CMP jsou hodnoty cholesterolu, triglyceridů, glykémie, urey, kreatininu, sodíku, draslíku, vápníku, hematokritu, clearance kreatininu a sedimentace erytrocytů. Jako přínosné se bere i vyšetření krve na krevní plyny.

2.6.2.2 Zobrazovací metody

Počítačová tomografie (CT) je zobrazovací metoda neinvazivní, zcela nebolestivá, bez rizik pro vyšetřovaného a lze ji kdykoliv opakovat. Je založena na faktu, že různé tkáně v mozku mají různou denzitu, a tím i různou propustnost pro rentgenové záření. Vyšší denzitu mají mozková, epidurální, subdurální a čerství intermeningeální krvácení, dále hemoragie, těžce sklerotické cévy, kalcifikace, některé tumory, větší aneurysmata a parazitární cysty. Naopak nižší denzitu má ischemický infarkt, některé tumory (lipom), abscesy, mozkový edém, encefalitidy a zejména likvor a vzduch. Vyšetření lze doplnit i kontrastní látkou vstříknutou i.v., která se používá při zobrazení cév (CT Ag) a při diferenciální diagnostice tumorů. To však představuje určité riziko alergické reakce.

Nukleární magnetická rezonance (NMR) je relativně nová metoda, která postupně vytlačuje jiné metody nebo doplňuje diagnostické možnosti. Zdrojem signálu magnetické rezonance jsou radiofrekvenční pulzy z frekvenčního pásma rozhlasových vln. Výhody NMR jsou v možnosti vyšetření libovolných rovin řezů, v absenci rentgenového záření a ve větším rozlišení kontrastu. NMR má ale zcela zásadní kontraindikace, jako je kovový feromagnetický materiál v těle (svorky, náhrady kloubů), kardiostimulátor, či kochleární implantát. Při zobrazení patologických stavů postihujících bílou hmotu mozkovou je magnetická rezonance daleko senzitivnější než výpočetní tomografie.

Angiografie (Ag). Angiografie je cévní vyšetření, které je v diagnostice mozkových cévních procesů důležité a dosud nenahraditelné. Do mozkových cév se aplikuje kontrastní jodová látka a poté se snímkuje její průtok mozkovými cévami. Při angiografii se aplikuje kontrastní látka se aplikuje do a. femoralis a dostane se aortou oblouku aorty a poté do kterékoliv nebo všech přírodních mozkových cév. Při angiografii lze zachytit změny průsvitu větších mozkových tepen, cévní malformace včetně aneurysmat a posuny cév. Tato zobrazovací metoda však není zcela bez rizika, mohou při ní nastat alergické reakce, někdy i cévní spasmy.

Transkraniální Dopplerova sonografie (TCD) je metoda založena na měření rychlosti erytrocytů proudící v krvi na bázi Dopplerova efektu. Používá se ultrazvuková sonda, která vyzařuje do vyšetřované oblasti (cévy) ultrazvukové

vlny, které se zčásti odrážejí od tkání. Přístroje jsou schopny přímo zobrazit anatomické poměry ve velkých cévách (stenózu a trombotické změny). Metoda slouží jako screening před případnou AG, ale její výsledky jsou tak přesné, že může někdy AG i nahradit. Pomocí určité techniky lze zobrazit i sklerotické pláty, a tedy posoudit riziko embolizace. (9)

2.6.2.3 Elektrofyziologické metody

Elektroencefalografie (EEG) je pomocná vyšetřovací elektrofyziologická metoda zaznamenávající bioelektrické mozkové potenciály, které provázejí funkční aktivitu mozku. Metoda je bezbolestná, bez rizika a lze ji kdykoliv opakovat. EEG má rozhodující význam v diagnostice záchvatových chorob, zejména u epilepsie. Difúzní patologické nálezy jsou u některých intoxikací, difúzních encefalopatií, Creutzfeldt-Jakobovy choroby a u některých chorob tlumících mozkovou činnost.

Evokované potenciály (EP) neinvazivně monitorují funkční integritu některých aferentních mozkových míšních drah. Klinicky využíváme modalitu zrakové, sluchové a somatosenzorické. Princip spočívá v monitorování odpovědí na jednotlivé druhy stimulace a jejich další počítačové zpracování. Klinické využití EP je nejčastěji u roztroušené sklerózy. (9)

2.6.2.4 Scintigrafické metody

Single proton emission computer tomography (SPECT) - jednofotonová emisní počítačová tomografie. Principem této metody je detekce uvolněných fotonů jednoho druhu z aplikovaného zářiče. Intravenózně podaná látka se zachycuje při průtoku mozkem scintilační kamerou, která je pak schopna zobrazit snímky ve vrstvách podobně jako při CT. SPECT lze použít zejména u cerebrovaskulárních onemocnění, při zjišťování průtoku krve mozkem, zvláště u ischemických infarktů, u intermeningeálních krvácení, někdy u TIA. K indikaci SPECT v neurologii patří cévní onemocnění mozku, epilepsie, demence a další. Pomocí SPECT je možné objektivizovat smrt mozku. (9)

2.7 Terapie cévních mozkových příhod

Celkové opatření při léčení akutních CMP při léčení CMP rozhoduje příčina, její závažnost a celkový stav pacienta. Je nutné: Zajistit uvolnění dýchacích cest pacienta a dostatečný přísun kyslíku. Monitorovat srdeční akci. Zajistit žilní vstupy. Zajistit dostatečný příjem tekutin, kalorií a vyvážený přísun iontů. Upravit případné kardiální komplikace (arytmie, selhávání srdce), upravit hypertermii, hyper- nebo hypoglykémii. Hypertenzi je vhodné léčit pouze v případě hypertenzní krize, nebo trvá-li vysoký diastolický tlak déle než 48 hod, ale záleží na typu CMP. Sledovat vyprazdňování, popř. zavést PMK.

2.7.1 Terapie ischemických cévních mozkových příhod

„Ischemický iktus je z hlediska etiologického i patofyziologického multifaktoriální problém. K jeho léčbě je třeba užít kombinovaných léčebných postupů. Limitujícím faktorem, který ovlivní výsledek léčby CMP, je včasnost jejího zahájení. Léčba musí být zahájena během prvních 3, maximálně 6 hodin od prvních příznaků, aby naděje na dobrý výsledek zůstala zachována. V těchto hodinách dochází k přeměně ještě reverzibilní zóny ischemické nekrózy mozkové tkáně, tj. k vývoji mozkového infarktu. Nemocným je třeba poskytnout péči na specializovaných jednotkách pro léčbu CMP, které jsou vybaveny technicky i personálně pro rychlou diagnostiku, etiologickou klasifikaci a aplikaci léčby odpovídající patofyziologickému mechanismu CMP.“ (Waberžinek, 2006, s. 44)

2.7.1.1 Konzervativní léčba

Zajištění dostatečné oxygenace. U nemocných s poruchou vědomí je nutné prvořadě zajistit volné dýchací cesty. Protože hypoxie by měla za následek další zhoršení mozkového poškození, je třeba monitorovat krevní plyny. Nemocné s poruchami dýchání musíme řádně ventilovat.

Regulace krevního tlaku. Vznik a první hodiny CMP jsou téměř pravidelně doprovázeny zvýšením krevního tlaku. Ve většině případů je toto zvýšení přechodné a v dalším období TK klesá k původním hodnotám bez jakékoliv intervence. Přechodné zvýšení tlaku se považuje za kompenzační mechanismus sloužící k zajištění dostatečné mozkové perfúze. Agresivní snížení TK k

normotenzním hodnotám by vedlo k progresi ischemického ložiska. V akutní fázi ischemické CMP snižujeme TK pouze při hodnotách nad 200-220 mmHg systolického nebo nad 120 mmHg diastolického tlaku. I v tomto případě však snižujeme TK velmi opatrně a pozvolna, abychom mozkovou hypoperfúzi dále neprohlubovali.

Vodní a elektrolytová bilance. Předpokladem dosažení správné bilance tekutin je sledování jejich denního příjmu a výdeje a měření CVP. Případná dehydratace v akutní fázi CMP by vedla k postupnému zhoršování mozkového poškození.

Dostatečný energetický příjem. Nemocné v bezvědomí nebo v prvních dnech akutní CMP s poměrně často vyjádřenými poruchami polykání je nutné dostatečně nutričně zajistit. To lze buď cestou parenterální (kanylace v. subclavia, nebo v. jugularis), nebo enterální (nazogastrická, nazojejunální sonda)

Prevence trombotických a zánětlivých komplikací. Projevy tromboembolické nemoci jsou běžnou komplikací u nemocných s CMP, a to navzdory prováděným profylaktickým opatřením. Těmi jsou u ležících nemocných pravidelná rehabilitace, bandáže dolních končetin a tzv. miniheparinizace. Při absenci těchto opatření se hluboká flebotrombóza dolních končetin vyvíjí až u 75% ležících nemocných. Cílená antibiotická léčba pomáhá zvládat zánětlivé komplikace, nejčastěji plicní a močové, které pravidelně doprovázejí těžké chronické stavy.

Opatření k ovlivnění mozkového edému. Hlavní příčinou smrti v prvních dnech po CMP je mozkový edém. Vrchol edému můžeme očekávat mezi 24. a 96. hodinou po mozkovém infarktu. Platí, že čím je rozsáhlejší ložisko infarktu, tím je edém mozku větší. Jeho klinickým projevem je prohlubující se porucha vědomí, anizokorie, oboustranná pyramidová symptomatika a periodické dýchání. Základním opatřením pro snížení mozkového edému je poloha na zádech s elevací horní poloviny těla včetně hlavy o nejméně 20°. Lékem volby jsou hyperosmolární látky, kterými jsou Manitol, Glycerol a hypertonický roztok NaCl. Ty snižují intrakraniální tlak tím, že vytvoří osmotický gradient mezi krví a mozkovou tkání s redukcí objemu tekutiny v mozkové tkáni. V případě léčby Manitolem, který je považován za lék první volby, je efekt kromě dávky přímo

závislý na rychlosti podání. Pro riziko rozvoje hypovolemického hyperosmolárního stavu je třeba v průběhu léčby monitorovat osmolaritu a bilanci tekutin. V případě nezvládnutí mozkového edému medikamentózními prostředky je na místě zvážit možnost chirurgické dekomprese.

Hemoreologické léčba. Snížení krevní viskozity zlepší mozkovou perfúzi. Faktory ovlivňující viskozitu krve jsou hematorit, hladina fibrinogenu, agregabilita erytrocytů, a destičková agregace. Vysoký hemakotrit je spojen se zvýšením viskozity krve, snížením mozkové perfúze a rozšířením ložiska infarktu.

(15)

„Trombolytická léčba. Trombolytická léčba představuje moderní a aktivní přístup k léčbě ischemických iktů. Vychází z předpokladu, že 75 - 80 % ischemických iktů je důsledkem tromboembolické léze a okluze příslušné tepny. Intravenózní trombolytická terapie rekombinantním tkáňovým aktivátorem plasminogenu - Actilyse (rtPA 0,9 mg/kg tělesné hmotnosti), podávaným pacientům s akutním mozkovým infarktem do 3 hodin po začátku příhody, je standardním léčebným postupem, který významně zlepšuje výsledný klinický stav pacientů. Tato léčba je však vhodná pro relativně malou skupinu nemocných s iktu (podle indikačních kritérií). Hlavním rizikem této léčby je možnost krvácení, zejména intrakraniální.“ (Ambler, 2004, s.172)

Antikoagulační léčba. Své místo v souvislosti s CMP mají antikoagulantia ve třech indikacích – prevence opakované kardiogenní embolizace, prevence hluboké flebotrombózy dolních končetin u imobilních pacientů, léčba již vzniklé flebotrombózy dolních končetin.

2.7.1.2 Chirurgická léčba

Intrakraniální embolektomie je nová metoda umožňující zavedení mikroskopu do neurochirurgie. Má však omezenou hodnotu u vybraných případů ischemické CMP.

