



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



Ústav ošetrovatelství

**Ošetrovatelská péče o pacienta po prodělané  
cévní mozkové příhodě**

*Nursing Care of a Patient after Stroke*

*Případová studie*

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Praha, červen 2014

Autor práce: **Barbora Baumrukrová**

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF

Odborný konzultant: **Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.**

Pracoviště odborného konzultanta práce: Fakultní nemocnice Královské  
Vinohrady Praha, Neurologická klinika

Datum a rok obhajoby: 9. září 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu a že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a elektronická verze nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 19. června 2014

.....

Barbora Baumrukrová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové a také děkuji prof. MUDr. Pavlu Kalvachovi CSc., za čas, který mi věnovali, za jejich rychlé reakce, podmětné připomínky, odborné vedení a cenné rady, které mi dávali během psaní mé bakalářské práce.

PhDr. Marii Zvoníčkové bych ještě navíc ráda poděkovala za motivaci a povzbuzení v průběhu celého studia. Bez něhož by tato práce, zcela jistě, nikdy nevznikla.

Velký dík patří i mým rodičům a přátelům za to, že ke mně byli shovívaví, podporovali mě a nikdy to se mnou nevzdali.

V neposlední řadě děkuji i pacientce, která mi dala svolení k tomu, abych na jejím případě vypracovala tuto bakalářskou práci.

# OBSAH

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>ÚVOD .....</b>                                   | <b>8</b>  |
| <b>2</b> | <b>KLINICKÁ ČÁST .....</b>                          | <b>9</b>  |
| 2.1      | <i>Anatomicko-fyziologický úvod .....</i>           | <i>9</i>  |
| 2.1.1    | Tepenné zásobení mozku.....                         | 9         |
| 2.1.2    | Willisův okruh .....                                | 9         |
| 2.1.3    | Žilní zásobení mozku.....                           | 9         |
| 2.1.4    | Fyziologie mozku .....                              | 10        |
| 2.2      | <i>Charakteristika onemocnění .....</i>             | <i>10</i> |
| 2.2.1    | Mozková ischemie .....                              | 10        |
| 2.2.2    | Mozková hemoragie .....                             | 12        |
| 2.3      | <i>Vyšetřovací metody .....</i>                     | <i>12</i> |
| 2.3.1    | Počítačová tomografie .....                         | 13        |
| 2.3.2    | CT angiografie .....                                | 13        |
| 2.3.3    | Magnetická rezonance .....                          | 14        |
| 2.3.4    | Neurosonologie.....                                 | 14        |
| 2.4      | <i>Léčba cévní mozkové příhody .....</i>            | <i>15</i> |
| 2.4.1    | Léčba ischemických CMP .....                        | 15        |
| 2.4.2    | Léčba hemoragických CMP .....                       | 15        |
| 2.5      | <i>Rizikové faktory.....</i>                        | <i>16</i> |
| 2.6      | <i>Stav nemocného při příjmu do nemocnice .....</i> | <i>17</i> |
| 2.6.1    | Informace o pacientovi .....                        | 17        |
| 2.6.2    | Lékařská anamnéza.....                              | 18        |
| 2.6.2.1  | Nynější onemocnění .....                            | 18        |
| 2.6.2.2  | Osobní anamnéza .....                               | 18        |
| 2.6.2.3  | Alergická anamnéza.....                             | 18        |
| 2.6.2.4  | Abusus .....  | 19        |
| 2.6.2.5  | Farmakologická anamnéza.....                        | 19        |
| 2.6.2.6  | Rodinná anamnéza .....                              | 19        |
| 2.6.2.7  | Pracovní anamnéza .....                             | 19        |
| 2.6.2.8  | Sociální anamnéza .....                             | 19        |
| 2.6.3    | Objektivní nález.....                               | 19        |
| 2.6.4    | Kineziologický rozbor .....                         | 20        |
| 2.7      | <i>Rehabilitační program.....</i>                   | <i>21</i> |
| 2.7.1.1  | Neurorehabilitace .....                             | 21        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 2.7.1.2  | Motomed.....  | 23        |
| 2.7.1.3  | Ergoterapie.....  | 23        |
| 2.7.1.4  | Logopedie .....   | 23        |
| 2.7.1.5  | Cvičení v bazénu.....   | 24        |
| 2.8      | <i>Průběh hospitalizace.....</i>  | 24        |
| 2.8.1    | Kardiologické vyšetření.....  | 24        |
| 2.8.2    | RTG vyšetření .....   | 25        |
| 2.9      | <i>Prognóza.....</i>  | 25        |
| 2.9.1    | Deprese před a po cévní mozkové příhodě.....  | 25        |
| <b>3</b> | <b>OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST .....</b>  | <b>27</b> |
| 3.1      | <i>Ošetřovatelský model.....</i>  | 27        |
| 3.1.1    | Základní potřeby.....   | 27        |
| 3.2      | <i>Ošetřovatelský proces .....</i>  | 28        |
| 3.3      | <i>Ošetřovatelská anamnéza a posouzení stavu nemocné.....</i>                                 | 28        |
| 3.3.1    | Pomoc pacientce normálně dýchat .....   | 29        |
| 3.3.2    | Pomoc pacientce při příjmu potravy a tekutin .....  | 29        |
| 3.3.3    | Pomoc pacientce při vylučování.....   | 30        |
| 3.3.4    | Pomoc pacientce při udržování optimální polohy .....  | 31        |
| 3.3.5    | Pomoc pacientce při spánku a odpočinku.....   | 31        |
| 3.3.6    | Pomoc pacientce při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání .....                      | 32        |
| 3.3.7    | Pomoc pacientce při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí .....                  | 32        |
| 3.3.8    | Pomoc pacientce při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky.....             | 32        |
| 3.3.9    | Pomoc pacientce vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých .....      | 33        |
| 3.3.10   | Pomoc pacientce při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů, obav ..... | 33        |
| 3.3.11   | Pomoc pacientce při vyznávání její víry .....   | 33        |
| 3.3.12   | Pomoc pacientce při práci a produktivní činnosti .....  | 33        |
| 3.3.13   | Pomoc pacientce při odpočinkových a rekreačních aktivitách.....                               | 34        |
| 3.3.14   | Pomoc pacientce při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti .....                      | 34        |
| 3.4      | <i>Přehled ošetřovatelských diagnóz.....</i>  | 34        |
| 3.5      | <i>Krátkodobý plán ošetřovatelské péče.....</i>   | 34        |
| 3.5.1    | Riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru.....                          | 34        |
| 3.5.2    | Riziko pádu z důvodu snížené hybnosti levé poloviny těla .....                                | 36        |
| 3.5.3    | Bolest z důvodu parézy levé horní končetiny a operační rány se stehy .....                    | 37        |
| 3.5.4    | Deficit sebeděže z důvodu omezené hybnosti levé poloviny těla.....                            | 39        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 3.5.5    | Narušený spánek.....                            | 41        |
| 3.5.6    | Strach z nemohoucnosti a z budoucnosti.....     | 42        |
| 3.6      | <i>Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče.....</i> | <i>43</i> |
| 3.7      | <i>Hodnocení psychického stavu nemocné.....</i> | <i>44</i> |
| 3.8      | <i>Edukace nemocné.....</i>                     | <i>46</i> |
| <b>4</b> | <b>Závěr.....</b>                               | <b>47</b> |
| <b>5</b> | <b>Seznam použitých zkratk .....49</b>          | <b>49</b> |
| <b>6</b> | <b>Seznam použité literatury .....51</b>        | <b>51</b> |
| <b>7</b> | <b>Přílohy .....53</b>                          | <b>53</b> |

# 1 ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie pacientky postižené cévní mozkovou příhodou a rehabilitující ve zdravotnickém zařízení, které se péčí o tyto pacienty věnuje.

Téma bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě jsem si zvolila hlavně proto, že péče o tyto pacienty je jednou z hlavních náplní mých služeb v nemocnici.

Práce je rozdělena na dvě části. Na část klinickou a část ošetrovatelskou, která je obsáhlejší.

V klinické části práce, která je teoretickým podkladem pro část ošetrovatelskou, se stručně věnuji anatomii a fyziologii mozku, charakteristice onemocnění a jejím typům, zmiňuji také vyšetřovací metody důležité k diagnostice onemocnění, léčbu onemocnění a rizikové faktory. Následně uvádím informace o pacientce aktuální ke dni příjmu do zdravotnického zařízení. Součástí je kompletní lékařská anamnéza, objektivní nález, kineziologický rozbor a rehabilitační program, na který navazuje kapitola o průběhu hospitalizace obsahující výsledky absolvovaných konzilií. Závěrečnou kapitolou klinické části práce je prognóza, která neopomíjí problematiku deprese před a po cévní mozkové příhodě.

V ošetrovatelské části, jež je částí stěžejní, se v úvodu věnuji ošetrovatelskému modelu Virginie Henderson a ošetrovatelskému procesu. Následuje ošetrovatelská anamnéza a posouzení stavu nemocné, přehled ošetrovatelských diagnóz, krátkodobý plán ošetrovatelské péče, dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, hodnocení psychického stavu a edukace nemocné.

Poslední stránky bakalářské práce jsou vyčleněny pro závěr, seznam použitých zkratk, seznam použité literatury a přílohy obsahující ošetrovatelskou anamnézu a plán ošetrovatelské péče.

K nahlížení do zdravotnické dokumentace a s použitím informací pro účely zpracování této práce, jsem od pacientky dostala informovaný souhlas.



## **2 KLINICKÁ ČÁST**

### **2.1 Anatomicko-fyziologický úvod**

#### **2.1.1 Tepenné zásobení mozku**

Kyslík a živiny jsou do mozku dodávány čtyřmi velkými tepnami: dvěma karotickými a dvěma vertebrálními. Karotické řečiště se podílí na krevním zásobení mozku asi 80 %. Levá společná karotida nebo také levá společná krkavice (latinsky arteria karotis communis) vychází přímo z aortálního oblouku. Pravá je větví hlavopážního kmene (truncus brachiocefalicus). Obě společné karotidy se ve výši třetího až čtvrtého krčního obratle dělí na vnitřní a zevní karotidu (a. carotis interna aa. karotis externa) (1).

Zbýlých 20 % krevního zásobení mozku zajišťují dvě tepny vertebrální (a. vertebralis), které vystupují z dvou tepen podklíčkových, levé a pravé (a. subclavia sinistra et dextra) (1).

#### **2.1.2 Willisův okruh**

Willisův okruh je kromě a. carotis interna tvořen a. vertebralis, a. communicans anterior, a. communicans posterior a větvemi z okruhu vycházejícími. Větve Willisova okruhu, zásobující mozek krví, jsou vytvořeny z tří dvojic velkých tepen (aa. cerebri anteriores, aa. cerebri mediae, aa. cerebri posteriores). Při snížení krevní perfuze, jako důsledek stenózy některé z proximálních větví, dokáže tento tepenný okruh zajistit plynulý přívod krve do všech svých distálních větví. Willisův okruh má ústřední význam pro distribuci krve do mozku, vyrovnává tepové vlny z přívodných cév a rovnoměrně plní větve tepen z okruhu vycházející (1).

#### **2.1.3 Žilní zásobení mozku**

Odkysličená krev z mozku je odváděna hlubokými a povrchovými žilami. Tyto žíly vyúsťují do mozkových splavů, což je systém širokých a vzájemně propojených žil, jež jsou uloženy v tvrdé pleně mozkové (dura mater). Z těchto

splavů je krev odváděna hrdelními žilami (v. jugularis interna et externa) do krevního oběhu a do srdce (2).

#### **2.1.4 Fyziologie mozku**

Mozek je orgán s velmi vysokou biologickou výkonností a má mimořádné nároky na oxidační a metabolickou dodávku. U dospělého člověka ji zajišťuje krevní průtok v globální hodnotě 50-60 ml/100g tkáně za minutu, což je pro mozek jako celek asi tři čtvrtě litru krve za jednu minutu. Hmotnost mozku je asi 2 % z celkové hmoty organismu. U dospělého člověka při tělesném klidu využívá přibližně 15 % minutového srdečního výdeje. U dětí je to přibližně dvojnásobek. Mozek za klidových podmínek spotřebuje až 65% celkové tělesné potřeby glukózy. Míra nutričního průtoku mozem není konstantní. Závisí na právě probíhající činnosti a u zdravých osob podstatně převyšuje hodnoty, které jsou pro bazální metabolismus nervové tkáně nezbytné. Aktuální průtok může být redukován až o 30-50 %, aniž by došlo k neurologickému deficitu (1).

## **2.2 Charakteristika onemocnění**

Cévní mozková příhoda je akutní onemocnění charakterizované poškozením mozkové tkáně. Vzniká při uzávěru některé z mozkových tepen. Následně dojde k nedokrevnosti mozku (ischemická CMP) nebo ke krvácení do mozku (hemoragická CMP). Jedná se o závažné onemocnění s vysokou úmrtností. Cévní mozková příhoda může postihnout i dosud zdravého člověka. Dříve se toto onemocnění týkalo spíše starších ročníků, dnes není výjimkou 25letý pacient, což je mimo jiné ovlivněno i nezdravým životním stylem obsahujícím kouření, nedostatečný pohyb a příliš tučnou stravu. U žen trpících poruchou krevní srážlivosti je rizikovým faktorem užívání hormonální antikoncepce (4).

### **2.2.1 Mozková ischemie**

Ischemická cévní mozková příhoda je příčinou mozkového infarktu (2). Ischemickou cévní mozkovou příhodou (iCMP), která je diagnostikována v 85 % ze 100, lze charakterizovat jako náhlou zástavu cirkulace krve v určité oblasti mozku. Zástava cirkulace pak vede k různým neurologickým symptomům (3).

Nejčastěji jsou postiženi pacienti ve věku 60-70 let, přičemž úmrtnost je zhruba 10 % (4).

Nedokrvenost v určité oblasti mozku je obvykle způsobena trombotickým uzávěrem některé z hlavních tepen nebo to může být následek embolizace do některé z hlavních tepen. Dále pak poklesem průtoku krve v mozkových tepnách, například při velkém poklesu krevního tlaku (4). Vznik tkáňové ischemie je multifaktoriální a komplexní děj, při němž celková vitalita systému nedokázala vykryt deficit vzniklý selháním některé ze zúčastněných složek. Ač je embolie či trombóza konečným projevem cévní obstrukce, nelze takto zjednodušovat etiologii mozkového infarktu. K jeho vzniku vede celý soubor faktorů. Kvalita funkce cévního systému se snižuje mimo jiné i s přibývajícím věkem. Cévy ztrácí elasticitu, jejich stěna sílí a stává se drsnou a nepravidelnou. Dále pak klesá cévní průsvit (1). Pokud poklesne krevní průtok mozkiem z normálních hodnot, které jsou větší než 50 ml/100 g tkáně/min na hodnoty kolem 15 ml/100 g tkáně/min vzniká reverzibilní porucha funkce. Při ještě větším poklesu perfuze a to pod 10 ml/100 g tkáně/min nastávají v mozkové tkáni změny ireverzibilní (nekróza). Životnost neuronů je individuální a závislá na mnoha faktorech. Hlavním cílem léčby iCMP je zasáhnout co nejrychleji a dosáhnout reperfúze postižené oblasti (3).

Závažnost ischemické CMP se odvíjí dle toho, zda je postiženo vertebrobasilární či karotické povodí. Postižení vertebrobasilárního, neboli zadního povodí, je zatíženo větší úmrtností. Pokud dojde k uzávěru karotického povodí, které vede okysličenou krev do mozkových hemisfér, tak je velmi důležité, zda je postižena dominantní či nedominantní hemisféra. Pokud je postižena dominantní hemisféra, což je pro praváky levá a pro leváky pravá, následkem je ochrnutí poloviny těla, neschopnost mluvit a postižené je i myšlení. Při zasažení nedominantní hemisféry je schopnost řeči zachována, ochrnutím je postižena protilehlá strana pacientova těla. Intenzita příznaků se odvíjí dle toho, jak rozsáhlé je postižení mozkové tkáně (4).

### **2.2.2 Mozková hemoragie**

Mozková cévní příhoda hemoragická je zjednodušeně řečeno krvácení do mozku. Tyto cévní příhody představují asi 20-30% ze všech mozkových příhod. Prokazují se mnohem častěji od zavedení CT. Mnohá onemocnění, která byla dříve považovaná za ischemická, jsou vlastně krvácení, které se prokázalo až na CT (2).

Nejčastější příčinou hemoragické cévní mozkové příhody je hypertenzní nemoc. Ke krvácení nejčastěji dochází v počátku hypertonické nemoci, kdy menší tepénky a arterioly nejsou ještě chráněny hypertrofií vznikající ve střední svalové vrstvě cév. K jejich prasknutí vede náhlé stoupnutí tlaku krve. Zadruhé dochází k prasknutí cévy v pokročilém stadiu hypertenzní angiopatie. Cévy jsou změněny hyalinózou, fibrinoidní nekrózou, či mikroaneurysmaty. Pak při náhlém zvýšení tlaku, vyvolaném například vyšší námahou, rozčilením nebo sexuálním stykem, dochází k prasknutí takto narušené cévy (2).

Mnohem vzácnější příčinou hemoragické cévní mozkové příhody je krvácení jako následek antikoagulační léčby. Léky snižující srážlivost krve se často podávají u různých cévních chorob, tepenných i žilních, nebo také po prodělané ischemické CMP a to v dávkách na hranici rizika. V důsledku toho může dojít ke krvácení do mozku (2).

Vzácnější jsou mozková krvácení při krevních chorobách nebo u mladých hypertoniků závislých na kokainu nebo také amfetaminu (2).

### **2.3 Vyšetřovací metody**

Rtg záření bylo objeveno roku 1985. Od té doby po několik desetiletí ovládly pole diagnostického zobrazování v neurologii běžné radiologické techniky, které byly později rozšířeny o kontrastní rentgenové vyšetření. S prudkým rozvojem mikroelektroniky a moderních technologií v sedmdesátých letech minulého století, bylo objeveno mnoho nových zobrazovacích metod, které postupně nahradily většinu invazivních a mnohem méně diagnosticky přínosných variací konvenčního rtg, jako například pneumoencefalografie, pro pacienta hodně zatěžující procedura, dnes už v podstatě zapomenutá (5).

V druhé polovině sedmdesátých let byla objevena počítačová tomografie, o dvacet let později pak magnetická rezonance. Zavedení počítačové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR), znamenalo pro neuroradiologii doslova revoluci. Díky nim se zcela změnil způsob vyšetřování a péče o nemocné s cévní mozkovou příhodou (5).

### **2.3.1 Počítačová tomografie**

Dle toho, jakou zásadní změnu a převrat přineslo do diagnostiky zavedení počítačové tomografie (CT), dalo by se říci, že neurologie cévních mozkových příhod se rozděluje na dobu před tím, než bylo CT vynalezeno a dobu po něm (2).

Princip vyšetření je založen na tom, že jednotlivé tkáně v těle a v mozku také, mají odlišnou hustotu a tím pádem i různou průchodnost pro rentgenové paprsky (2). V podstatě jde o matematickou rekonstrukci obrazu, získanou postupně z řady rentgenových snímků a z různých úhlů (6). Při vyšetření je využito rentgenového záření, které vychází z rentgenky, která rotuje kolem vyšetřovacího stolu, na kterém leží pacient. Postupně ho prozařuje v různých úhlech. Stůl se může a nemusí pohybovat. Závisí to na druhu prováděného vyšetření (5). Přístroj dokáže provádět vrstevné snímky v axiálních rovinách. Díky tomu dostaneme obrázek mozku jakoby rozřezaný v různé hloubce na jednotlivé vrstvy (2). Obvykle je zobrazována vrstva tkáně 0,5-1 cm silná (1). Můžeme si tedy udělat dosti přesnou představu o příčině postižení, její velikosti a lokalizaci (2). Zdravotní zátěž pro pacienta, při běžném vyšetření, se zhruba rovná třem klasickým rtg snímkům a je mnohem menší než zátěž při angiografii (1). Citlivost CT je závislá na čase. V prvních třech hodinách, po prodělání mozkové příhody, jsou rané známky ischemie, jako jsou edém a vymizení rozdílu v hustotě mezi šedou a bílou hmotou, patrné u méně než poloviny pacientů. Po dalších třech hodinách jsou tyto známky patrné u 80–90 % pacientů (3).