Dekompresivní kraniotomie je zvažována v případě expanzivně chovajícího infarktu, jestliže konzervativní antiedematózní léčba selhala. V případě rozsáhlého mozečkového infarktu hrozícího sekundární kompresí

mozkového kmene je chirurgická dekomprese nejen život zachraňujícím výkonem, ale často také vede k lepšímu funkčnímu výsledku. Provádí se subokcipitální kraniotomie s resekci infarktové tkáně s nebo bez komorové drenáže. V lehčích případech postačí i samotná komorová drenáž. (15)

2.7.2 Terapie hemoragických CMP

„Devastace mozkového parenchymu v souvislosti s ICH probíhá ve dvou fázích. Primární mozkové poškození, závislé na velikosti a lokalizaci krvácení, je výsledkem destrukce mozkové tkáně tříštivým arteriálním krvácením již v okamžiku jeho vzniku. Je tedy zřejmé, že je terapeuticky neovlivnitelné a nevratné. V průběhu následujících minut, hodin a dnů však dochází k rozvoji dalších patologických procesů v okolí hematomu, jejichž výsledkem je sekundární poškození mozkové tkáně. Smyslem léčby ICH je prevence sekundárního mozkového poškození. V současné době přervává řada nejasností ohledně optimální léčby ICH, včetně indikací chirurgické léčby.“

(Waberžinek, 2006, s.75,76)

2.7.2.1 Konzervativní léčba

„Cílem konzervativní léčby ICH je prevence a léčba zvýšeného intrakraniálního tlaku a ovlivnění ischmeické kaskády. Intrakraniální hypertenzi je třeba léčit, protože ve svém důsledku vede ke snížení mozkového průtoku a dalším zhoršením mozkových funkcí.

Prevence zvýšeného intrakraniálního tlaku. Ke zvýšení intrakraniálního tlaku v akutní fázi ICH kromě samotného hematomu přispívá řada jiných faktorů. Patří k nim arteriální hypertenze, hypoxie, hypertermie a křeče.

Systémová hypertenze podporuje vznik intrakraniální hypertenze tím, že v oblastech se zhoršenou autoregulací vede ke zvýšení mozkového perfúzního tlaku.

Léčba zvýšeného intrakraniálního tlaku Zásady léčby zvýšeného ICP u nemocných s mozkovým krvácením jsou stejné jako u nemocných s mozkovým infarktem. Hyperventilace – snižuje ICP svým vazokonstrikčním působením. To se nejvíce projeví v nepostižených oblastech mozku s uchovanou autoregulací.

Osmotická diuretika – jejich hlavní působení spočívá v přesunu tekutin z mozkové tkáně do intravaskulárních prostor. „ (Waberžinek, 2006, s. 76,77)

2.7.2.2 Chirurgická léčba

Smyslem chirurgické léčby, tj. evakuace hematomu, je včasné odstranění tlaku hematomu na okolní tkáň ve snaze zabránit tak dalšímu zhoršení v důsledku sekundárního mozkového poškození. K chirurgické evakuaci ICH jsou většinou indikováni mladší nemocní se středně velkým hematodem, jejichž původně relativně dobrý stav se začíná progresivně horšit. Indikace chirurgické léčby mozečkových hematomů jsou o něco jasnější.

Prognóza nemocných, kteří mají normální hodnoty GCS, při malém mozečkovém hematomu o velikosti 1 až 2 cm na CT snímku je obecně dobrá. Jen o něco větší hematomy však již znamenají reálné nebezpečí náhlého a nepředvídatelného zhoršení v důsledku sekundární komprese mozkového kmene, která by bez urgentní evakuace hematomu skončila fatálně. (15)

2.7.3 Terapie subarachnoidálního krvácení

„Léčba aneuryzmálního subarachnoidálního krvácení se děje ve dvou, často paralelně probíhajících, rovinách. Jednou z nich je snaha o vyřazení krvácejícího aneuryzmatu z cirkulace chirurgickou, nebo endovaskulární metodou, s cílem eliminovat riziko eventuální recidivy krvácení. Druhou linií je prevence a léčba komplikací a léčba již vzniklého subarachnoidálního krvácení.“

(Waberžinek, 2006, s.86)

3 Údaje o nemocné

3.1 Základní údaje o nemocné

Jméno: J.V.

Věk: 84 let

Pohlaví: žena

Stav: vdova

Povolání: starobní důchodce, dříve švadlena

Datum přijetí: 2.3.2011

3.2 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: nevýznamná

Osobní anamnéza: DM na PAD a dietě, 20 let
stp. op. glaukomu obou očí před 20 lety,
stp. op levého femuru v roce 2007,
stp. kompletní mamektomii pro tumor, stp. CHCE

Farmakologická anamnéza:

Lozap H 1-0-0 (antihypertenzivum)
Verogalider 240 1-0-0 (antihypertenzivum, blokátor KK)
Ramil 10 1-0-0 (antihypertenzivum)
Lusopress R 1-0-0 (antihypertenzivum, blokátor KK)
Amaryl 3 2-0-0 (perorální antidiabetikum)
Lozap 50 1-0-1 (antihypertenzivum)
Siofor 500 1-1-1 (perorální antidiabetikum)
Anopyrin 100 0-1-0 (antiagregancium)
Cynt 02 0-0-1 (antihypertenzivum)
Tulip 20 0-0-1 (hypolipidemikum)
Azopt gtt. (antiglaukomatikum)

Alergická anamnéza: nejuje

Sociální anamnéza: žije sama v rodinném domku, dcera jí dochází pomáhat

Nynější onemocnění: Po obědě si šla lehnout a cca ve 14 hodin začala pociťovat pokles očního víčka, dostavila se ztráta kontroly nohou, slabost HK, motání hlavy, táhlo jí to doprava, padala. Na cílené dotazy udává slabost HK, poruchu řeči neguje. Byla ošetřena na urgentním příjmu fakultní nemocnice.

Interní vyšetření při přijetí : Výška 160 cm, hmotnost cca 90 kg, P 78/min, TK 148/69, DF 17/min při vědomí, bledá, alopecie, velké množství a veruk a pigmentových změn na hlavě i těle, bez ikteru a cyanózy, hydratovaná, eupnoe, dýchání čisté, AS pravidelná, břicho nad nivea, hůře prohmatné, peristaltika ojediněle, DK bez otoků a známek TEN, EKG : FiS s klidnou odpovědí komor.

Objektivní neurologický nález při přijetí:

Lehce dezorientovaná časem, jinak ostatní kvality v normě, lehce zpomalené PM tempo kdy odpovídá s latencí ale přiléhavě, bez fatické poruchy či amnestické poruchy, amengiální, pravačka

Závěr: inkompletní III l.sin, intranukleární ofalmoplegie sporně centr. VII l.dx, axiální sy, centrální paréza pravostranných končetin středně až těžká, dysartrie

Diagnostický závěr při přijetí :

Mozkový infarkt, susp. vícečetná ischemie – dle CT ACM l.dx, dle kliniky kmenová ischemická CMP nejspíše na podkladě kardioembolizace při FiS nejasného stáří, dif. dg. metastáza či paraneoplastické postižení méně pravděpodobné, arteriální hypertenze, DM II. typu na PAD, glaukom, st.p. mammectomii bilat pro nádor, alopecie.

3.3 Přijetí pacientky na oddělení interního typu

Pacientka byla přijata na jednotku intenzivní péče interního typu z oddělení urgentního příjmu, kam byla přivezena RZP. Na oddělení urgentního příjmu byla paní J.V. vyšetřena neurologem, dále bylo provedeno CT mozku a poté odvezena na již zmíněné oddělení. Po přijetí na oddělení bylo ihned započato

s kardiopulmonálním monitoringem, infuzní terapií, vyšetřovacími metodami a rehabilitací.

3.4 Monitorace nemocné

U pacientky byla pravidelně monitorována srdeční aktivita, srdeční frekvence, oxygenace, krevní tlak, tělesná teplota, dechová frekvence a stav vědomí. Zde se využíval kombinovaný monitoring.

Monitorace srdeční aktivity – EKG. Elektrokardiografie je neinvazivní metoda, zaznamenávající bioelektrické potenciály srdečních buněk. Změny potenciálů v činném srdci zachycují snímací elektrody a vodivé kabely. EKG křivka je přenášena monitor u lůžka nemocné.

Monitorace srdeční frekvence. Monitorace srdeční frekvence se provádí pomocí pulzního oxymetru, který se připevní na prst ruky, nebo na ušní lalůček. Záznam z pulzního oxymetru je možné sledovat centrálně a na monitoru u lůžka nemocné.

Monitorace oxygenace. Pulzní oxymetrie je neinvazivní metoda, určující nasycení hemoglobinu kyslíkem. Tato metoda je založena na principu rozdílné absorpce infračerveného záření hemoglobinem a oxyhemoglobinem. Norma se pohybuje od 96 – 100%. U nemocné se hodnoty oxygenace pohybovaly v normě.

Monitorace krevního tlaku. Měření krevního tlaku je základní metoda kontroly stavu krevního oběhu pacienta. Krevní tlak je možné měřit přímo v tepně (intraarteriálně), nebo nepřímo pomocí rtuťového tonometru a fonendoskopu. Stetoskopická metoda je založena na principu poslechu nástupu a vymizení tepu (tzv. Korotkových fenoménů) fonendoskopem, přiloženým obvykle nad a. brachialis. U nemocné se hodnoty pohybovaly v normálním rozmezí díky farmakologické léčbě hypertenze.

Monitorace tělesné teploty. Tělesná teplota je vyjádřením rovnováhy mezi vyráběným teplem uvnitř organismu a jeho výdejem a ztrátami. Výdej tělesné teploty je ovládán vnějším prostředím, např. venkovní teplotou, vlhkostí, činností hypotalamu, v němž se stimulují senzory pro teplo a chlad a celkovým zdravotním stavem pacienta. Metody měření tělesné teploty : axilární metoda, orální metoda, rektální metoda.

U nemocné byla tělesná teplota měřena dvakrát denně. Hodnoty tělesné teploty naměřené večer bývaly v prvních dnech hospitalizace mírně zvýšené – 37,4°C. Tělesná teplota byla měřená metodou axilární.

Monitorace vědomí. Vědomí je stav, ve kterém organismus plně vnímá podněty, přicházející ze zevního prostředí a přiměřeně na ně reaguje. Zachované a kvalitní vědomí se hodnotí celkovým sledováním pacientky, skutečnou orientací v prostoru, místě a času. Pro zhodnocení stupně vědomí se běžně používá Glasgowská stupnice kómat – GCS (Glasgow Coma Scale).

Během příjmu pacientky na oddělení urgentního příjmu se vyskytovaly mírné známky časové dezorientace. Ostatní kvality byly v normě.

Tabulka č.1 Glasgow Coma Scale

Podnět	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně	4
	na oslovení	3
	bolestivý podnět	2
	pacient nereaguje	1
Slovní podnět	plně orientován	5
	zmatená	4
	nepřiměřená	3
	nesrozumitelná	2
	bez odpovědi	1
Motorický podnět	Uposlechne příkaz	6
	cílená obrana	5
	úhyb	4
	flexe na bolest	3
	extenze na bolest	2
	bez odpovědi	1
Celkové skóre		3 - 15

GCS pacientky při přijetí k hospitalizaci-13b.