### **2.3.2 CT angiografie**

CT angiografie (CTA) je speciální metoda zobrazující cévy naplněné zhruba 50-60 ml kontrastní látky. Při intravenózním nástřiku látky do periferní žíly lze takto zobrazit jak mozkové tepny, tak extrakraniální úseky krkavic.

Snahou je zobrazení místa od společných karotid až nad Willisův okruh. U ischemických mozkových příhod je indikací k tomuto vyšetření ověření uzávěru některé z mozkových tepen nebo vnitřní karotidy. Takto posoudíme nejenom významnost možného zúžení karotidy, ale i rozsah sklerotických plátů, jelikož by mohly být příčinou embolizací. U hemoragické mozkové příhody používáme CT angiografii nejčastěji k průkazu cévní anomálie nebo aneurysmatu (1).

Pomocí CT angiografie lze zobrazit většinu aneurysmat, zjistit průchodnost větších mozkových tepen, hlavně přívodných, a poznat zpomalený, případně i zrychlený průtok krve v určité části krevního řečiště v mozku (2).

### **2.3.3 Magnetická rezonance**

Magnetická rezonance patří mezi nesložitější vyšetřovací metody (11). V diagnostice cévních mozkových příhod je ovšem méně využívanou metodou, jelikož, oproti CT, jsou tyto přístroje mnohem méně dostupné (3).

Stejně jako CT využívá též intravenózně aplikované kontrastní látky, ale oproti látce využívané při CT, to není sloučenina jodu, ale látka s magnetickými vlastnostmi, takže nemá prakticky žádné kontraindikace. Ke vzniku obrazu využívá silného magnetického pole a v něm nestejného chování různých lidských tkání (5). Je to metoda značně plastická, která nám poskytuje zcela odlišné pohledy na vyšetřovanou tkáň. Pomocí MR často získáváme přesnější a specifitější diagnózu a to díky technikám, které nám umožňují například zvýraznit krevní průtok nebo kontrast mezi šedou a bílou hmotou (1).

Výhodou MR je také to, že pacienta nevystavujeme ionizujícímu záření. Na druhou stranu, ale nemůžeme pomocí MR vyšetřit pacienty s kardiostimulátory nebo s jakýmkoli jinými předměty z magnetických materiálů (11).

### **2.3.4 Neurosonologie**

Neurosonologické vyšetření nachází své uplatnění především při diagnostice cévních onemocnění mozku a tedy i při diagnostice cévních mozkových příhod. Je to moderní, neinvazivní diagnostická metoda, která k vyšetření pacienta využívá ultrazvukového vlnění (5).

Ultrazvuk, je podobně jako zvuk, mechanické vlnění a jeho rychlost je stejná jako rychlost zvuku. Za ultrazvuk ovšem považujeme takové zvukové vlny, jejichž frekvence je vyšší než 20 000 Hz. Sonografie je založená na různém odrazu ultrazvuku od různých tkání. Lékař přiloží sondu na povrch těla pacienta a na obrazovce pozoruje výsledné zobrazení (11).

## **2.4 Léčba cévní mozkové příhody**

Moderní studie nám zcela jasně ukazují, že včasná hospitalizace s vhodnou léčbou a rehabilitací může být jednak život zachraňující a také může být tím, díky čemu se výrazně zlepší zdravotní stav pacientů po prodělání cévní mozkové příhody. Tímto zlepšením je myšleno zvýšení úrovně nezávislosti a zvýšení úrovně kvality života (12).

### **2.4.1 Léčba ischemických CMP**

Léčba ischemické cévní mozkové příhody spočívá v podávání léků na ředění krve. Zcela revoluční je léčba pomocí trombolytických léků podávaných nitrožilně nebo nitrotepenně cestou arteria femoralis. Tyto léky rozpouštějí sraženinu a obnovují krevní průtok v postižené oblasti mozku. Bohužel je ale spojena s rizikem smrtelného krvácení a musí být zahájena do čtyř až pěti hodin od vzniku příznaků cévní mozkové příhody, jinak by její přínos nevyvážil rizika s ní spojená. O vhodnosti léčby rozhoduje lékař na individuálním podkladě. Největšími kontraindikacemi jsou prokázané poruchy srážlivosti krve, fibrilace síní nebo krvácející vřed a to i měsíc zpětně (12).

### **2.4.2 Léčba hemoragických CMP**

Většina krvácení do mozku se zcela přirozeně vstřebá. Další možností je chirurgická léčba. Při krvácení do mozečku to může být život zachraňující výkon. Chirurgická odstranění neúrazových mozkových krevních výronů v ostatních částech mozku nám není zárukou lepšího uzdravení pacienta. Chirurgická léčba aneurysmatu dobře funguje jako prevence dalšího jeho prasknutí (12).

## **2.5 Rizikové faktory**

Rizikové faktory pro vznik cévní mozkové příhody dělíme do tří kategorií. Jsou to neovlivnitelné rizikové faktory, medicínské rizikové faktory a ovlivnitelné rizikové faktory (12).

### **Neovlivnitelné rizikové faktory**

Vlastností neovlivnitelných rizikových faktorů je to, že je změnit nemůžeme. Mezi tyto rizikové faktory patří:

- Stárnutí, věk
- Dědičné dispozice
- Rasový původ (12).

### **Medicínské rizikové faktory**

Některé z medicínských rizikových faktorů mohou být pomocí léčebných prostředků, mezi které se řadí užívání vhodných léků, zcela eliminovány nebo alespoň regulovány. Mezi medicínské rizikové faktory se řadí:

- Hypertenze
- Zvýšený cholesterol v krvi
- Ateroskleróza
- Fibrilace síní a jiné srdeční poruchy
- Neprasklé mozkové aneurysma
- Diabetes
- Výskyt cévních mozkových příhod v rodinné anamnéze a jiné dědičné faktory
- Migrény (12).

Medicínské rizikové faktory se mohou vzájemně ovlivňovat a jeden může zesilovat účinek druhého a obráceně. Například vysoký krevní tlak zvyšuje riziko vzniku různých srdečních chorob. Riziko vzniku cévní mozkové příhody se zvyšuje s počtem těchto kombinovaných medicínských rizikových faktorů (12).



## Ovlivnitelné rizikové faktory

Ovlivnitelné rizikové faktory vyplývají ze životního stylu a chování jedince. Nazýváme je též jako návykové rizikové faktory. Jejich nepříznivý vliv na riziko vzniku cévní mozkové příhody můžeme usměrnit změnou životního stylu. Mezi nejvýznamnější ovlivnitelné rizikové faktory patří:

- Kouření (aktivní i pasivní)
- Nezdravá strava (bohatá na nasycené tuky, sůl a chudá na ovoce a zeleninu)
- Zvýšená konzumace alkoholu
- Sedavý způsob života
- Noční chrápaní a spánková apnoe
- Antikoncepce v pilulkách
- Drogy s povzbuzujícím účinkem
- Nadváha (12).

## 2.6 Stav nemocného při příjmu do nemocnice

Všechny údaje, které budu uvádět v následující kapitole, byly shromážděny v prvním dnu hospitalizace na rehabilitačním oddělení a vypovídají o stavu pacientky při přijetí.

Zdrojem těchto údajů je zdravotnická dokumentace.

### 2.6.1 Informace o pacientovi

**Datum přijetí:** 30. 10. 2013

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 69 let

**Váha:** 65 kg

**Výška:** 153 cm

**BMI:** 27, 77 - nadváha

**Fyziologické funkce:**

**TK** - 135/60, **P** - 70/min., pravidelný, **TT** - 36,5°C, **SpO2** - 98%, **D** - 17'

Hodnoty fyziologických funkcí jsou v normě.

## **2.6.2 Lékařská anamnéza**

### **2.6.2.1 Nynější onemocnění**

69letá pacientka přeložena z kardiochirurgického oddělení pro stav po ischemické cévní mozkové příhodě tromboembolické etiologie v povodí arteria cerebri media L. DX., s levostrannou, středně těžkou hemiparézou, centrální parézou VII. kraniálního nervu vlevo a lehkou poruchou řeči. Komplikace kardiochirurgického výkonu, 14. 10. 2013 byla provedena náhrada ascendentní aorty pro aneurysma. Duální antiagregační terapie (Anopyrin + Plavix). Jizva po sternotomii je klidná. S dopomocí začíná chodit s oporou.

### **2.6.2.2 Osobní anamnéza**

- Ischemická choroba srdeční
- Stav po němém IM apikolaterálně
- Arteriální hypertenze
- Glaukom bilaterálně
- Depresivní syndrom
- Vředová choroba gastroduodena
- Stav po infekční hepatitis v dětství

### **Operace:**

- Komplikovaná cholecystektomie v roce 1993
- Hysterektomie pro myxomatózu

### **2.6.2.3 Alergická anamnéza**

- Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE) – alergická reakce se projevuje kašlem.
- Obilí
- Prach
- Peří

#### **2.6.2.4 Abusus**

Pacientka již po mnoho let nekouří, alkohol pije příležitostně. Ostatní neguje.

#### **2.6.2.5 Farmakologická anamnéza**

Controloc 40 mg 1-0-0

Anopyrin 100 mg 1-0-0

Plavix 75 mg 1-0-0

Cipralex 20 mg 1-0-0

Agen 5 mg 1-0-0

Kalnormin 1 g 1-0-1

Twynsta 80 mg 1-0-0

Taflotan gtt do OO večer

#### **2.6.2.6 Rodinná anamnéza**

Otec zemřel v 68 letech na cévní mozkovou příhodu, jinak bezvýznamná.

#### **2.6.2.7 Pracovní anamnéza**

Nyní ve starobním důchodu, dříve pracovala jako projektantka. Ve starobním důchodu se projektování ještě částečně věnovala.

#### **2.6.2.8 Sociální anamnéza**

Žije v bytě s manželem, 2. patro bez výtahu. Ráda se stará o vnoučata.

#### **2.6.3 Objektivní nález**

TK - 135/60, P - 70/min., pravidelný, TT - 36,5°C, SpO2 - 98%, D - 17'

Pacientka spolupracuje, je orientována. Řeč není zcela plynulá, ale je relativně srozumitelná. Bez klidové dušnosti, ikteru a cyanózy.

**Hlava:** na poklep nebolestivá, skléry bílé, bulby volně pohyblivé, lehká centrální paréza nervus facialis vlevo, jazyk lehce vpravo.

**Hrudník:** přiměřené konfigurace, jizva po sternotomii klidná, se stehy, bez dehiscence, bez sekrece, akce srdeční je pravidelná, ozvy 2, ohraničené, dýchání sklípkové, čisté.

**Břicho:** v niveau, měkké, palpačně nebolestivé, játra a slezina nezvětšeny, peristaltika +.

**Horní končetiny:** středně těžká paréza vlevo, bez kontraktury, aktivní hybnost v rameni do 75 stupňů, pasivně plná, v lokti téměř plná, oslabena na 3/5, akrálně oslaben stisk na 3/5, vážne jemná motorika, periferie je prokrvená, reflexy vlevo vyšší, taxe vlevo nepřesná, cítí – hypestezie levé horní končetiny, hybnost a svalová síla pravé horní končetiny je v normě.

**Dolní končetiny:** bez otoku, periferie bez trofických změn, prokrvená, vlevo středně těžká paréza – aktivní flexe a abdukce v kyčli, flexe v koleni, Mingazzini neudrží – pomalý pád na podložku, oba kyčelní klouby i kolenní klouby bez výrazného omezení, RR vlevo L2/4 – L5/S2 hyperreflexie, cítí – hypestezie levé dolní končetiny, rozsah hybnosti a svalová síla pravé dolní končetiny je v normě.

Není soběstačná, s dopomocí se posadí a postaví, stoj není zcela stabilní, chůzi netestují.

**Sfinktery:** permanentní močový katétr odvádí koncentrovanou moč, stolice je pravidelná, 1x denně, spíše řidší konzistence.

**Subjektivně:** bez výrazných bolestí, mírné bolesti v oblasti jizvy na hrudníku, neguje stenokardie, dušnost či palpitace, polykání bez potíží, v noci hůře spí.

#### 2.6.4 Kineziologický rozbor

##### Subjektivně:

Bez výrazných bolestí, mírné v oblasti jizvy na hrudníku.

##### Objektivně:

Pacientka spolupracuje, je orientována. Řeč není zcela plynulá, ale je relativně srozumitelná. Jizva na hrudníku po sternotomii je klidná, se stehy.

**HKK** – středně těžká paréza vlevo, bez kontraktury, aktivní hybnost v ramenním kloubu do 75 stupňů, pasivně plná. Aktivní hybnost v loketním kloubu téměř plná.

Akrálně oslaben stisk na 3/5, vážne jemná motorika, taxe vlevo nepřesná, hypestezie levé horní končetiny. Hybnost a svalová síla pravé horní končetiny je v normě.

**DKK** – vlevo středně těžká paréza, akrálně oslabená svalová síla – 3 dle stupnice. Hypestezie levé dolní končetiny. Rozsah hybnosti a svalová síla pravé dolní končetiny je v normě.

Pacientka je soběstačná v rámci lůžka, sama se posadí a postaví u lůžka. Stoj u lůžka je stabilní pouze v doprovodu! Chůze je s oporou jedné francouzské hole nestabilní, nutný doprovod!

Pacientka má zaveden permanentní močový katétr.

## **2.7 Rehabilitační program**

Léčebná tělesná výchova dle kineziologického rozboru se zaměřením na zlepšení soběstačnosti a mobility, nácvik stoje, chůze, sebeobsluhy, aktivní a pasivní cvičení k udržení kloubního rozsahu a posílení svalové síly, metody na neurofyziologickém podkladě. Denně Motomed na horní i dolní končetiny. Ergoterapie a logopedie.

Později, po odstranění permanentního močového katétru, bylo doordínováno cvičení v bazénu.

### **2.7.1.1 Neurorehabilitace**

Neurorehabilitace je terapií symptomatickou, což znamená, že cílem terapie není léčit příčinu onemocnění, ale dopad onemocnění na funkční systém pacienta. Ve včasné rehabilitaci jsou prvními terapeutickými kroky správné polohování a pasivní pohybování, které jsou prevencí vzniku pneumonie, kontraktur, trombózy a dekubitů. Po stabilizaci pacienta je možné začít s terapeutickým programem obsahujícím mobilizaci a další neurofyziologické metody. Rychlý a plynulý začátek této terapie podstatně zlepšuje výsledky rehabilitace (14).

## **Mobilizace**

Mobilizace by měla být zahájena co nejrychleji a to již v akutní fázi, ovšem s ohledem na kardiopulmonální stav pacienta a také výši intrakraniálního tlaku. Cílem je dosažení optimálního výsledku rehabilitace co nejrychlejší a nejekonomičtější cestou (14).

S končetinami by se mělo pasivně pohybovat několikrát denně a v ideálním případě by tyto pohyby měly být v plném fyziologickém rozsahu. Pokud je to možné, pohyby končetinami by měly být i aktivní nebo alespoň s dopomocí. Velmi důležité je udržení polohy v konečné pozici po dobu několika minut, protože tímto způsobem dochází k redukci spasticit. Co nejdříve se snažíme o dosažení stabilního sedu, následně pak o samostatný stoj a pohyb s dopomocí. Snahou mobilizace je co nejrychlejší obnovení pacientovy soběstačnosti (14).

## **Polohování**

Základem veškerých terapeutických aktivit je správné polohování. Začínáme tréninkem extenzorů kyčlí a trupu při nácviku mostu, kdy pacient leží na zádech, má skrčené nohy, chodidla pevně opřená o podložku a zkouší nadzvednout pánev. Tento cvik je velmi důležitý k dosažení rovnováhy v sedu a funkcí stoje a chůze. Pro pacienta je motivující, když s nimi trénujeme pohyby, které pak mohou využít při každodenních činnostech. Pokud pacient ovládá tento cvik, může nám při změně polohy v posteli pomáhat (14).

Dále je nesmírně důležité, aby se pacient naučil samostatnému přesunu z postele na vozík či židli a zpět co nejfyziologičtější cestou. Terapeut kontroluje, aby pacient nepřenášel váhu pouze na zdravou dolní končetinu, ale aby ji přenášel i na paretickou dolní končetinu a aby byly obě dolní končetiny zatíženy co nejsymetričtěji. Když je schopen přenést váhu i na paretickou nohu, terapeut ho učí samostatnému stoju (14).

## **Vertikalizace**

Vertikalizace kromě toho, že by měla umožnit stoj a chůzi, slouží i jako trénink oběhového systému, je prevencí pneumonie, kontraktur, podporuje motilitu střev a správnou funkci močového měchýře (14).

### **2.7.1.2 Motomed**

Motomed, někdy nazývaný postelové kolo, umožňuje pasivní, ale i asistovaný a aktivní pohyb dolních i horních končetin. Principem jsou stále se opakující pohyby, jejichž pozitivní působení na zlepšení motorických funkcí prstů a ruky bylo prokázáno, stejně jako pozitivní působení na svaly dolních končetin, jejichž posílení je zásadní při nácvičku chůze. Důležité je, aby intenzita cvičení nebyla pro pacienta příliš namáhavá. Pokud by tomu tak bylo, nežádoucím efektem je nárůst spasticit a trénink musí být přerušeno (14).

### **2.7.1.3 Ergoterapie**

Ergoterapie je léčebná metoda, která pomáhá vykonávat pacientům běžné každodenní činnosti a to tak, že je do těchto činností zapojí navzdory jejich postižení nebo poruše. Pacienti by měli být zapojováni do takových činností, jejichž provádění považují za smysluplné, užitečné a důležité. Výsledkem ergoterapeutického působení na pacienta je:

- Naučení nové nebo dříve zapomenuté činnosti.
- Pomoc při plánování a organizování při provádění činností a aktivit.
- Doporučení alternativních způsobů provádění činností nebo úkolů a tím usnadnit provádění činností u pacientů s dočasným nebo chronickým onemocněním.
- Doporučení technických nebo kompenzačních pomůcek, jež umožní zvýšení pacientovy soběstačnosti v běžných denních činnostech (13).

### **2.7.1.4 Logopedie**

Logopedie je primárně zaměřena na terapii poruch řeči a komunikace, přičemž nejčastějšími poruchami řeči, jsou různé typy afázie. Tedy částečná nebo

úplná ztráta řeči, vzniklá jako následek organického onemocnění mozku. Tato onemocnění jsou různé etiologie (14).

Navrácení schopnosti komunikace patří mezi pacientovy priority a to již od rané fáze onemocnění. Neschopnost komunikovat znamená pro pacienta ztrátu kontaktů a snížení kvality života. Velkým problémem je sociální izolace (14).

V logopedii, stejně jako u jiných forem rehabilitace platí, že čím dříve s logopedickou terapií u pacienta začneme, tím lepší výsledek lze poté očekávat. Prioritou logopedie je umožnit pacientovi co nejrychleji komunikovat nebo obtížnou komunikaci usnadnit (14).

#### **2.7.1.5 Cvičení v bazénu**

Cvičení v bazénu je fyzioterapeutická metoda, která pacientům trpícím spastickou parézou, umožňuje provádět pohyby, které by mimo bazén nevykonali. Působením vody dochází k odlehčení tělesné hmotnosti a díky tomu je možné trénovat chůzi a mnoho dalších pohybů (14).

## **2.8 Průběh hospitalizace**

Pacientka během pobytu ve zdravotnickém zařízení intenzivně rehabilitovala, došlo k zlepšení sebeobslužnosti i mobility. Z logopedického hlediska došlo ke zlepšení motoriky mluvidel, plynulosti řeči a k mírnému zlepšení výbavnosti pojmů. Permanentní močový katétr byl odstraněn, inkontinence moče ani stolice není. Pacientka je vegetativně stabilní.