(Kapounová, 2007, s. 42)

3.5 Souhrn provedených vyšetření při přijetí k hospitalizaci

Vitální funkce:

TK 120-210/50-90 mmHg,

P 85-100/min, SpO₂ 90-95%,

TT 36,2°C,

hodnoty glykemie v tolerované normě (6,7-9,2 mmol/l)

Laboratorní vyšetření krve:

Hematologické vyšetření krve: Krevní obraz – tab. č. 2

	2.3.2011	3.3.2011	4.3.2011	Norma
Hemoglobin	113	124	119	120 - 160g/l
Hematokrit	0,33	0,36	0,36	0,35-0,46 l/l
Erytrocyty	3,88	4,26	4,19	3,8-5,2 .10 ¹² /l
Leukocyty	9,8	7,1	7,9	4,0-10,0 .10 ⁹ /l
Trombocyty	253	249	268	120–300.10 ⁹ /l

Koagulační vyšetření krve – tab. č. 3

	2.3.2011	3.3.2011	4.3.2011	Norma
APTT	25,9	30,3	28,3	25,9-40 s
INR	1,1	1,02	1,02	0,8-1,25
Quick	13,2	12,5	12,3	
Anti Xa	0,23	0,57	0,43	

Biochemické vyšetření krve - tab. č. 4

	2.3.2011	3.3.2011	4.3.2011	Norma
Na				133-150
	140	145	140	mmol/l

K	4,1	4,2	5,8	3,8-5,5 mmol/l
Cl	108	105	108	97-108 mmol/l
Osmolalita	290	284	289	275–295 mmol/kg
ALP	1,82	1,42	1,56	0,88-0,35 mmol/l
AST	0,15	0,42	0,53	0,16-0,63 mmol/l
ALT	0,31	0,35	0,24	0,10-0,63 mmol/l
GMT	0,21	0,25	0,27	0-1,1 mmol/l
Urea	9,2	6,1	5,8	2,9-8,2 mmol/l
Kreatinin	68	65	64	53-106 mmol/l
Cholesterol	3,4	-	-	4,3-5,9 mmol/l
CRP	5,5	5,1	3,9	0-10 mmol/l

(4)

Zobrazovací metody:

EKG – FiS neznámého stáří, osa neutrální, převodní časy v normě, ST bez denivelací

RTG S+P – drobná ploténková atelaktáza vlevo ve středním plicním poli, naznačené zastínění vpravo na rozhraní horního a středního pole, nevýrazné infiltrativní změny, mírná akromegalie, bez známek městnání v malém oběhu, aterosklerotické změny aorty

USG karotid – sklerotické plaky ve stěnách karotid, větší vpravo, oboustranně bez známek hemodynamicky významné stenózy, na vertebrálních tepnách je nález přiměřený věku

CT mozku – subakutní ischemie v povodí a.cerebri media dx., starší postischemické změny, ateroskleróza mozkových tepen, bez intracerebrálního krvácení

CT AG – magistrální mozkové tepny jsou průchodné, bez prokazatelné stenózy

MR mozku – čerstvá ischemie v oblasti levého thalamu a vlevo occipitálně starší postischemické změny

3.5.1 Epikríza

84-letá polymorbidní pacientka (DM na PAD, HT, stp. bilat. mammeotomie pro nádor, glaukom) přijata pro kmenovou či vícečetnou iCMP, klinicky pravostranná hemiparéza, lehká smíšená fatická porucha s převahou expresivní složky. Na CT mozku jsou popisovány kromě starších postischemických změn i subakutní ischemie v povodí ACM l.dx, to však klinicky nekoreluje. CT AG bez patologie na intrakraniálních tepnách. Etiologicky možná vícečetná kardioembolizace při FiS nejasného stáří. KP stabilní. USG karotid bez hemodynamicky významné stenózy. MR s nálezem akutní ischemie v levém thalamu a occipitálně vlevo, četné postischemické změny supratentoriálně a v oblasti kmene. Postupně budou nasazovány antihypertenziva.

3.6 Farmakoterapie v průběhu hospitalizace

- Ambrobene sol. - mukolytikum
indikace – léčivo usnadňující vykašlávání hlenu z dýchacích cest
nežádoucí účinky – neklid, euforie, útlum, nespavost
podáváno formou nebulizace – 1 ml Ambrobene + 3 ml FR
- Azopt gtt. – antiglaukomatikum
indikace – ke snížení nitroočního tlaku
nežádoucí účinky – přechodné poruchy zrakového vnímání, snížená sekrece slz
dávkování : do obou očí 1-0-1 gtt
- Degan 10 mg – antiemetikum
indikace – regulace motility zažívací trubice, symptomatická léčba nauzey a zvracení
nežádoucí účinky – útlum, slabost, spavost
dávkování : 1-1-1 tbl. p.o.

- Fraxiparine 0,5 ml inj. - antikoagulancium, antotrombotikum
indikace – léčba tromboembolické choroby
nežádoucí účinky – krvácivé projevy na různých částech těla,
trombocytopenie
dávkování : po 12 hod podat s.c.
- Fyziologický roztok 1000ml sol.
indikace – nosný roztok pro i.v. aplikaci léčiv, dehydratace
dávkování : 1x denně na 24 hod, i.v.
- Furosemid 20 mg tbl. - diuretikum
indikace – léčivo zvyšující tvorbu moči, snižující otoky
nežádoucí účinky – hypokalemie, hyponatremie, hyperglykemie,
hypotenze
dávkování : 1/2-0-0 tbl p.o.
- Helicid cps. - antiulcerózní látka
indikace – léčba při žaludeční a duodenální vředové chorobě
nežádoucí účinky – nauzea, průjem, bolesti hlavy, plynatost
dávkování : 1-0-1 cps. p.o.
- Lactulóza sol. - laxancium
indikace – projímadlo
nežádoucí účinky – možnost návyku
dávkování : 1 lžíce 1-1-1 p.o.
- Lekoptin 240 R tbl. - antihypertenzivum, antiarytmikum
indikace – léčba hypertenze, FiS, chronické stabilní anginy pectoris
nežádoucí účinky – nauzea, nadýmání, zácpa, únava, nervozita
dávkování : 1-0-0 tbl. p.o.
- Lusopress 20 mg tbl. - antihypertenzivum
indikace – léčba vysokého krevního tlaku
nežádoucí účinky – bolesti hlavy, pocity horka, otoky DK,
zčervenání obličeje, nevolnost, palpitace, závratě, vyrážka
dávkování : 1/2-0-1/2 tbl. p.o.
- MgSO₄ – myorelaxans

indikace – pomocná léčba křečových stavů, při nedostatku magnézia v séru

nežádoucí účinky – pocení, pokles TK, poruchy srdečního rytmu, snížení až vymizení reflexů, svalová slabost, hypotermie

dávkování : 1 amp (10ml) do FR na 24 hod, i.v.

- Metformin 500 mg tbl – perorální antidiabetikum

indikace – léčba diabetu mellitu II.typu

nežádoucí účinky – nevolnost, zvracení, průjem, bolesti břicha, ztráta chuti k jídlu

dávkování : 1-0-1 před jídlem

- Sortis 20 mg tbl. - antihypertenzivum

indikace – léčba vysokého krevního tlaku

nežádoucí účinky - bolesti hlavy, pocity horka, otoky DK, zčervenání obličeje, nevolnost, palpitace, závratě, vyrážka

dávkování : 0-0-1 tbl. p.o

(10)

4 Ošetrovatelská část

4.1 Ošetrovatelský proces a jeho charakteristika

Ošetrovatelský proces je metodický rámec pro plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o cyklický proces, jehož jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí pacientovi se podílet na péči. (14)

Člověk je chápán holisticky – jako celek, na který působí řada faktorů ovlivňujících jeho prožívání zdraví a nemoci včetně sociálního prostředí.

Teorie ošetrovatelského procesu pronikla na konci 60. let do Evropy z USA jako koncepční model vstřícného přístupu k ošetřování nemocných.

Program WHO pro rozvoj ošetrovatelství v Evropě charakterizuje ošetrovatelský proces takto:

„Ošetrovatelský proces je soubor specifických ošetrovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin anebo celých komunit. V užším slova smyslu zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb pacienta nebo komunity a vymezení těch, které mohou být nejúčinněji uspokojeny péčí sester. Patří sem plánování způsobu uspokojování potřeb, realizace plánu, vyhodnocení výsledků či efektivity dané péče. Sestra ve spolupráci s ostatními členy ošetrovatelského týmu i s jednotlivci či skupinami, o něž je pečováno, stanoví cíle, určí priority, navrhne potřebnou péči a mobilizuje potřebné prostředky. Poté poskytuje ošetrovatelskou péči přímo nebo zprostředkovaně a následně vyhodnotí účinnost poskytnuté péče.“

(Jarošová, 2000, s. 61)

4.2 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází neboli kroků.

Posuzování – sběr informací a třídění údajů. Jedná se o osobní údaje nemocného, o poznatky denních zvyků nemocného, včetně zmapování celkového vzhledu nemocného, základních změření fyziologických funkcí výšky, váhy apod. Snaha získat specifické informace, které mohou přiblížit vnitřní život pacienta a tak mu zpříjemnit pobyt v nemocnici.

Ošetrovatelská diagnóza. Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, posouzení míry jejich naplnění, eventuálně narušení a hledání cest k nápravě. Ošetrovatelské diagnózy se dělí na akutní a potencionální. Akutní vyjadřují přítomný problém nebo potřebu jako je například nespavost, nechutenství. Potencionální vyjadřují zaměření sesterské péče na ohrožení nemocného případnými riziky, jako jsou například proleženiny, malnutrice, dehydratace.

Plánování ošetrovatelské péče. Jedná se o stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče, o naplánování způsobů, metod a cest k naplnění těchto plánů. Nedílnou součástí plánování je také dohoda s nemocným o pořadí a naléhavosti jednotlivých etap.

Realizace znamená uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi. Je zaměřena na naplnění stanovených cílů, pokud možno ve stanoveném pořadí.

Zhodnocení efektu poskytnuté péče. Zhodnocení bývá objektivní zdravotníky a subjektivní pacientem.

(14)

4.3 Charakteristika ošetrovatelského modelu „aktivity života“

Jako výchozí model ošetrovatelské péče, pomocí kterého jsem zpracovala informace o paní J.V. je „Model aktivity života“, vytvořený Virginíí Hendersonovou a rozvíjený Nancy Roperovou, Winifred Loganovou a Alison Tiernerovou. Pro pacienty postižené cévní mozkovou příhodou je vhodný proto, že klade důraz na opětovné získání maximální nezávislosti. Tento model zdůrazňuje respektování všech okolností ovlivňující jedince ve vykonávání

každodenních aktivit – věku, kultury, vzdělání, prostředí, fyzických a psychosociálních faktorů. (11)

4.3.1 Hlavní cíle ošetřovatelského modelu „aktivity života“:

1. „Pomoci udržet nebo opětovně získat maximální nezávislost v každodenních aktivitách a pomoci překlenout období, kdy je jedinec závislý na jiné osobě.
2. Umožnit jedinci provádět nezávisle prevenci nemocí a úrazů.
3. Provádět aktivity, které vedou k uzdravení a získání nezávislosti.
4. Podávat předepsanou léčbu, která vede k uzdravení a získání nezávislosti.“

(Mádlová, 1998, s. 12)

4.3.2 Základní potřeby v modelu „aktivity života“

„Lidé jsou tvořeni čtyřmi základními složkami – biologickou, psychickou, sociální s spirituální, které jsou souhrnem 14 elementárních potřeb.

Jedná se o tyto potřeby :

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vyprazdňování
4. pohyb a udržování správné 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 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

Uvedené potřeby jsou vlastní všem lidem, jsou ovlivňované kulturou a individualitou každého jedince v oblasti biologické (potřeby č. 1-9), psychické (potřeby č. 10,14), sociální (potřeby č. 12,13) i spirituální (potřeba č. 11) a uspokojované jsou nejrůznějšími způsoby života, z nichž ani dva nejsou stejné. Základní potřeby existují bez ohledu na medicínskou diagnózu, necht' je jakákoliv ovlivňuje. Péče odvozená od ze základních lidských potřeb může sloužit jako podklad při propagaci zdraví i při poskytování ošetrovatelské péče v případě nemoci. Základní ošetrovatelská péče je poskytována jedincům v nemocnicích i v domácím prostředí“.

(Pavlíková, 2006, s. 46-47)

4.3.3 Plán základní ošetrovatelské péče

Každá efektivní ošetrovatelská péče je plánovaná. Písemný plán nutí ty, kteří ho sestavují, aby se zamysleli nad potřebami daného pacienta. Písemný plán základní ošetrovatelské péče sestavují zúčastněné osoby (sestra a pacient) a slouží celému zdravotnickému týmu jako rozpis intervencí, které mají členové týmu při ošetrování pacienta postupně vykonávat. Plán ošetrovatelské péče vytváří předpoklad pro jednotnost a kontinuitu poskytované péče.

Funkci sestry definovala V. Hendersonová takto: „Jedinečnou funkcí sestry je pomoc (asistence) zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo k uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl ne to dostatek sil, vůle a vědomostí. A sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve.“

(Pavlíková, 2006, s. 49)

„Kromě naplňování své jedinečné funkce sestra pomáhá pacientovi plnit terapeutický plán lékaře. Prvořadou povinností sestry je tedy pomáhat pacientovi s jeho denním životním režimem nebo s těmi činnostmi, které běžně vykonával sám – bez pomoci, když měl dostatek sil, vůle a vědomostí a když byl naplněný láskou k životu.“

(Pavlíková, 2006, s. 49)

4.4 Ošetrovatelská anamnéza

Informace pro sepsání ošetrovatelské anamnézy jsem získala druhý den hospitalizace formou rozhovoru s nemocnou, pozorováním, ze zdravotnické dokumentace a rozhovory se členy zdravotnického týmu.

4.4.1 Dýchání

Před přijetím do nemocnice pacientka žádné obtíže s dýcháním neměla. Na namáhavé dýchání si nestěžuje. Pouze se občas zadýchá při namáhavější aktivitě, ale to přisuzuje svému věku a přidruženým onemocněním. Paní J.V. je nekuřačka.

2. den hospitalizace nebyly zaznamenány projevy značící obtíže s dýcháním.

4.4.2 Dostatečný příjem potravy a tekutin

Paní J.V. je diabetička již 20 let a tudíž musí dodržovat diabetickou dietu, která jí nečiní žádné obtíže. Naopak je s ní spokojená, protože sladká jídla nemá moc ráda. V oblíbenosti má klasická česká jídla. Svůj jídelníček charakterizuje jako chudší, ale pro ni chutný. Jídlo si zvládá obstarat sama, občas jí dcera vezme na větší nákup. Z tekutin má nejraději minerální vody a slabé čaje. Přiznává, že pije málo, 1 litr za den. Nemá ráda kávu a hodně sladké džusy.

2. den hospitalizace je příjem stravy u paní J.V. bez větších obtíží. Pacientka měla naordinovanou diabetickou dietu mletou. Byla nutná mírná dopomoc s nakrájením popř. namazáním stravy. Příjem tekutin byl dostatečný 1,5-2 litry za den. Pacientka byla důkladně edukována o dostatečném příjmu tekutin. Paní J.V. měla horní i dolní snímatelnou zubní protézu. Tu ji však rodina donesla až po několika dnech a tak měla pacientka zpočátku obtíže stravu dostatečně rozmělnit.

Pacientka váží 90 kg a měří 160 cm, BMI 37,1 svědčí pro obezitu II. stupně.

4.4.3 Vyprazdňování

Před přijetím do nemocnice pacientka neudává obtíže s vyprazdňováním. Stolicí měla obden. Na stolicí žádné změny nepozorovala. 2. den hospitalizace bylo vylučování stolice v normě.

Pacientka měla od prvního dne hospitalizace zavedený permanentní močový katétr, který jí nečinil žádné obtíže. PMK odváděl čistou moč bez příměsí. Její množství bylo pravidelně měřeno po 6 hodinách.

4.4.4 Pohyb a udržování správné polohy

Před přijetím do nemocnice byla pacientka chodící a plně soběstačná. Vše okolo domku a zahrádky si zajišťovala pacientka sama jen s malou pomocí dcery. Měla radost z toho, že byla tolik vitální až do tak vysokého věku. Věří, že po propuštění se jí její životní energie zas vrátí. Nepoužívala žádné kompenzační pomůcky umožňující jí lepší pohyblivost.

Při přijetí do nemocnice byla již pacientka imobilní, v důsledku základního onemocnění. Pacientčinu pohyblivost v lůžku omezovala její obezita, ale i tak se snažila co nejvíce personálu vypomáhat. Měla naplánovanou rehabilitaci. S udržováním správné polohy v lůžku paní J.V. neměla žádné větší problémy a vhodné polohy si vyhledávala převážně sama. Pacientka byla edukována o nevhodnosti setrvávání v jedné poloze a tak dle svých potřeb byla polohována na levý i pravý bok za pomoci ošetrovatelského personálu. Tím bylo docíleno jedné z možností prevence proleženin.

4.4.5 Spánek a odpočinek

Pacientka udává, že se spánkem před hospitalizací výraznější obtíže neměla. Občas však byla zvyklá si vzít sedativum předepsané od lékaře. Neužívala je však pravidelně, protože se obávala návyku.

2. den hospitalizace večer pocítila potřebu si vzít lék na spaní, který jí byl podán podle ordinace ošetřujícího lékaře. Ráno se však cítila unavená a neodpočatá. Večer usnula brzo, okolo 20:00 hod a často se v noci budila. Pacientka byla občas v noci zmatená a dezorientovaná, to však nad ránem opět pominulo.

4.4.6 Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Paní J.V. nosila ráda v domácím prostředí volnější oděvy, které jí nezabraňovaly v jakémkoliv pohybu. Nyní je oblečena do nemocniční otevřené košile. Pacientka se z důvodu hemiparézy nedokáže sama svléci ani obléci, snažila se tedy alespoň spolupracovat.

4.4.7 Udržování fyziologické tělesné teploty

Paní J.V. neměla před přijetím do nemocnice obtíže s udržením stálé tělesné teploty.

2. den hospitalizace v 7,00 hod ráno měla pacientka tělesnou teplotu 37,4°C. Od 12,00 již byla bez zvýšené teploty – měla 36,4°C Aktuální teploty na boxe ji vyhovují.

4.4.8 Udržování upravenosti a čistoty těla

Před přijetím do nemocnice byla pacientka zvyklá si dávat celkovou koupel i s umytím vlasů jednou za týden. Během týdne se umývala u umyvadla. Výjimkou vždy byla návštěva u lékaře, před kterou se též koupala. Byla zvyklá používat obyčejná tuhá mýdla. O pokožku přiznává, že se během života moc nestarala, protože nevykazovala známky nějakého deficitu. Nehty si udržovala krátce střižené. Zubní protézu si čistila vždy večer před spaním, kterou poté uložila do plastové krabičky s vodou.

Nyní je paní J.V. plně odkázána na pomoc personálu. Celková hygiena se provádí každé ráno v koupelně na aqualůžku. Při té si pacientka zvládla umýt obličej, krk, hrudník, břicho a pravou horní končetinu. Zbytek těla byl umyt sestrou. Po koupeli je kůže pacientky ošetřena ochrannými přípravky a důkladně byla ošetřena predilekční místa.

4.4.9 Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Doma se pacientka pohybovala a chodila bez větších obtíží. Svých chováním neohrožovala sebe, ani jiné osoby.

Nyní má paní J.V. pravostrannou hemiparézu, proto největším rizikem poranění je ohrožena pacientka sama. Možnému poranění pacientky je zabraňováno použitím postranic u lůžka, polštáři a molitany. Pacientce jsem zopakovala, kde je umístěno signalizační zařízení.

4.4.10 Komunikace

Komunikace s pacientkou byla příjemná, náš rozhovor ji mile potěšil a byla velice ráda, že může s někým popovídat i o jiných věcech, než které se týkají samotné hospitalizace. Pacientka neměla fatickou poruchou. Paní J.V. nemá obtíže s vybavit si potřebná slova, řeč je souvislá a logická. Během rozhovoru se mi pacientka svěřila s momentálně špatnými vztahy v rodině, díky kterým nekomunikuje s jednou dcerou a celou její rodinou. Přeje si, aby tato dcera nebyla informována o jejím zdravotním stavu, a nepřeje si od ní ani navštěvovat. Chování její dcery jí velmi nepříjemně překvapilo a neví, zda-li jí ještě někdy dokáže odpustit. Nyní se však paní J.V. upnula na druhou dceru a vnučku, které za ní docházejí každý den a projevují zájem o podporu soběstačnosti a převzetí do domácí péče. Bohužel momentální zdravotní stav pacientky toto ještě neumožňuje.

4.8.11 Vyznávání vlastní víry

Paní J.V. aktivně nevyznává žádné náboženství a není členem žádné církve.

4.8.12 Smysluplná práce

Před onemocněním byla pacientka zvyklá obstarávat domácnost a drobné práce okolo domku a zahrady, které byly v jejích silách. Nyní jsou její povinnosti zaměřeny na zdokonalování se v nácviu sebepěči a rehabilitaci.

4.8.13 Formy odpočinku

Mezi formy odpočinku v domácím prostředí by paní J.V. zařadila luštění křížovek, četbu románů, sledování seriálů v televizi a práci na zahradce.

Nyní má možnost sledovat televizi, nebo se věnovat četbě časopisů, co jí donesla dcera.

4.8.14 Učení, objevování nového, zvědavost

Paní J.V. považuje za nutné naučit se sebeobsluze s pravou paretickou horní končetinou a co nejefektivněji se zpět zařadit do procesu běžných každodenních činností. Pacientka má v plánu poznamenat si několik rehabilitačních cviků k procvičování postižené končetiny nejen v domácím prostředí, ale ještě v nemocničním zařízení.

4.5 Ošetrovatelské diagnózy

Po sběru anamnestických údajů, který jsem uskutečnila 2. den hospitalizace, jsem zhodnotila stav paní J.V. z hlediska ošetrovatelských intervencí a stanovila jsem aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy.

4.5.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Zhoršená mobilita v důsledku základního onemocnění
2. Strach z důvodu nesoběstačnosti a být na obtíž svému okolí
3. Deficit sebeděče v oblasti hygieny z důvodu základního onemocnění
4. Deficit sebeděče v oblasti přijímání stravy z důvodu z důvodu základního onemocnění
5. Porucha spánku z důvodu změny prostředí a zdravotního stavu

4.5.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PŽK a PMK
2. Potencionální riziko vzniku hypoglykemického komatu

4.6 Ošetrovatelský proces

4.6.1 Zhoršená mobilita z důvodu základního onemocnění

Cíl ošetrovatelské péče:

- zlepšit úroveň pohyblivosti v oblasti hygieny a stravování
- nemocná bude mít dostatek informací o možnostech mobility na lůžku

Plán ošetrovatelské péče:

- Barthel test : 30 bodů
- edukovat pacientku o nutnosti podporovat svou mobilitu
- vysvětlit význam udržení bezpečného prostředí v nemocnici i doma
- poučit pacientku o možných rizicích spojených s imobilizací
- vhodně motivovat nemocnou pro spolupráci
- vést nemocnou k soběstačnosti, podporovat a oceňovat její snahu

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientka byla ke druhému dni hospitalizace závislá na pomoci druhých z důvodu základního onemocnění. Byla dostatečně poučena o nutnosti spolupráce při činnostech, které budou podporovat její mobilitu. Paní J.V. bylo důkladně vysvětleno, proč je potřebné udržovat bezpečné prostředí v nemocnici i doma. Zejména bylo zmíněno použití postranic u lůžka jako prevence pádu z něj, funkce brázdíčky, použití signalizačního zařízení, polštářů, molitanových kvádrů a antidekubitních botiček.. Dále byla pacientka dostatečně edukována o možném vzniku komplikací spojených s imobilizací, a to zejména o vzniku dekubitů, TEN, zápalu plic, zácpy a úbytku svalové hmoty.

Paní J.V. jsem se snažila ke spolupráci motivovat rozhovorem o jejích zálibách a nutnosti být pro jejich vykonávání soběstačný. Toto téma v pacientce vzbudilo velký zájem, ale také částečné obavy o to, kdo se v době její nepřítomnosti postará o jejího pejska. Paní J.V. jsem se snažila vést k soběstačnosti několika způsoby: byly jí poskytnuty výše zmíněné kompenzační pomůcky, které jsme u pacientky pravidelně používali. Dále jí byl noční stolek přisunut k pravé straně lůžka a tak se pacientka mohla částečně obsluhovat sama. Všechny snahy pacientky o zapojení do své obslužnosti byly náležitě chváleny a oceňovány.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

U pacientky byla dostatečně podpořena aktivizace v oblasti mobility. Na poučení o pohyblivosti reagovala pochopením s občasnými dotazy týkající se dopomoci v běžných činnostech.