Během hospitalizace absolvovala několik konzilií.

### **2.8.1 Kardiologické vyšetření**

Absolvováno 7. 11. 2014, po prvním týdnu hospitalizace.

Subjektivně přítomny bolesti na hrudníku, které nejsou stenokardického charakteru. Opakovaně krátkodobé palpitace, dnes přítomny nebyly. Cítí se dobře, rehabilituje.

Objektivně při vědomí, orientována, eupnoe. Horizontální polohu toleruje. Centrální paréza nervus facialis vlevo, dýchání sklípkové, bez stázy. TK – 135/70.



Dolní končetiny bez otoků, bez flebitidy, levostranná hemiparéza. Jizva po sternotomii je v hojení per primam.

EKG: sinusový rytmus s frekvencí 70/min., ploché až negativní T vlny, v porovnání s předchozími záznamy bez progresu.

Závěr: palpitace při supraventikulární extrasystolii, bolesti na prsou nejsou ischemické etiologie, spíše odpovídají pooperačnímu průběhu.

### **2.8.2 RTG vyšetření**

Absolvováno 14. 11. 2014, po druhém týdnu hospitalizace.

Na zobrazeném skeletu nejsou prokazatelné čerstvé traumatické změny. Široká elongovaná aorta (5 cm), drobné aterosklerotické pláty aorty, velikost a tvar srdce v normě. Nález na plicích a pleuře také v normě.

## **2.9 Prognóza**

Díky brzkému odhalení ischemické cévní příhody u pacientky, která ji prodělala jako komplikaci operačního výkonu, díky včasné rehabilitaci a díky osobnostním předpokladům nemocné, je její prognóza příznivá a slibná. Tím je myšlen návrat do domácího prostředí, kde by pacientka měla být v péči o svou osobu samostatnou.

### **2.9.1 Deprese před a po cévní mozkové příhodě**

Vazbu mezi depresí a cévní mozkovou příhodou u žen nižšího středního věku, potvrdil výzkum probíhající v Austrálii po dobu dvanácti let. Tohoto výzkumu se zúčastnilo více než 10 500 australských žen. Tento výzkum ukazuje, že riziko cévní mozkové příhody u ženy s depresí ve věku 47 až 52 let, je 1,9 krát vyšší. Ač je toto zvýšení rizika podstatné, celkové riziko vzniku cévní mozkové příhody u žen nižšího středního věku, je nízké (15).

Dle jiné studie, která probíhala ve Spojených státech amerických, je riziko vzniku cévní mozkové příhody u žen trpících depresí větší o 30 %. Věk účastnic výzkumu byl v průměru o 14 let vyšší než věk účastnic australského výzkumu (15).

Deprese má také neblahý vliv na prognózu pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě. Tito pacienti jsou vystaveni mnohem vyššímu riziku úmrtí. Z behaviorálního hlediska má na tuto prognózu vliv to, že depresivní pacienti pravděpodobně nepovedou nejzdravější život. Tímto je myšleno kouření, nedostatek pohybu a nezdravá strava. Včasná diagnostika deprese a její léčba je nesmírně důležitá (16).

### **3 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST**

Pro zpracování krátkodobého plánu ošetrovatelské péče, jsem si vybrala první den hospitalizace.

#### **3.1 Ošetrovatelský model**

Pro svou práci jsem si zvolila humanistický model Virginie A. Henderson, Teorie základní ošetrovatelské péče. Tento model, stejně jako ostatní humanistické modely, respektuje lidská práva a práva pacientů, je mu vlastní empatie, soucit, úcta k člověku, akceptuje autonomii a svobodu jedince. Vybrala jsem si ho, protože posuzuje lidskou bytost celistvě. Při posuzování soběstačnosti klienta neopomíjí složkou biologickou, psychickou, sociální, ani spirituální. Líbí se mi pro svou komplexnost a cíl, kterým je nezávislost klienta při uspokojování základních potřeb (7).

##### **3.1.1 Základní potřeby**

Přestože jsou základní potřeby jedince ovlivněny medicínskou diagnózou, existují i bez ohledu na ni (7).

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sama sebe i druhých
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. Vyznávání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hra 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

### **3.2 Ošetřovatelský proces**

Ošetřovatelský proces je myšlenkovým algoritmem, návodem, jak plánovat ošetřovatelské aktivity. Je to systém kroků a ošetřovatelských postupů při péči o nemocného (8). Pomocí ošetřovatelského procesu plánujeme ošetřovatelskou péči.

Ošetřovatelský proces má následující fáze:

- Zhodnocení stavu nemocného, zjišťování všech potřebných informací
- Stanovení ošetřovatelských diagnóz
- Naplánování ošetřovatelské péče
- Provedení všech navržených opatření
- Zhodnocení efektu poskytnuté ošetřovatelské péče

Hodnocení stavu nemocného, probíhá (pokud je to možné) ve spolupráci s klientem. Na základě hodnocení jsou zdravotní sestrou stanoveny poruchy potřeb, problémové oblasti, vyžadující ošetřovatelskou péči. Společně s klientem sestra také zhodnotí plán a efekt poskytnuté péče. Následně zkoriguje další postup v ošetřování nemocného (9).

### **3.3 Ošetřovatelská anamnéza a posouzení stavu nemocné**

Následující informace jsem získala od pacientky a ze zdravotnické dokumentace při přijetí do zdravotnického zařízení. Pacientka byla přijata na oddělení 30. 10. 2013 v deset hodin dopoledne. Byla vyšetřena lékařem neurologem a fyzioterapeut provedl vstupní kineziologický rozbor. Pacientka byla umístěna na dvoulůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením a s balkónem. V půl dvanácté se podával oběd. Tato anamnéza a posouzení stavu nemocné z ošetřovatelského hlediska, bylo společně s pacientkou vypracováno před obědem.

### **3.3.1 Pomoc pacientce normálně dýchat**

#### **Subjektivně:**

Pacientka mi řekla, že již mnoho let nekouří. Dříve kouřila asi deset cigaret denně, ale pak s tím přestala. Řekla mi, že se necítí být dušnou, že se jí dýchá dobře. Nekašle, nezadýchává se, že má pocit volného dechu bez toho, že by se na dýchání musela jakkoliv soustředit. Dýchá nosem, spíše do břicha. Uvedla, že hrudní dýchání nepoužívá kvůli čerstvé jizvě po stereotomii vprostřed hrudníku, která je stále bolestivá a ona se bojí, že kdyby hrudník dechem příliš rozpínala, mohla by se jizva rozevřít a došlo by k otevření operační rány. Nakonec si pacientka vzpomněla, že se jí hůře dýchá pouze v případě, že je v místnosti přetopeno a vzduch je horký a suchý. Pak má pocit zkráceného dechu, dechové nedostatečnosti a rychlé potřeby kyslíku. Z nedostatku čerstvého vzduchu začne pokašlávat.

#### **Objektivně:**

U pacientky na stolečku jsem cigarety neviděla, ani jsem odnikud necítila cigaretový kouř. Proto soudím, že již opravdu nekouří. Dušnost jsem taktéž nezpozorovala. Všimla jsem si ale, že ač pacientka říká, že nekašle, tak lehce pokašlává. V posteli má nafukovací míč, který si v ten moment přikládá k hrudníku, aby odkašlávání nebylo bolestivé a nijak neohrozilo operační ránu. Pacientka opravdu dýchá nosem a spíše do břicha. Dechová frekvence je 17 dechů za minutu. Tato hodnota je v normě.

### **3.3.2 Pomoc pacientce při příjmu potravy a tekutin**

#### **Subjektivně:**

Co se jídla a pití týče, pacientka se cítí být zcela soběstačnou. Udává, že se sama napije a že se také sama nají. Nezmínila žádný problém, který by mohla v této oblasti mít a necítí žádná omezení při příjmu potravy a tekutin. Říká, že pokouše i tužší kousky masa a polyká naprosto v pořádku. Neuvádí ani případné dietní omezení, potravinové alergie nebo speciální dietní návyky či požadavky. Ovšem zmiňuje, že chuť k jídlu má sniženu a nepřijímá takové množství potravy, na které byla zvyklá v domácím prostředí. Ráda vaří a preferuje poutivou

domácí kuchyni. Na otázku, zda by si sama zvládla uvařit oběd, odpověděla, že ne.

#### **Objektivně:**

Pacientka váží 65 kg, měří 153 cm a její BMI (index tělesné hmotnosti) je 27,77. Tato hodnota vypovídá o nadváze. Provedla jsem hodnocení nutričního stavu pacientky. Výsledkem bylo, že není nutné volat nutričního specialistu. Při tomto výsledku se má hodnocení provádět jednou týdně. V dutině ústní nepozoruji žádné defekty, bez viditelného poškození jsou i rty a okolí dutiny ústní. Umělý chrup pacientka nemá. Lékařem byla naordinována dieta číslo 3, racionální.

### **3.3.3 Pomoc pacientce při vylučování**

#### **Subjektivně:**

Pacientka mě upozorňuje na zavedený permanentní močový katétr. Ptám se na bolest, pálení, řezání, svědění nebo jakékoliv nepříjemné pocity. Vše neguje. Ptám se, zda má pravidelnou stolici. Pacientka mi sděluje, že pravidelnou stolici má, poslední byla dnes ráno, tedy v den překlady z kardiochirurgického oddělení na naše. To je 30. 10. 2014. Konzistence je spíše řidší, frekvence jednou denně, většinou ráno nebo v dopoledních hodinách. Bolest nebo jiné nepříjemné pocity při stolici nepocituje, příměsi krve si nikdy nevšimla. Křeče v břiše taktéž nemá, stolici udrží, podložní mísu ani pleny nepoužívá.

#### **Objektivně:**

Pacientce byl v den operace, 14. 10. 2014, zaveden permanentní močový katétr. V den příjmu na naše oddělení to byl 16. den od zavedení. Katétr je funkční a odvádí koncentrovanou moč. V deset hodin dopoledne, kdy byla pacientka přijata, bylo ve sběrném sáčku 200 ml moče, v jednu hodinu odpoledne bylo ve sběrném sáčku 500 ml moče. Příměsi nepozoruji. Velikost močové cévky je 18 FR, je čistá, okolí je bez známek infekce. Pacientka nemá lékařem naordinováno sledování příjmu a výdeje tekutin. Pravidelnost, konzistenci, příměs krve a frekvenci stolice nemohu objektivně posoudit. Stomii pacientka nemá.