4.6.2 Strach z důvodu nesoběstačnosti a být na obtíž svému okolí

Cíl ošetrovatelské péče:

- zmírnit strach pacientky

Plán ošetrovatelské péče:

- vyzývat pacientku k otázkám
- zajistit pacientce rozhovor s lékařkou
- jasně a zřetelně odpovídat na pacientčiny dotazy
- naslouchat a povzbuzovat

Realizace ošetrovatelské péče:

Již od počátku hospitalizace pacientka projevovala obavy ze současné situace. Nevěděla, co ji čeká a z toho pramenil obávaný strach, který projevovala mírnou plačtivostí. Během rozhovoru s pacientkou při kterém jsem jí vyzývala k otázkám, jsem se snažila zjistit příčiny strachu. Následně jí byl zajištěn rozhovor s lékařkou, který jí seznámil s výsledky vyšetření, dalšími léčebnými postupy a potřebou intenzivní rehabilitace. Po rozhovoru s lékařkou se pacientka cítila již klidněji a částečně měla představu o tom, co jí během hospitalizace čeká. Pacientka se aktivně zapojovala do rozhovorů týkající se jejího zdravotního stavu a na její dotazy bylo jasně a zřetelně odpovídáno. Společně se hledalo možné řešení její následující životní situace, na místě bylo i časté povzbuzování.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Po několika rozhovorech s pacientkou se její obavy zmenšily. Na otázku, zda-li se cítí klidněji, odpověděla ano.

4.6.3 Deficit sebepéče v oblasti hygieny z důvodu základního onemocnění

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka bude čistá a upravená
- pacientka bude spolupracovat při hygieně v rámci svých možností

Plán ošetrovatelské péče:

- edukovat pacientku o nutnosti dodržování základních hygienických pravidel
- vysvětlit pacientce postup ranní hygieny
- provést hygieny za mírné dopomoci pacientky
- úprava lůžka a kompenzačních pomůcek

Realizace ošetrovatelské péče:

Paní J.V. jsem dostatečně poučila o nutnosti dodržování základních hygienických pravidel a požádala ji o maximální možnou spolupráci. Pacientka souhlasila s názorem, že bude-li čistá a upravená, bude se cítit více spokojená. Pacientce jsem sdělila postup ranní hygieny, a to, že její očista bude probíhat na aqualůžku v koupelně za pomoci sanitáře a sestry.

K ranní hygieně jsem připravila čisté ložní prádlo, otevřenou nemocniční košili, jednorázové podložky, mýdlo, ručník, žínky, čisticí pěnu na silně znečištěná místa těla, přípravky na ošetření pokožky, emitní misku, buničinu, citrónové štětičky na hygienu dutiny ústní.

Vlastní hygiena probíhala následkově: pacientka byla přesunuta na pojízdné aqualůžko, na kterém byla převezena do koupelny a zde byla na něm provedena ranní hygiena. Obličej, krk, hrudník, břicho a pravou horní končetinu si pacientka zvládla umýt sama. Levou horní končetinu, dolní končetiny, záda a genitál byl umyt sestrou. Celému procesu očisty těla byla pacientka nápomocna. Dále jsme pacientku osušili a převezli zpět na box. Ve stejné době bylo na jejím lůžku vyměněno ložní prádlo a upraveny kompenzační pomůcky. Po přesunu paní J.V. zpět na její lůžko byla ošetřena ochrannými přípravky (Menalind, Ambiderman), Menalindem byla ošetřena oblast hýždí, Ambidermanem byly ošetřeny DK. Zbytek těla byl ošetřen ochranným olejem, pravou HK, hrudník a břicho si paní J.V. namazala olejem sama. Poté byla pacientka oblečena do otevřené nemocniční košile. Paní J.V. jsem připravila pomůcky k hygieně dutiny

ústní, kterou si zvládla vyčistit sama za pomoci jednorázových štětiček napuštěných směsí Boraxglycerinem a Stopanginem, emitní misky a buničiny. Mezi tím jsem pod tekoucí vodou očistila obě zubní protézy a připravila je pacientce do plastové krabičky na nočním stole.

Za pomoci sanitáře jsem ještě paní J.V. v lůžku na polohovala – polštáři jsem vypodložila paretické končetiny a zvedla podhlavník do polohy, která byla paní J.V. pohodlná. Na konec celého procesu jsem ještě pacientce upravila paruku a pomohla jí s jejím nasazením. Poté pacientka celou situaci zhodnotila jako velice příjemnou a osvěžující.

Zhodnocení ošetrovatelské péče :

U pacientky byla provedena celková koupel na aqualůžku v koupelně, při které se snažila pomáhat, ale bohužel v důsledku hemiparézy pravostranných končetin její pomoc nebyla natolik dostačující, aby se mohla umývat sama. Pacientka mi po koupeli sdělila, že se cítí velice příjemně.

4.6.4 Deficit sebepéče v oblasti přijímání stravy z důvodu základního onemocnění

Cíl:

- nemocná se za mírné dopomoci personálu bude schopná sama najíst

Plán ošetrovatelské péče:

- zajistit vhodnou polohu pro stravování
- připravit noční stolek
- dopomoci při servírování stravy

Realizace ošetrovatelské péče:

Před konzumací jakéhokoliv jídla si paní J.V. vložila do úst zubní protézy pro lepší rozmělnění stravy. Pacientku jsem uvedla do polohy v sedě na lůžku, při které se mohla bezpečně najíst, aniž by hrozila aspirace potravou. K lůžku byl přisunut noční stolek, na který bylo možné položit ták s jídlem. Pravou paretickou ruku jsem pacientce opatrně položila na stolek vedle tácu s jídlem. Pacientka nebyla schopná si jídlo nakrájet, nebo namazat, proto jí v tomto vypomáhal personál. Poté se již pacientka najedla levou rukou sama. Zpočátku udávala mírný nezvyk, ale protože jinak levá ruka byla plně hybná, byla nucena se tak najíst, aby se podporovala její soběstačnost.

K jídlu jí vždy byly podávány i tekutiny. Hrnek s tekutinami měla celý den k dispozici na nočním stolku z pravé strany lůžka. U pacientky jsem musela stále kontrolovat množství tekutin v hrnku, v případě potřeby ho tekutinami dolít, protože pacientka toho jednou rukou nebyla schopna. Příjem tekutin byl dostatečný, díky poučení o nutnosti dodržovat pitný režim a občasným připomenutím k napití.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Pacientka byla schopná se sama najíst, ovšem za pomoci personálu, který jí musel stravu připravit tak, aby byla schopna se najíst levou rukou.

4.6.5 Porucha spánku z důvodu změny prostředí a zdravotního stavu

Cíl ošetrovatelské péče:

- pacientka bude spát alespoň 5 hodin
- pacientka se bude cítit odpočatá

Plán ošetrovatelské péče:

- edukovat pacientku o nutnosti dodržovat lékařské ordinace i v nočních hodinách
- zajistit klidné prostředí pro spánek
- upravit pohodlně lůžko
- maximálně omezit rušení pacientky během noci

Realizace ošetrovatelské péče:

Pacientku jsem v průběhu dne poučila o tom, že i v noci je nutné dodržovat lékařské ordinace. Paní J.V. reagovala pochopením. Během dne pacientka sledovala televizi, kterou měla na vlastní žádost puštěnou a přitom otevřenými dveřmi sledovala ruch na oddělení. V odpoledních hodinách chodila za pacientkou dcera s vnučkou. Pacientka byla zvyklá usínat v brzkých večerních hodinách, proto bylo nutné zajistit klidné prostředí pro spánek již před 20:00 hod. Ve 20:00 hod byla na přání pacientky vypnuta televize, přitemněno osvětlení okolo lůžka a personálem jí bylo lůžko vhodně upraveno ke spánku. Ve 22:30 pacientka požádala personál o lék na spaní. Po půlhodině od požití léku pacientka usnula a spala až do rána.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

Cíl ošetrovatelského plánu byl splněn, protože pacientka spala déle než 5 hodin a ráno mi sdělila, že se cítí odpočatě a plná síly na další den.

4.6.6 Potencionální riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru a permanentního močového katétru

Cíl ošetrovatelské péče:

- minimalizovat možnosti vzniku infekce, včas rozpoznat počínající infekci v místě zavedené invaze.

Plán ošetrovatelské péče:

- edukovat pacientku o opatrném zacházení s LHK, kde má v místě hřbetu ruky zavedený PŽK
- dodržovat aseptické podmínky při manipulaci s PŽK
- PŽK provádět dle standardů oddělení
- pravidelně sledovat okolí vpichu
- měřit pravidelně TT
- provádět záznamy do dokumentace o převazu PŽK
- edukovat pacientku o nutnosti dostatečně přijímat tekutiny z důvodu prevence vzniku infekce v místě zavedení PMK
- dbát na řádnou hygienu genitálu
- dodržovat aseptické postupy
- sledovat průchodnost PMK

Realizace ošetrovatelského péče:

PŽK měla pacientka zavedena 2. den. Paní J.V. byla důkladně poučena o opatrném zacházení s LHK, ve které byl zaveden PŽK. Jakákoliv činnost související s manipulací s PŽK byla prováděna za aseptických podmínek. Převaz se provedl ráno, po celkové hygieně pacientky. Během převazu bylo překontrolováno místo vpichu pohledem, PŽK byla funkční, bez známek zánětu. Pacientky tělesná teplota byla 36,3°C. Do dokumentace pacienty byl následně proveden zápis o převazu invaze.

Pacientku bylo nutné poučit o nutnosti přijímat dostatečné množství tekutin. Během ranní hygieny bylo řádně omyto ústí močové trubice. Během všech manipulací s PMK bylo postupováno asepticky. PMK odváděl čistou moč

bez příměsí. Pacientky příjem tekutin cestou p.o. a i.v. byl 2560 ml a výdej 2300 ml. Každých 6 hodin byla zaznamenávána diuréza, která odpovídala množství tekutin přijaté cestou i.v. a p.o.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

U pacientky nedošlo ke vzniku infekce v důsledku zavedení PŽK a PMK.

4.6.7 Potencionální riziko vzniku hypoglykemického komatu:

Cíl ošetrovatelské péče:

- aabránit vzniku hypoglykemického komatu

Plán ošetrovatelské péče:

- poučit pacientku o nutnosti dodržovat pravidelný stravovací režim
- pravidelně měřit hodnoty glykémie
- podávat ordinované perorální antidiabetika
- zajistit pravidelnou stravu a sledovat množství snědeného jídla

Realizace ošetrovatelské péče:

Vzhledem k tomu, že pacientka má DM již 20 let, proto jsem jí pouze zopakovala pravidla, která jsou nutná dodržovat při tomto onemocnění. Pravidelně před každým jídlem a ve 22:00 hod jsem měřila hodnoty glykémie, které nepřesáhly hodnoty 10,0 mmol/l, proto jsem podávala naordinovaná antidiabetika dle ordinace lékaře. Po podání antidiabetik jsem sledovala množství snědené stravy. Pacientka snědla celé porce.

Zhodnocení ošetrovatelské péče:

U pacientky nedošlo ke vzniku hypoglykemického komatu, díky dodržování stravovacího režimu, pravidelného podávání PAD a měření hodnot glykémie.

4.7 Dlouhodobý ošetrovatelský plán

Paní J.V. byla na jednotce intenzivní péče interního typu hospitalizována 16 dní, poté byla přeložena na standardní lůžkové oddělení. Během této doby se snažila co nejvíce zapojovat do běžných činností, které se týkaly denní ošetrovatelské péče o její osobu. V průběhu hospitalizace byla nemocná seznámena s možnostmi používání kompenzačních pomůcek.