### **3.3.4 Pomoc pacientce při udržování optimální polohy**

#### **Subjektivně:**

Pacientka říká, že v posteli je zcela soběstačná, sama se přetáčí z boku na bok, sama se v posteli povysune a věci ze stolečku si také podá. Sama si sedne, nohy dá z postele. Ukazuje mi francouzskou berli, kterou začala používat v případech, kdy potřebuje opustit lůžko a přemístit se ke stolu nebo na toaletu. Říká mi, že si ještě není při chůzi úplně jistá a ptá se, zda bych ji mohla doprovázet. Ptám se, jestli ji bolí levá horní končetina, přitakává, ale zároveň podotýká, že jenom trochu. Na stupnici VAS tuto bolest označila číslem 4. Stejnou hodnotu udává i pro bolest v oblasti jizvy po sternotomii. Bolest levé dolní končetiny neguje.

#### **Objektivně:**

V dokumentaci je uvedeno, že pacientka má středně těžkou parézu levé horní a levé dolní končetiny. Viděla jsem, jak se pacientka sama v lůžku přetočila, jak se v posteli pomocí hrazdy povysunula, jak si podala ze stolečku časopis na čtení. Viděla jsem, že si pacientka i sama sedla a dala nohy z postele. Provedla jsem hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové s výsledkem 26 bodů. Riziko vzniku dekubitů je významné při 25 bodech a méně. Výsledkem provedení testu základních všedních činností dle Barthelové byla hodnota 55 bodů – závislost středního stupně.

### **3.3.5 Pomoc pacientce při spánku a odpočinku**

#### **Subjektivně:**

Spánek a zejména usínání, je pro pacientku, dle toho co mi sděluje, častý problém. Dlouho nemůže usnout a občas se i v noci budí. Trápí ji to, protože se pak ráno necítí být odpočatá, je unavená a hůř se jí soustředí. Říká, že tento problém má už dlouho a potýká se s ním nejenom doma, ale i v nemocnici. Dopřát si chvíli odpočinku a jen tak relaxovat během dne, nedělá pacientce problém, odpočívá ráda.

**Objektivně:**

V chronické medikaci nemá pacientka naordinován lék na spaní.

**3.3.6 Pomoc pacientce při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání****Subjektivně:**

Pacientkami řekla, že potřebuje pomoc při oblékání a při svlékání, při obouvání a zouvání a zejména při ukládání věcí do šatní skříně a při přípravě oblečení na druhý den.

**Objektivně:**

Oblečení, které má pacientka na sobě je čisté. S sebou si přivezla dva kufry oblečení vhodného k rehabilitačnímu cvičení i k relaxaci.

**3.3.7 Pomoc pacientce při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí****Subjektivně:**

Pocit zvýšené tělesné teploty pacientka neguje.

**Objektivně:**

Tělesná teplota pacientky při odebrání ošetřovatelské anamnézy byla 36,5 °C. Tato teplota je ve fyziologickém rozmezí.

**3.3.8 Pomoc pacientce při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky****Subjektivně:**

Pocitově suchá kůže, kterou ošetřuje. Tělo zvláčňujícím tělovým mlékem, obličej vyživujícím krémem. Ruce natírá krémem na ruce.

**Objektivně:**

Pacientka je čistá a upravená. Kůže je suchá, bez defektů, dekubitů, ekzémů, bez otoků a bez hematomů. Vprostřed hrudníků je jizva po sternotomii se stehy.



### **3.3.9 Pomoc pacientce vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých**

#### **Objektivně:**

Pacientka má významný zrakový handicap. Používá brýle. Provedla jsem hodnocení rizika pádu s výsledkem 11 bodů. Tato hodnota označuje střední riziko.

### **3.3.10 Pomoc pacientce při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů, obav**

#### **Subjektivně:**

Cítí se být rozrušená, má strach z budoucnosti, z toho jestli bude chodit a zda se bude moci vrátit k činnostem, které má ráda. Nejvíc ji trápí, jestli si bude moci zase hrát s vnoučaty a chodit s nimi na běžky.

#### **Objektivně:**

Provedla jsem hodnocení vědomí s výsledkem 15 bodů. Tato hodnota vypovídá o plném vědomí pacienta. Pacientka je také plně orientována a spolupracuje. Řeč je lehce narušená, ale srozumitelná. Pacientka je komunikativní, své potřeby vyjadřuje, je schopna požádat o pomoc. S pacientkou, s kterou sdílí pokoj, již navázala přátelský vztah. Obavy, které pacientka vyjadřuje ve spojitosti s budoucností, mají emoční doprovod. Příznaky rozrušení jsou jasně viditelné.

### **3.3.11 Pomoc pacientce při vyznávání její víry**

#### **Subjektivně:**

Pacientka není věřící a nemá žádné zvláštní duchovní potřeby. Kostel navštěvuje pouze občas, v době vánočních svátků.

### **3.3.12 Pomoc pacientce při práci a produktivní činnosti**

#### **Subjektivně:**

Bavila ji práce projektantky, které se částečně věnovala i po odchodu do starobního důchodu. Doma má ještě rozdělané resty a těší se, až je bude moci dodělat.

**Objektivně:**

Dříve pracovala jako projektantka, nyní je ve starobním důchodu.

**3.3.13 Pomoc pacientce při odpočinkových a rekreačních aktivitách****Subjektivně:**

Pacientka ráda čte, vaří a věnuje se vnučatům. Obzvláště čas strávený s vnučaty, je pro ni největším potěšením. Ze sportů pěstuje běžky.

**3.3.14 Pomoc pacientce při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti****Objektivně:**

Pacientka má zachovanou plnou schopnost edukace a předávaným informacím rozumí.

**3.4 Přehled ošetřovatelských diagnóz**

K prvnímu dnu hospitalizace.

- Riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru.
- Riziko pádu z důvodu snížené hybnosti levé poloviny těla.
- Bolest z důvodu parézy levé horní končetiny a operační rány se stehy.
- Deficit sebezpečí z důvodu omezené hybnosti levé poloviny těla.
- Narušený spánek
- Strach z nemohoucnosti a z budoucnosti.

**3.5 Krátkodobý plán ošetřovatelské péče****3.5.1 Riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru****Cíl:**

- Včasné rozpoznání známek infekce.
- Minimalizace rizik pro vznik infekce.

**Intervence:**

- Aseptický přístup.
- Kontrola místa zavedení a sledování známek infekce.

- Hygienická péče o okolí zavedení permanentního močového katétru a o cévku.
- Bezpečné zajištění odtoku moče.
- Průběžná kontrola funkčnosti katétru, barvy moče, příměsí, množství a kontrola pitného režimu (4x denně).
- Sledování tělesné teploty 1x denně.
- Edukace pacienta o hygienické péči a o známkách infekce.
- Sledování subjektivních příznaků známek infekce.
- Řádný zápis do dokumentace.

### **Realizace:**

Sběrný sáček jsem zavěsila o konstrukci postele pod úroveň močového měchýře tak, aby nebyl v kontaktu s podlahou a tak, aby bylo možné vidět množství odváděné moči do sáčku. Edukovala jsem pacientku o nutnosti zvýšené hygienické péče v souvislosti se zavedením katétru a také o subjektivních příznacích infekce, jako je bolest v místě zavedení, pálení, řezání nebo pocit zvýšené tělesné teploty. Slovním dotazem jsem si ověřila, zda informacím rozumí a zda ví, jaké známky má sledovat a jejich případný výskyt ihned hlásit. Jelikož mi vše zopakovala správně, věděla jsem, že předaným informacím rozuměla. Zeptala jsem se, zda tyto příznaky pociťuje, což negovala. Změřila jsem tělesnou teplotu, pacientka byla afebrilní. Vždy, když jsem šla na pokoj, zkontrolovala jsem správné umístění sběrného sáčku, funkčnost katétru, množství odvedené moče a příměsí. Sledovala jsem, jestli pacientka dostatečně pije. Při večerní hygieně jsem dodržela zásady aseptického přístupu, vzala jsem si rukavice, omyla jsem okolí místa zavedení katétru, omyla jsem i cévku a pohledem jsem si ověřila, zda jsou nebo nejsou přítomny známky infekce. Zjištěné skutečnosti jsem následně zapsala do zdravotnické dokumentace.

### **Hodnocení:**

Snažila jsem se včas identifikovat známky infekce a minimalizovat riziko pro její vznik tím, že jsem dodržela aseptický přístup ke katétru, správně jsem uložila sběrný sáček a kontrolovala jsem subjektivní i objektivní známky infekce. Průběžně jsem sledovala funkčnost katétru, barvu moče, její příměsí i množství.

Dbala jsem na to, aby pacientka dodržovala pitný režim a edukovala jsem ji. Pacientka je afebrilní, subjektivní příznaky infekce neguje, objektivní jsem nepozorovala. Katétr odvedl za 24 hodin 1 800 ml moče, která byla zpočátku koncentrovaná, později již čirá, bez příměsí.

### **3.5.2 Riziko pádu z důvodu snížené hybnosti levé poloviny těla**

#### **Cíl:**

- Minimalizace rizika pádu.
- Edukace pacientky.

#### **Intervence:**

- Lůžko zajistit zábranami.
- Zajistit, aby měla pacientka kompenzační pomůcky v dosahu.
- Zajistit, aby měla pacientka signalizaci v dosahu.
- Edukovat pacientku o pohybovém režimu.
- Při nutnosti opustit lůžko, pacientku doprovodit.

#### **Realizace:**

Pacientka byla uložena na polohovací lůžko, ke kterému již byly připevněny zábrany. Nemusela jsem je instalovat, pouze jsem si ověřila jejich funkčnost. Francouzské berle jsem uchytila v držáku a ten jsem připevnila k posteli. Berle díky tomu nikde nezavazely, nepadaly na zem a byly po ruce kdykoliv, kdy jich bylo třeba. Signalizaci jsem položila na stoleček vedle lůžka a vysvětlila jsem pacientce, jak ji má používat. Nechala jsem ji, aby signalizaci přede mnou vyzkoušela, a tím jsem si ověřila její funkčnost, a zároveň i to, že si pacientka bude umět zazvonit a přivolat pomoc. Pacientku jsem poučila o pohybovém režimu. Domluvily jsme se, že kdykoli bude potřebovat opustit lůžko, zazvoní si a počká, až přijde některá ze sester. Pomůžeme jí pak s obutím, vertikalizací a doprovodíme ji na toaletu nebo k jídelnímu stolu. Domluvily jsme se také na tom, že přes den bude mít zvednutu jednu zábranu, ale v noci obě dvě. Pacientka s tímto postupem souhlasila. Během dne si také několikrát zazvonila a poprosila o doprovod. Sama se posadila a dala nohy z postele. Pomohla jsem jí s obutím, do pravé ruky jsem jí podala berli a pomohla jsem jí postavit se.

Pacientku stačilo lehce přidržet. Byla jsem při její levé straně, držela jsem ji za paži a pomalu jsem ji doprovodila tam, kam potřebovala.

#### **Hodnocení:**

Během celého dne i noci nedošlo k pádu pacientky. Lůžko bylo zajištěno zábranami, signalizaci měla pacientka na dosah ruky a uměla ji použít. Kompenzační pomůcky byly bezpečně uloženy. Pacientka je hodně snaživá, vstává a chodí pomalu, vždy si počkala na doprovod. Stoj je nestabilní, chůze vrávoravá a nejistá. Doprovod je absolutní nutností, jelikož riziko pádu je velké.

### **3.5.3 Bolest z důvodu parézy levé horní končetiny a operační rány se stehy**

#### **Cíl:**

- Snížení bolesti na takovou míru, při které je nemocná schopná rehabilitace.

#### **Intervence:**

- Podání léku na ztišení bolesti, analgetika – Anopyrin, dle chronické medikace a dle ordinace lékaře.
- Sledování bolesti na stupnici VAS.
- Sledování reakcí organismu na bolest – pocení, výraz tváře, bledost, nauzea, zvracení, neklid, svíjení se, nepřirozená poloha, úlevová poloha, sténání, pláč, strach, úzkost, zlost, únava a vyčerpání.
- Pozorně poslouchat, co o bolesti pacientka sděluje.
- Nabídnout nemedikamentózní metody snížení bolesti – studený obklad, teplý zábal, úlevovou polohu.

#### **Realizace:**

Pozorně jsem poslouchala, když pacientka mluvila o bolesti. Zajímalo mě, jak bolest slovně ohodnotí a jakou číselnou hodnotu pro ni na stupnici VAS uvede. Všimla jsem si také ostatních reakcí organismu na bolest, jelikož jsou důležitým ukazatelem známek bolesti v případech, kdy se pacient z jakéhokoliv důvodu snaží bolest bagatelizovat nebo zcela zakrýt. Pacientka udávala v den

příjmu sice bolesti mírné, ale jejich hodnotu na stupnici VAS označila číslem 4 a to jak pro bolest v oblasti jizvy po sternotomii, tak pro bolest levé horní končetiny. Všimla jsem si, že je pacientka ve tváři pobledlá, ale bolestivou grimasu, která by svědčila pro mnohem intenzivnější bolest, nemá. Nebyla opocená a neměla návaly na zvracení. V posteli zaujímal klidnou, přirozenou polohu v polosedě se zvednutou přední částí postele. Pláč, sténání, projevy strachu, úzkosti a zloby, nebyly přítomny. Pouze vypadala trochu unaveně. Tyto projevy byly adekvátní k bolesti, kterou uváděla. Mou povinností bylo pokusit se bolest snížit. Podívala jsem se do chronické medikace, zda má pacientka ordinován lék na bolest. Ze skupiny analgetik to byl Anopyrin, jedna tableta ráno. Tuto medikaci dostala na kardiochirurgickém oddělení, ještě před překladem. Zeptala jsem se jí, zda mám požádat lékaře, aby jí předepsal lék na tišení bolesti, který bych jí mohla hned podat. Tuto možnost odmítla. Zeptala jsem se jí, zda by tedy chtěla využít nemedikamentózní metodu snížení bolesti a nabídla jsem jí ledový obklad na jizvu a teplý obklad na levou horní končetinu. Využila pouze ledového obkladu. Zeptala jsem se také, zda je jí poloha pohodlná a nabídla jsem snížení nebo zvýšení přední části postele a zvýšení nohou. Možnost přetočení na bok odmítla, požádala pouze o mírné snížení hlavové části postele. Se svolením jsem pacientce naklepala polštář a upravila jsem jí ho pod hlavou. Když jsem se přišla za půl hodiny zeptat, zda jí obklad pomáhá a zda se jí leží pohodlně, na obojí odpověděla souhlasně. Bolest nyní označila na stupnici VAS číslem 2. Bolest levé horní končetiny se pokusila snížit odpočinkem. Po hodině odpočinku pak tuto bolest označila na stupnici VAS číslem 3. Druhý den ráno již pro obě dvě bolesti udávala na stupnici VAS hodnotu 2. Ranní léky jsem podala, bolest ale zůstala i po hodině nezměněna. Ledový obklad a teplý zábal pacientka odmítla. Když jsem se zeptala, jestli je schopna se i přes tuto bolest účastnit rehabilitace, odpověděla mi, že ano, že se těší.

### **Hodnocení:**

V den příjmu jsem analgetika nepodala, jelikož je neměla pacientka v polední nebo ve večerní medikaci ordinována. Dodatečné připsání léku na bolest od lékaře odmítla, nabídla jsem jí tedy nemedikamentózní metodu snížení bolesti, kterou využila. Bolest jsem sledovala a povedlo se nám ji snížit z hodnoty VAS 4

pro obě dvě bolesti, na hodnotu VAS 3 pro bolest levé horní končetiny a na hodnotu VAS 2 pro bolest v okolí jizvy po sternotomii. Druhý den ráno již pacientka udávala pro obě bolesti hodnotu VAS 2 a chtěla se aktivně účastnit na rehabilitaci. Cíl i intervence u této ošetrovatelské diagnózy se mi podařilo naplnit.

#### **3.5.4 Deficit sebepéče z důvodu omezené hybnosti levé poloviny těla**

##### **Cíl:**

- Posoudit míru soběstačnosti.
- Pacientka bude najedená, umytá a čistě oblečená.

##### **Intervence:**

- Přítomnost u jídla pacientky.
- Eventuální dopomoc při jídle.
- Přítomnost u hygieny pacientky.
- Eventuální dopomoc při hygieně.
- Přítomnost u oblékání pacientky.
- Eventuální dopomoc při oblékání.

##### **Realizace:**

- **Jídlo:** V poledne jsem přinesla pacientce oběd a zůstala jsem s ní na pokoji, abych mohla objektivně posoudit, zda je skutečně tak soběstačná při příjmu potravy a tekutin, jak uvedla a abych viděla, jakou má chuť k jídlu a jak velkou část porce sní. K obědu byla luštěninová polévka, přírodní kuřecí řízek, vařené brambory a salát. Jídlo jsem položila na stůl. Ze stolečku jsem se svolením pacientky vzala láhev s pitím a skleničku a položila jsem ji tamtéž. Pacientka se posadila, pomohla jsem jí vstát a s pomocí francouzské hole jsem ji doprovodila ke stolu a usadila jsem ji. Požádala jsem ji, aby si z PET láhve nalila do skleničky vodu a napila se. Otevření láhve bylo lehce neobratné, ale zvládla to a sama se napila. Zkusily jsme, zda by si bez pomoci otevřela i novou láhev nebo láhev se silněji utaženým vrškem, ale protože to šlo těžko, pomohla jsem jí. Polévku snědla zcela sama, asi  $\frac{3}{4}$  porce. Chutnala jí. Brambory si vidličkou rozporcovala na menší kousky, ale krájení masa jí moc nešlo.

Nějakým způsobem by ho sama sníst určitě dokázala, ale bylo vidět, že krájení kuřecího řízku je pro ni hodně náročné. Pomohla jsem jí a maso nakrájela. Bylo vidět, že jí oběd chutná, že je s jídlem spokojená. Salát snědla celý, na talíři zůstalo trochu masa a trochu brambor. Celkově tedy snědla  $\frac{3}{4}$  porce.

- **Hygiena a oblékání:** Po večeři jsem doprovodila pacientku do koupelny a k umyvadlu jsem přistavila koupelnovou stoličku, na kterou jsem jí pomohla posadit se. Pacientka si podala z poličky nad umyvadlem kartáček na zuby a položila si ho na umyvadlo. Pak si podala zubní pastu a snažila se odšroubovat uzávěr, ale moc jí to nešlo. Pomohla jsem jí uzávěr odšroubovat a poradila jsem jí, aby si koupila zubní pastu s vyklápěcím uzávěrem. Považovala to za skvělý nápad, jelikož si hned uvědomila, že to pak dokáže sama, což bylo evidentně i jejím cílem. Do kelímku si napustila vodu, vyčistila si zuby a vypláchla si je. Pak jsem přistavila koupací křeslo, jelikož po koupeli bude podlaha mokrá a chůze po ní by byla pro pacientku krajně nebezpečná. Zkoušela si sama vysvléknout tričko, ale nedařilo se jí to, takže jsem jí trochu pomohla. Bylo vidět, že je to pro ni hodně náročné. Se sundáním kalhot jsem jí taktéž pomohla. Zde byl problém spíše v nestabilním postoji než v tom, že by si neuměla poradit. Ovšem také to pro ni byla velká námaha. Na přisunuté koupací křeslo si přesedla sama. Převezla jsem ji do sprchy a pomohla jsem jí nastavit správnou teplotu vody. Na žínku si dala trochu sprchového gelu a sama si umyla krk, hrudník, levou horní končetinu a stehna. Druhou, jednorázovou žínkou si zvládla sama umýt i genitál. Záda, obě dolní končetiny od kolen dolů a zadek jsem jí umyla já. Stejně to bylo při utírání ručníkem i při natírání těla tělovým mlékem. Z věšáku jsem pacientce podala noční košili a ona si ji téměř úplně sama oblekla. Košili jsem na ní jen trochu upravila. Čisté oblečení na druhý den jsem musela ze skříně vyndat a připravit sama, jelikož poličky byly pro pacientku příliš vysoko a nedosáhla na ně. Taktéž tento manévr, s jednou berlou v ruce a při nestabilním postoji, by byl příliš nebezpečný, i kdyby byly poličky v přiměřené výšce. Ráno jsem pomohla pacientce z noční košile. Oblečení



trička zvládla téměř sama, se spodním prádlem, kalhotami, ponožkami a s obutím bot potřebovala pomoci. Spodním prádlem jsme navíc provlékali cévku. Mezi jednotlivými procedurami měla během dne prostor k odpočinku v posteli a obě dvě jsme chtěly, aby se cítila pohodlně.