Nemocná zpočátku potřebovala značnou dopomoc ve všech situacích týkající se denních činností. Dopomoc byla poskytována zejména v oblastech hygieny, stravování, vyprazdňování, oblékání, udržování vhodné polohy v lůžku a rehabilitace.

V rámci hygieny byla zajišťována celková koupel pacientky každý den ráno. Celková koupel probíhala v aqualůžku, při které si pacientka zpočátku zvládla umýt pouze obličej, později pravou horní končetinu, krk, trup a břicho. Od 13. dne hospitalizace byla hygiena prováděna ve sprše na sedačce, ale stále za velké pomoci personálu.

Dopomoc v oblasti stravování se během hospitalizace příliš nezměnila. Stále bylo v případě potřeby nutné stravu naporcovat, popř. namazat. Tekutiny si pacientka zvládla do hrnku nalít za předpokladu, že měla láhev s tekutinami otevřenou.

Zpočátku hospitalizace se u pacientky objevila občasná inkontinence stolice, které si ale paní V. byla vědoma. Během několika následujících dnů došlo ke zlepšení a pacientka včas rozpoznala přicházející potřebu vyprázdnění. K samotnému vyprazdňování docházelo na lůžku do podložní mísy. Po celou dobu hospitalizace měla pacientka zavedený PMK, který nejevit známky infekce.

Oblast oblékání byla také částečně zlepšena, ale stále vyžaduje pomoc od personálu. Nemocná byla při překladi na standardní lůžkové oddělení schopna obléknout si košili, ale knoflíky si již nezapnula .

Oblast udržování vhodné polohy v lůžku se zlepšovala velice rychle. Již od počátku pacientka projevovala velkou snahu pomáhat při polohování. Zvládala se s mírnou pomocí přetáčet na boky za což byla velice chválena. Často využívala i hrazdu u lůžku, díky které se mohla přitahovat či nadzvedávat, a tím ošetřujícímu personálu značně usnadňovala práci při manipulaci s její osobou. Poslední dny

hospitalizace bylo pacientce dopomáháno k sedu na lůžku s DK spuštěnými z lůžka. Pacientka tuto polohu hodnotila velmi kladně, protože i ona sama viděla značné pokroky v její mobilitě, a to jí motivovalo k vytrvalé rehabilitaci.

Zpočátku probíhala rehabilitace ze strany pacientky od pasivních, přes aktivní cviky na lůžku k postupnému sedu na lůžku s DK spuštěnými z lůžka. Na pokus o vertikalizaci se pacientka ještě necítila být dostatečně silná. Během celé hospitalizace byly u lůžka postranice, jako prevence případného pádu. Dále byly u pacientky použity polohovací pomůcky, které usnadňovaly polohování a udržování správné polohy v lůžku a během sedu. Pacientce se sedem s DK spuštěnými z lůžka dopomáhalo během stravování. Během toho bylo nutné zajistit operu zad, kterou zajišťovala speciální pomůcka pro nestabilně sedící pacienty. Za pacientkou docházel rehabilitační pracovník 2krát denně.

Občas se mi pacientka svěřila, že má mírné obavy o to, jaký bude její další osud po propuštění ze zdravotnického zařízení. Trápila ji též momentální rodinná situace, kdy přestala komunikovat se svou jednou dcerou a její celou rodinou, kvůli sporům o majetek. Vyslovila i obavy, aby se měla kam po propuštění vrátit. Říkala, že neví, čeho je jí dcera schopná. Náladu ji vždy vylepšovala druhá dcera s vnučkou, které za pacientkou pravidelně docházely na návštěvu. Ty při svých návštěvách jevíly zájem o možnosti péči, kterou bude paní J.V. potřebovat po propuštění do domácí péče.

Pacientka po celou dobu hospitalizace neměla projevy infekce v důsledku zavedení periferního žilního katétru, ani permanentního močového katétru. PŽK byl pacientce vyměňován každý 4. den. PMK byl z důvodu prevence vyměněn 12. den hospitalizace. Po dobu hospitalizace nemocné na JIP byla nepřetržitě monitorována. Monitorovala se především srdeční akce, krevní tlak, pulzy, dechy, saturace, stav vědomí, tělesná teplota, hodnoty glykémie a bilance tekutin. V prvních dnech hospitalizace byla pacientka převážně v nočních hodinách mírně dezorientovaná a zmatená, nad ránem se však stav vědomí opět upravil. Během pobytu na JIP se pacientka ochotně spolupracovala.

4.8 Rehabilitace

Rehabilitace po prodělané CMP je multidisciplinárním procesem, který zahrnuje tým dle různých dovedností. Tento tým zahrnuje ošetřující personál iktového centra/jednotka, fyzioterapii, logopeda, rehabilitačního pracovníka, ergoterapeuta. Některé týmy mohou také zahrnovat psychology a sociální pracovníky. Rehabilitace u CMP začíná téměř okamžitě. Pro většinu pacientů pro prodělané CMP je fyzioterapie základní kámen procesu rehabilitace. Důležitou částí terapie je pracovní terapie. Ta zahrnuje cvičení a školení každodenních aktivit, jako je jedení, pití a polykání, oblékat se, koupání, vaření, čtení a psaní. Řeč a terapie jazyka je vhodná pro pacienty s problémy rozumět řeči nebo psaným slovům, nebo problémem tvořit řeč.

Rozlišujeme několik vývojových stadií CMP a každé stadium vyžaduje jiný rehabilitační přístup, zejména pokud jde o metody léčebné tělesné výchovy:

- stadium akutní – dominuje svalová hypotonie (tzv. stadium pseudochabé),
- stadium subakutní – rozvíjí se a převažuje spasticita (svalový hypertonus),
- stadium relativní úpravy – příznivý vývoj s postupujícím zlepšováním stavu,
- stadium chronické – stav se již dále nezlepšuje.

Uvedená stadia se navzájem překrývají a nelze je tedy od sebe striktně oddělovat. V rámci rehabilitace pacientů po CMP se využívá celá řada metod: léčebná tělesná výchova (LTV), prostředky fyzikální terapie, manuální terapii, ergoterapie, logopedie.

(16)

4.9 Edukace

„Účelem edukace ve zdravotnictví je přispět k předcházení nemoci, udržování, nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Edukace má významnou pozici v rámci primární, sekundární, či terciální prevence.

1. Primární prevence – se zaměřuje na zdravé jedince, především na prevenci nemocí a zdraví prospěšná opatření, aby došlo k udržení jejich zdraví a zlepšení kvality života.
2. Sekundární prevence – edukace probíhá u již nemocných jedinců, u kterých se snaží ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. Edukace je zaměřena převážně na dodržování léčebného režimu, udržování soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění.
3. Terciální prevence – edukace v terciální prevenci je zaměřena na jedince, kteří mají již trvalé a nevratné změny ve svém zdravotním stavu. Zaměřuje se na zlepšení kvality života, kterou lze u jedince ovlivnit edukací tak, aby nedošlo k dalším možným komplikacím.“ (Juřeníková, 2010. s. 11)

Cílem edukace u paní J.V. bylo informovat o onemocnění, rizikových faktorech, které významně tuto nemoc ovlivňují a o komplikacích. Tuto část edukace provedl ošetřující lékař. Dále jsem pacientku poučila o dodržování diabetické diety a rehabilitaci. S těmito doporučeními jsem seznámila i rodinu pacientky. Každý kontakt s nemocnou jsem se snažila využít pro podávání informací

Za důležitou považuji především edukaci o vhodné stravě se sníženým obsahem živočišných tuků a sníženým přísunem soli. Vhodný je zvýšený přísun ryb, který působí pozitivně na hladinu cholesterolu v krvi. Sacharidy není nutné omezovat v případě, že nepřesahují energetickou normu. Dále jsem doporučila zvýšený přísun ovoce, zeleniny, vlákniny a omezení příjmu soli.

Dalším bodem edukace byla léčba hypertenze. Paní J.V. mi sdělila, že nedodržovala poctivě předepsané dávkování léků, proto jsem pacientku poučila o

nutnosti pravidelného užívání antihypertenziv. Dále jsem pacientce vysvětlila, že krevní tlak zvyšuje i nevhodná strava, převážně slaná.

Dále byla nemocná důkladně poučena o důležitosti rehabilitace, bez které se jen obtížně stane opět plně soběstačnou jako před hospitalizací. Edukaci jsem zaměřila na rehabilitaci, která bude probíhat v následujících dnech. Pacientku jsem seznámila s pravidly polohování osob s hemiparézou. Za pomoci polštářů, molitanových pomůcek a kuličkových polštářů jsem pacientce názorně předvedla, jak s nimi budeme polohování provádět. Důležité také bylo pacientku poučit o prevenci pádu, připomenout umístění signalizačního zařízení a vysvětlit použití postranic u lůžka.

Nemocné jsem doporučila více se věnovat některé z volnočasových aktivit, převážně procházky. Slíbila, že pokusí zvýšit svou tělesnou aktivitu procházkami do přírody se psem.

4.10 Psychologická a sociální část

„Na chování lidí v nemoci mají vliv různé faktory jako jsou věk, pohlaví, povolání, socioekonomický stav, náboženství, psychická stabilita, osobnost i vzdělání.

1. Stadium setkání se s příznaky – jde o přechodné stadium, během kterého začínají lidé zjišťovat, že něco není v pořádku. Stadium má tři aspekty: fyzické prožívání příznaků (např. bolest), kognitivní aspekt (vysvětlení si příznaků) a emocionální odpověď (strach, úzkost).
2. Osvojení si role nemocného – druhé stadium signalizující přijetí nemoci. Postižená osoba uvažuje o, že příznaky jsou dostatečně závažné pro přijetí choroby. V tomto stadiu jsou nemocní zpravidla vystrašení, dokáží se zřítí určitých činností, mohou vyhledat lékařskou pomoc.
3. Stadium kontaktu s lékařskou péčí – nemocní lidé vyhledávají odbornou lékařskou pomoc ať už z vlastní iniciativy, nebo na popud jiných. V tomto stadiu vyžadují tři typy informací: potvrzení svého onemocnění, vysvětlení svých příznaků, ujištění, že budou zase v pořádku.
4. Stadium role závislého nemocného. Potvrdí-li odborník, že osoba je opravdu nemocná, stává se závislou na jeho pomoci. Zavazující role ztěžují rozhodnutí zřítí se samostatnosti. Většina lidí se však smíří se svou závislostí na lékaři, i když se snaží uchovat kontrolu nad vlastním životem. V tomto období se nemocní často stávají tzv. pasivními příjemci.
5. Stadium uzdravování nebo rehabilitace. Během tohoto období se pacient učí vzdát se role nemocného a vrátit se k předchozím rolím a funkcím. Pro lidi s akutním onemocněním je role nemocného krátká a uzdravení bývá rychlé. Pacienti s dlouhotrvajícími chronickými chorobami, kteří se musejí přizpůsobovat novému životnímu stylu, mohou pokládat uzdravování za těžší.“
(Jarošová, 2000, s. 18,19)

Paní J.V. momentálně prožívala strach z budoucnosti a z vývoje jejího zdravotního stavu. Měla obavy z toho, že její nynější stav je již trvalý a co bude následovat dál. Bála se toho, že bude trvale odkázána na rodinu, která je pracovně

vytížená. O rehabilitačním zařízení nechtěla uvažovat, obávala se toho, že už by se nevrátila domů. Pacientka si plně uvědomovala, že její nemoc jí postihla také kvůli její špatné životosprávě, a proto se rozhodla o nápravu v oblastech stravy, léčby vysokého krevního tlaku a fyzické aktivity. V průběhu celé hospitalizace ji podporovala dcera s rodinou, která se též účastnila edukace. Rodina pacientku navštěvovala každý den. Paní J.V. měla z každé návštěvy radost a vždy se těšila na další. Po odchodu návštěvy se pacientka cítila dobře, utvrzovala se v přesvědčení, že se o ni rodina postará.

S paní J.V. byla zpočátku obtížně navázatelná komunikace. Nikdy nezačínala rozhovor jako první. Odpovídala krátce a stručně. Zdála se být ze všeho co se okolo děje být zaskočená. 3. den hospitalizace jsem si všimla častější komunikaci ze strany pacientky. Začala se vyptávat na náležitosti péče s ní spojenou a probíraly jsme možnosti spolupráce sošetrovatelským kolektivem. Občas vyjadřovala obavu nad nechtěnou návštěvou vnuka, na kterého byl vydán soudní příkaz se zákazem přibližovat se k paní J.V. S tímto příkazem byl seznámen celý ošetrovatelský kolektiv. Proto jsem pacientku ujišťovala, že k ní pustíme pouze toho, koho si bude ona přát.

Pacientka bydlí sama v přízemním rodinném domku. U domku má paní J.V. malou zahrádku, kde tráví většinu volného času, za předpokladu vhodného počasí. S těžšími pracemi okolo domu jí chodí pomáhat dcera s rodinou. Pacientka je již několik let vdova. Manželský život hodnotila jako harmonický a spokojený. Má 2 dcery a 4 vnoučata. S jednou dcerou a její rodinou vychází dobře. S druhou dcerou a její rodinou se nestýká vůbec. V rodině probíhají spory o pacientčin majetek.

4.11 Prognóza

Pacientka byla na jednotce intenzivní péče interního typu hospitalizována 16 dní. Po uplynutí této doby byla paní J.V. přeložena na standardní lůžkové oddělení, kde se pokračovalo v intenzivní rehabilitaci. Během hospitalizace na

lůžkovém oddělení byl paní J.V. nabídnut překlاد do LDN. To však odmítla, a proto byla propuštěna do domácího ošetřování rodinou.

5 Závěr

Ke zpracování své bakalářské práce jsem si vybrala případovou studii ošetrovatelské péče u pacientky J.V. – 84 let, která byla hospitalizována pro ischemickou cévní mozkovou příhodu na jednotce intenzivní péče interního typu.

Tato práce je rozdělena na dvě hlavní části : klinickou část a ošetrovatelskou. Jako další nepostradatelná část je i psychologické zhodnocení a použitá edukace.

V klinické části stručně popisují anatomii cévního zásobení mozku, fyziologii a patofyziologii cévního zásobení mozku, rozdělení CMP, klinický obraz CMP, diagnostiku, terapii a prevenci CMP.

Na klinickou část navazují informace týkající se hospitalizované paní J.V. Jsou zde popsány její obtíže při přijetí o hospitalizaci, použité vyšetřovací metody a terapeutická opatření.

V ošetrovatelské části je stručně popsán ošetrovatelský proces. Ošetrovatelská anamnéza vychází z modelu Virginie Hendersonové. Informace o pacientce jsem získala z rozhovoru s nemocnou a její rodinou, z rozhovoru s zdravotnickým týmem, zdravotnické dokumentace a vlastním pozorováním. Vzhledem k povaze tohoto onemocnění jsem 2. den hospitalizace stanovila aktuální a potenciální ošetrovatelské diagnózy, na které plynule navazuje dlouhodobý plán ošetrovatelské péče.

Závěrem práce je psychologické a sociální zhodnocení pacientky a edukace. Celou práci uzavírá seznam použité literatury, seznam zkratk a přílohy.

6 Seznam použité literatury a jiných zdrojů:

1. Ambler Z., Neurologie pro studenty lékařské fakulty, Praha, 2004, Karolinum, ISBN 80-246-0894-4
2. Bednařík J. a kolektiv, Klinická neurologie – speciální část, Praha, 2010, Triton, ISBN 978-80-7387-389-9
3. Beneš V., Ischémie mozku, Praha, 2003, Galén, ISBN 80-7262-186-6
4. Burkhardtová D., Laboratorní hodnoty, Bratislava, 2007, NOXI s.r.o., ISBN 978-80-89179-58-9
5. Jarošová D., Teorie moderního ošetrovatelství, Praha, 2000, ISV nakladatelství, ISBN 80-85866-55-2
6. Juřeníková P., Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, Praha, 2010, Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2171-2
7. Kalvach P. a kolektiv, Mozkové ischémie a hemoragie, Praha, 2010, Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2765-3
8. Kapounová G., Ošetrovatelství v intenzivní péči, Praha, 2007, Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-1830-9
9. Káš S., Neurologie v běžné lékařské praxi, Praha, 1997, Grada Publishing, a.s., ISBN 80-7169-339-1
10. Kocinová S., Šterbáková Z.: Přehled nejužívanějších léčiv, Praha, Informatorium, 1996, ISBN 80-7333-012-1
11. Mádlová I. a kolektiv, Příručka pro ošetrování pacienta s cévní mozkovou příhodou, Praha, 1998, ČAS
12. Pavlíková S., Modely ošetrovatelství v kostce, Praha, 2006, Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-1211-3
13. Seidl Z., Obenberger J., Neurologie pro studium i praxi, Praha, 2004, Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-0623-7
14. Šamánková M. a kolektiv, Základy ošetrovatelství, Praha, 2006, Nakladatelství Karolinum, ISBN 80-246-1091-4
15. Waberžinek G., Krajíčková D., Základy speciální neurologie, Praha, 2006, Karolinum, ISBN 80-246-1020-5
16. http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/lecba_cmp/lecba_cevni_mozkove_prihody.html - staženo 23.6.2011

7 Použité zkratky:

a. - arterie

aa. – arteriae

ACM – arterie cerebri media

Ag – angiografie

ALP- alkalická fosfatáza

ALT-alanin transamyláza

amp. – ampule

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový test

AS – akce srdeční

AST - aspartátaminotransferáza

AVM – arteriovenózní malformace

bilat. – oboustranný

BMI – body mass index

Ca – Calcium (vápník)

CAA – cerebrální amyloidová angiopatie

Cl - chloridy

CMP – cévní mozková příhoda

cps. - kapsle

CRP – C-reaktivní protein

CT – počítačová tomografie

CVP – centrální žilní tlak

CŽK – centrální žilní katétr

DF – dechová frekvence

DI – dokončený iktus

dif. dg. - diferenciální diagnostika

DK – dolní končetina

DM – diabetes mellitus

dx.-dexter (vpravo)

EEG – elektroencefalografie

EKG – elektrokardiografie

FiS – fibrilace síní

GCS – Glasgow Coma Scale
GMT - gamaglutamyltransferáza
gtt. - kapky
HK – horní končetina
HN – hypertenzní nemoc
CHCE – cholecystektomie
ICH – intracerebrální krvácení
iCMP – ischemická cévní mozková příhoda
ICP – intrakraniální čidlo
inj. - injekce
INR – protrombinový čas
i.v. – intravenózně
JIP – jednotka intenzivní péče
K – kalium (draslík)
KK – kalciový kanál
KP - kardiopulmonální
mg – miligram
ml – mililitr
Na – natrium (sodík)
Na/K pumpa – sodíkovo/draslíková pumpa
NMR – nukleární magnetická rezonance
O₂ - kyslík
P – pulz
PAD – perorální antidiabetika
pCO₂ - parciální tlak kysličníku uhličitého
PMK – permanentní močový katétr
p.o. - podání ústy
RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit
RTG - rentgen
RZP – rychlá zdravotnická pomoc
SAK – subarachnoidální krvácení
s.c. – subcutálně

sol. – roztok

SPECT - Single proton emission computer tomography (jednofotonová emisní počítačová tomografie)

SpO₂ – saturace krve kyslíkem

st.p. – stav po

sy - syndrom

tbl. – tableta

TCD – transkraniální Dopplerovská sonografie

TEN – tromboembolická nemoc

TIA – tranzitorní ischemická ataka

TK – tlak krve

USG – ultrazvuková monografie

WHO – světová zdravotnická organizace

8 Seznam příloh:

1. Barthelův test základních všedních činností – Kapounová, 2007, s. 22
2. Ošetřovatelský záznam – 1. LF UK Ústav teorie a praxe ošetřovatelství v Praze

Barthelův test základních všedních činností

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**
ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

(8)

N

Ošetrovatelský záznam

Jméno a příjmení: J. K.
 Věk: 84 let
 Vyznání: NEVĚŘÍCÍ
 Povolání: S. D. DĚLVE SVADLENA
 Národnost: ČESKÁ
 Osoba, kterou lze kontaktovat: DCERA
 Oslovení: PAVI V.

Datum přijetí: 2.3.2011
 Hlavní důvod přijetí: PORUCHA SÍŤI PRAVOSTRANNÝCH KONČETIN
 Datum a kam propuštěn: 18.3.2011 PŘELOŽENA NA STAV. LŮŽKOVOU ST.

- Lékařská diagnóza:
1. MOZKOVÝ INFARKT
 2. ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE
 3. DĚ II. TYPU
 4. GLAUKOMA

Jak je nemocný informován o své diagnóze? PLNĚ

Osobní anamnéza: DM NA PAD + DIETA, ST. P. OPERACI GLAUKOMA, HN,
ST. P. OPERACI LEVNÍK. FEMURU, ST. P. KOKLETNÍ MIAKRTOMII PŘI TUMOR,
ST. P. CHCE

Rodinná anamnéza: NEVĚZNAMNA

Vyšetření: FYZIOLOGICKÉ FUNKCE, VYŠETŘENÍ NEUROLOGEM, LABODATOVNI
VYŠETŘENÍ ERKE (BIOCHEMICKÉ, HEMATOLOGICKÉ), EKG, RTG STP, USG KAROTID,
CT PA, MRI MOZKY

Terapie: AMAROREUE 750 (MAGNÉSIUM) 1-1-1 p.o., APOPT 944 (ANTIGLUCOKOTATIKUM) 1-0-1 gtt,
DEGAN 10 mg (ANALGETIKUM) 1-1-1 tbl p.o., FRAXIPARNE 0,5 ml a 12 hod. inf. s.c. (ANTIKOAGULACIUM)
FURSEMED 20 mg (DIJESTIKUM) 1/2-0-0 tbl p.o., HELICID cps. 1-0-1 p.o. (ANTULCEROZNI LAKA),
LACTULOZA sol. (LAXANCIUM) 1-1-1 leica p.o., LEKOPIN 240 R (ANTIHYPERTENZIVUM) 1-0-0 tbl p.o.,
LUSOPRESS 20 mg (ANTIHYPERTENZIVUM) 1/2-0-1/2 tbl p.o., METFORMIN 500 mg (PAD) 1-0-1 tbl p.o. (PŘED JÍDELNI)
SORTIS 20 mg (ANTIHYPERTENZIVUM) 0-0-1 tbl p.o.

Důležité informace o stavu nemocného:

.....

.....

.....

Alergie: jídlo Ne Ano pokud ano, které.....
 Léky Ne Ano pokud ano, které.....
 Jiné Ne Ano pokud ano, které.....

Nemocný má u sebe tyto léky : _____

Je poučen, že je nemá brát Ano Ne
Jak je má brát Ano Ne

Psychický stav (vědomí, orientace, neklid, nálada) PRI PŘÍJETÍ BYLA PACIENTKA VÝRAŽNĚ DEORIENTOVANÁ MÍSTNĚ A DEU HOSPITALIZACE NE BYLA K NE ORIENTOVANÁ VŠECH KVALITAM, PACIENTKA BYLA NEKLIDNÁ

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

MAU J.V. ŽIJU V RODINĚ. DANKU SE ZAMEADU, ŽIJU SAMA - NE MŮJ. ČASTO NI NAVŠTĚVUJE DĚRA S RODINOU.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři) ? KVŮLI SVĚRNĚ NEMOCI
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? NEVÍ
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? ANO, NEMŮŽE SE O SEBE K NE ZKARAT, JAK BYLA DĚJE ZYKLA
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? NEVÍ, SVAD NI ŽE POMOCU ALE SPON ČASIČNE NAVRÁTIT SOBĚ STABILNOST
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? NEPŘÍJEMNĚ, ZMĚNĚ NEKLIDNĚ PROSTŘEDÍ, ZMĚNĚ DENNÍHO REŽIMU
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? DOUFA, ŽE NEUVIČE MĚSÍC
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? SAMÁ, DOMA NI ŽADĚ ŽENSKA
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? MANŽEL, NEB UMĚL, DĚRA S RODINOU
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? ŽENY, MAU DĚRA, CO SE JAKO BĚŽE DAL
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? ANO, ALE ŽADĚ 1. DĚRA S RODINOU
11. Co děláte rád ve volném čase? PŮBA PRACINE A ŽADĚ ŽENSKA, ŽE ŽENSKA, ŽE ŽENSKA, ŽE ŽENSKA
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? OČEKÁVA, ŽE TO BŮDE LÁBOČNĚ, ALE BŮDE SE SUREŽIT TO BŮLA BŮLIT

Specifické základní potřeby

I. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest /nepohodlí

- Pocítíte bolest nebo něco nepříjemného? Ano Ne
pokud ano, upřesněte..... *SÁDÍME CÍŽI ZPRAVY PŘÍVLAH TĚLA*
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte.....
- Na čem je bolest závislá?
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)?
- Došlo po naší léčbě k úlevě? Úplně Částečně Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? *ZHĚVIT TĚLESNŮ PŮVOD*

Hodnocení sestry: *PACIENTA NEMOCIŇNE ŽIVIT, ALE SPÍVĚ TĚLESNŮ DÁSKOVANÍ
Z DÁVOK PŘILOSTRAHUJE HEMIPAREZU*

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice? Ano Ne
pokud ano, upřesněte..... *ČASTO SE V NOCI ŽIVIT*
- Měl jste potíže i doma? Ano Ne
- Usínáte obvykle těžko? Ano Ne
- Budíte se příliš brzy? Ano Ne
pokud ano, upřesněte..... *OBČAS ÚŽ VE 4 HOD ZÁVĚ*
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? *ZHĚVA PROSTŘEDÍ*
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát?
- Berete doma léky na spaní? Ano Ne
- pokud ano, které.....
- Zdrímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? *ANO, 1 HOD PO PŘEDNÍ*

Hodnocení sestry: *U PACIENTŮ SE ŽIVIT, ŽIVIT SE SPÁVETI AŽ PO PŘÍJETÍ
DO NEMOCIČE*

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 ošetrujete doma pleť?
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano Ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne večer je to jedno

Hodnocení sestry: *PACIENTKA ŽILA ŽE NE OČEKÁVALA NA ŽEJI OŠ. PERSONÁLU, CELKOVÁ HODNĚNÍ ŽILA PROVNĚNÁ KAŽDE RÁNO*

3. Bezpečí

a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: *NECHCEM CHODIT NEBO NECHCEM CHODIT PŮDEC*
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano Ne
pokud ano, upřesněte:
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: *MOŽNĚ CHYBE SE ŽE JE PROVÁDĚNÍ AZ V DOUMODROŽNÍ REHABILITACI*
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano Ne Nevím
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? *ZPOČÁTKU TO BUDE TĚŽKÉ, ALE OČEKÁVAJÍ POSITIVNÍ VÝSLEDKY*

b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano Ne
pokud ano, upřesněte: *POTÍŽE SE ZRAKEM ŽEJS, ŽE NE VĚDÍ*
- Nosíte brýle? Ano Ne
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?

c) sluch

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

Hodnocení sestry: *PACIENTKA JE MOŽNĚ OČEKÁVALA NA ŽEJI OŠ. PERSONÁLU*

4. Strava/dutinina 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: *V NEFOTLICI MĚM SVOU ZUBNÍ PROTEZU, RODINA MI DÁVÁ 3. DEJ. HOŠ.*

- Máte rozbolavělá ústa? Ano Ne
pokud ano, ruši Vás to při jídle?

b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano Ne
- pokud vyšší (o kolik?)..... 20 kg
- Pokud nižší (o kolik?).....

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

d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ano Ne
- Co obvykle jíte?.....
- Je něco, co nejíte? Ano Ne
- Pokud ano, co a proč?..... NECHUTAVAM JI SLADKE JEDLA

- Máte zvláštní dietu? Ano Ne
- Pokud ano, jakou?..... 9. DIABETICKY

- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte..... DIABETICKY
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....

- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ano Ne
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopni dodržovat?

Hodnocení sestry:..... PRAVENILA MA DIABETICKA, DODRŽUVALI DIETU JI KETIMU ODMĚ
BĚDE JI DODRŽOVAT I PO PROPUSČENÍ DO DOMU (NETRŮVAVI)

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin, od té doby, co jste onemocněl?
Zvýšil snížil nezměnil
- Co rád pijete?
vodu mléko ovocné šťávy
kávu čaj nealkoholické nápoje
- Co nepijete rád?..... KAVU, SLADKE, DEJAT
- Kolik tekutin denně vypijete?..... 1 LITR
- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano Ne

Hodnocení sestry:..... PRAVENILA NEPĚLA OBTIŽE S DODRŽOVÁNÍM MLEKO DEJAT

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolicí zácpu průjem
- Jak často chodíte obvykle na stolicí? PRÁZNĚ
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? PRÁZNĚ
- Berete projímadlo? pravidelně často příležitostně nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil? Ano Ne
Pokud ano, co je to?
- 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.....
Jak jste je zvládal/a?.....
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? Ano Ne
Pokud ano, myslíte, že to zvládnete?
Hodnocení sestry: DIKRETNĚ MĚLA VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE V LOPATKÁCH
MĚLA ZVLÁDNOUTI PŘI

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:

8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži? Ano Ne
- Svědí Vás kůže? Ano Ne Někdy

Hodnocení sestry: PACIENTKA KEHÉLA ZPĚVU A LÁŽÍ

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? SVĚŽVÁK, TV, LUSTĚNÍ, LÉČENÍ (LEVOU RUKOU), ČETBA
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?

Hodnocení sestry: PACIENTKA - SD, DĚJÍNE SVĚŽVÁK

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: VYHLEDĚNÍ K VĚLI PACIENTKY JENŽ TYTO OTÁZKY NEPOKLA DALA

Různé

- Jakou školu jste ukončil? "NESTANSKOY"
- 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? 2 DĚTI, 4 PRONĚTI
- S kým společně žijete? SAMA
- Kdo se o Vás může postarat? DĚTA, 3 VNUČKY

- V jakém bytě žijete? KODIANNÁ, DOMEL
- 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?
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči?

Hodnocení sestry:

Jak sestra nemocného souhrnně vidí

Snadno odpovídá	Odpovídá váhavě
Neptá se	Mlčenlivý
Hovorný	Spolupracuje
Úzkostlivý	Vyděšený
Nějistý	Nedůvěřivý
Rozzlobený	Smutný
Rychle chápe	Pomalů chápe
Nechápavý	Aktivní
Přízpůsobivý	Nepřízpůsobivý
Psychicky stabilní	Psychicky labilní
Dobře se ovládá	Špatně se ovládá

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči:

U pacientky se vyhodňovala kompletní ošetrovatelská péče s maximální spoluprací. Byla orientována v šesti kvalitách, ale ne vždy byl efekt dostatečný. Důvodem byla pravděpodobně hemiparéza. Pacientka se sama snažila za pomoci personálu. Měla žilní a plicní křeče, které ztěžovaly pacientce pohyb. Byla také bolestivá, doukala tělesný komfort, který zajišťovala neovladatelná polovina těla. Pacientka měla také dietu, kterou dodržovala. Pacientka byla pravidelně polokvinná jako prevence vzniku dekubitů.

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíle (krátkodobé, dlouhodobé)	Plán ošetřovatelské péče	Efekt poskytnuté péče	Podpis sestry
3.3.2011	Změněná funkce z důvodu zátěžového charakteru!	Zvýšit úroveň pohybovosti - sestavit plán s cíli spojenými s modulem	<ul style="list-style-type: none"> • Nabídnout testy: 30 sekund • Zpracovat praktický o kufříku podpora svých funkcí • Vytvořit úkonný režim: zpevnění postavy v udržitelnosti • Podat pacientovi o potřebách údržby s příslušnými moduly • Vytvořit motivovat pacienta pro spolupráci, být včasně a společně • Zaujmout pacienta podporou s údržbou a odvolání u držení • Nastavení a rozložení • Edukace o bodě: zákl. úpr. navázání • Hledání příležitostí • Přesvědčit se, že pacient má úroveň 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka byla zvládnutá • Společně pracovala se sestrou 	Olga Kačířová
3.3.2011	Stavby z důvodu nesoběstačnosti a zvládnutí svých úkolů!	Pacientka bude častěji a udržitelněji pracovat s pacientem, bude spolupracovat se sestrou	<ul style="list-style-type: none"> • Zaujmout pacienta podporou s údržbou a odvolání u držení • Nastavení a rozložení • Edukace o bodě: zákl. úpr. navázání • Hledání příležitostí • Přesvědčit se, že pacient má úroveň 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka byla zvládnutá • Společně pracovala se sestrou 	Olga Kačířová
3.3.2011	Deficit sebereflexe v oblasti funkční strany z důvodu nedostatku informací!	Pacientka se bude schopna naučit se nové dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Zaujmout pacienta podporou s údržbou a odvolání u držení • Nastavení a rozložení • Edukace o bodě: zákl. úpr. navázání • Hledání příležitostí • Přesvědčit se, že pacient má úroveň 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka byla zvládnutá • Společně pracovala se sestrou 	Olga Kačířová
3.3.2011	Deficit sebereflexe v oblasti funkční strany z důvodu nedostatku informací!	Pacientka se bude schopna naučit se nové dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Zaujmout pacienta podporou s údržbou a odvolání u držení • Nastavení a rozložení • Edukace o bodě: zákl. úpr. navázání • Hledání příležitostí • Přesvědčit se, že pacient má úroveň 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka byla zvládnutá • Společně pracovala se sestrou 	Olga Kačířová
3.3.2011	Deficit sebereflexe v oblasti funkční strany z důvodu nedostatku informací!	Pacientka se bude schopna naučit se nové dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Zaujmout pacienta podporou s údržbou a odvolání u držení • Nastavení a rozložení • Edukace o bodě: zákl. úpr. navázání • Hledání příležitostí • Přesvědčit se, že pacient má úroveň 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka byla zvládnutá • Společně pracovala se sestrou 	Olga Kačířová
3.3.2011	Deficit sebereflexe v oblasti funkční strany z důvodu nedostatku informací!	Pacientka se bude schopna naučit se nové dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Zaujmout pacienta podporou s údržbou a odvolání u držení • Nastavení a rozložení • Edukace o bodě: zákl. úpr. navázání • Hledání příležitostí • Přesvědčit se, že pacient má úroveň 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka byla zvládnutá • Společně pracovala se sestrou 	Olga Kačířová
3.3.2011	Deficit sebereflexe v oblasti funkční strany z důvodu nedostatku informací!	Pacientka se bude schopna naučit se nové dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Zaujmout pacienta podporou s údržbou a odvolání u držení • Nastavení a rozložení • Edukace o bodě: zákl. úpr. navázání • Hledání příležitostí • Přesvědčit se, že pacient má úroveň 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka byla zvládnutá • Společně pracovala se sestrou 	Olga Kačířová
3.3.2011	Deficit sebereflexe v oblasti funkční strany z důvodu nedostatku informací!	Pacientka se bude schopna naučit se nové dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Zaujmout pacienta podporou s údržbou a odvolání u držení • Nastavení a rozložení • Edukace o bodě: zákl. úpr. navázání • Hledání příležitostí • Přesvědčit se, že pacient má úroveň 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka byla zvládnutá • Společně pracovala se sestrou 	Olga Kačířová
3.3.2011	Deficit sebereflexe v oblasti funkční strany z důvodu nedostatku informací!	Pacientka se bude schopna naučit se nové dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Zaujmout pacienta podporou s údržbou a odvolání u držení • Nastavení a rozložení • Edukace o bodě: zákl. úpr. navázání • Hledání příležitostí • Přesvědčit se, že pacient má úroveň 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientka byla zvládnutá • Společně pracovala se sestrou 	Olga Kačířová