#### **Hodnocení:**

- **Jídlo:** Objektivně mohu říci, že se pacientka velmi snaží a že je šikovná. V příjmu potravy a tekutin ovšem není zcela soběstačná. Potřebuje pomoc při krájení masa a při otvírání silně utažených PET lahví. Kousala a polykala bez problémů, neprojevila se žádná alergická reakce na přijatou stravu. Chuť k jídlu byla dostatečná, ale snědla pouze  $\frac{3}{4}$  z porce. Vaření jsme netestovaly.
- **Hygiena a oblékání:** Přes veškerou snahu, kterou pacientka projevila při večerní hygieně a při oblékání, musím říci, že není samostatnou, ač bylo vidět, že by si velmi přála, aby pomoc druhých nepotřebovala. Některé úkony pro ni byly nesmírně náročné a bez pomoci by je nezvládla. Jedná se především o umytí pro ni špatně dostupných částí těla. Dále je pak potřebný doprovod do koupelny, dohled a drobná asistence. Pomoc potřebuje při přípravě čistého oblečení, při ukládání věcí do šatní skříně, při oblékání a při svlékání.

#### **3.5.5 Narušený spánek**

##### **Cíl:**

- Má dostatek informací o faktorech ovlivňujících spánek.
- Spí alespoň 6 hodin a po probuzení se cítí odpočínutá.

##### **Intervence:**

- Seznámit pacientku s novým prostředím.
- Edukovat pacientku o faktorech ovlivňujících spánek.
- Zatemnit žaluzie.
- Provést večerní hygienu.
- Zajistit pohodlné noční oblečení.
- Vytáhnout postranici.

- Vyvětrat.
- Zajistit noční klid.

**Realizace:**

Pacientce jsem se představila, představila jsem jí její spolupacientku a ukázala jsem jí pokoj. Seznámila jsem ji rovněž s chodem oddělení a ubezpečila jsem ji, že si může kdykoliv zazvonit a požádat o pomoc či radu. Řekla jsem jí, aby se snažila přes den nepospávat a aby večer nepila žádné nápoje s obsahem kofeinu a aby se snažila večer relaxovat u činnosti, která je jí příjemná. Například aby si něco hezkého přečetla. Sama mi totiž řekla, že ráda čte. Když se setmělo, zatemnila jsem žaluzie a po večeři jsem pomohla pacientce s večerní hygienou. Rovněž jsem jí pomohla převléci se do noční košile a uložit se v lůžku. Vytáhla jsem postranici a krátce, ale intenzivně jsem vyvětrala. Obě pacientky jsem samozřejmě předtím dobře přikryla dekou, aby jim nebyla zima a aby nenachladly. Chtěly pustit televizi, což jsem udělala. Řekla jsem jim, že pokud se chtějí pořádně vyspat, bylo by dobré nejpozději v deset hodin večer požádat noční službu o vypnutí televizoru. Souhlasily.

**Hodnocení:**

Ráno jsem se pacientky zeptala, zda se jí dobře spalo a zda se cítí být odpočinitá. Řekla mi, že spala dobře, ale že je trochu unavená, protože se jí podařilo usnout až po jedenácté hodině večer. Spala asi šest a půl hodiny. Doporučení ohledně usínání a spánku si pamatuje, dokázala je zopakovat a vyhovují jí. Pacientka tedy zná faktory ovlivňující spánek, spala alespoň 6 hodin, ale odpočinitá není. Potřebovala by spát déle.

**3.5.6 Strach z nemohoucnosti a z budoucnosti**

**Cíl:**

- Snížit strach z nemohoucnosti.
- Snížit strach z budoucnosti.

**Intervence:**

- Pochválit pacientku za činnosti, které zvládá bez pomoci druhých.

- Pochválit pacientku za snahu.
- Být pozitivní a empatická.
- Navázat s pacientkou otevřený a důvěryhodný vztah.

### **Realizace:**

Byla jsem přítomna tomu, když pacientka jedla, myla se, když se oblékala a svlékala. Doprovázela jsem ji k jídelnímu stolu a do koupelny. Pochválila jsem ji, když jsem viděla, že se sama posadila nohama z postele, pochválila jsem ji za snahu sama se umýt, osušit, natřít tělovým mlékem. Chválila jsem ji za aktivnost a za snahu být samostatnou. Řekla jsem jí, že je moc šikovná. Vyslechla jsem ji, když mi říkala, že se bojí, že zůstane nesoběstačnou a že už nikdy nebude moci jít s vnoučaty na běžky. Ubezpečila jsem jí, že její starosti jsou přirozené a že jejím obavám rozumím a chápu je. Snažila jsem se ji povzbudit. Řekla jsem jí, že když vytrvá, její píle jistě přinese výsledky a že zde pracuje mnoho odborníků s mnoha zkušenostmi v péči o pacientky se stejnou diagnózou a že všichni uděláme maximum pro to, aby se její stav zlepšil. Usmívala jsem se, protože úsměv léčí a chtěla jsem, aby věděla, že se na mě a na ostatní personál může spolehnout. Také jsem jí to tak řekla.

### **Hodnocení:**

Pacientka na mě reagovala pozitivně a nebála se mě požádat o pomoc a svěřit se mi se svým trápením. Byla lépe naladěna a více si věřila. Měla radost z každé pochvaly, povzbuzení a z projeveného pochopení pro obtíže související s jejím aktuálním stavem. Na sklonku dne byla mnohem klidnější než dopoledne, ale obavy z nemohoucnosti a z budoucnosti se mi nepodařilo zcela rozptýlit. Bylo vidět, že je v napětí z toho, co přinese další den a jak bude rehabilitace probíhat.

## **3.6 Dlouhodobý plán ošetrovatelské péče**

Pacientka k nám byla přijata k dvoutříměsíční rehabilitaci. Její rehabilitační program byl zaměřen na zlepšení soběstačnosti a na zlepšení mobility. Obsahem byl nácvik stoje, chůze a sebeobsluhy s přiděleným úsekovým fyzioterapeutem. Dále pak to bylo aktivní i pasivní cvičení zaměřené na udržení kloubního rozsahu a posílení svalové síly. Cvičení probíhalo až na výjimky denně, rozsah byl třicet

minut. Denně také pacientka cvičila a posilovala horní i dolní končetiny na Motomedu, vždy pod dohledem zkušeného fyzioterapeuta. Několikrát týdně absolvovala ergoterapii pod vedením ergoterapeutky, která ji vedla k samostatnosti a zvyšovala její soběstačnost. Učila ji zvládat běžné denní činnosti, ve skupince s ostatními pacienty si vyzkoušela i přípravu bramborového salátu. Rozsah terapie byl třicet minut, skupinové vaření bylo na hodinu až hodinu a půl. Několikrát týdně měla také logopedii v rozsahu třicet minut.

Po třech týdnech hospitalizace jsme začali zaštipovat permanentní močový katétr a trénovali jsme svěrač močového měchýře. Po odstranění katétru a ověření kontinence moči, měla pacientka téměř denně pod vedením fyzioterapeuta skupinové cvičení v bazénu.

Plánované bylo propuštění do domácí péče, kde by se o pacientku staral manžel za pomoci syna nebo překlad k následné rehabilitaci do jiného zdravotnického zařízení. Nakonec byla pacientka, po dvou a půl měsících hospitalizace na našem oddělení, přeložena k další rehabilitaci do jiného rehabilitačního zařízení a až po ukončení rehabilitačního programu tam, bylo naplánováno propuštění do domácí péče.

### **3.7 Hodnocení psychického stavu nemocné**

Z pacientčiny zdravotnické dokumentace jsem se dozvěděla, že je léčena pro depresivní syndrom.

Deprese často vzniká jako reakce na náhlé životní události, které jedince nepříznivě zasáhnou. Mezi nejčastější příčiny vniku patří osamocení, například při ztrátě partnera, sociální izolace při ztrátě zaměstnání nebo odchodu do starobního důchodu, akutní nebo chronické onemocnění a celkové zhoršení tělesného stavu, omezení hybnosti, poruchy smyslů a celkové zhoršení kognitivních funkcí. Takový pacient je smutný, neprožívá radost, nic ho netěší a nevidí východisko ze své situace. Je uzavřený. Působí sklesle, unaveně, utrápeně a má poruchy spánku. Nejhuře se cítí ráno. Dalšími projevy je ztráta zájmu o práci, aktivity a koníčky, které ho dříve těšily. Nedbá o hygienu a nepečuje o sebe. Snižuje se také schopnost soustředit se. Svět vidí černě a stává se pesimistou. Často se také

podceňuje a prožívá bezdůvodné pocity viny. Chut' k jídlu je snižená a vyhasíná sexuální energie. Velkým nebezpečím jsou suicidální myšlenky a tendence (10).

Díky antidepresivu (Cipralex 20 mg, 1-0-0), které měla pacientka ordinováno v chronické medikaci a které jsme jí každé ráno podávali, těmito příznaky netrpěla. Pacientka působila mile, o svých potížích hovořila otevřeně a měla jsem z ní dojem moc hodného a klidného člověka. Některým svým koníčkům se věnovala i během hospitalizace. Hodně četla, ovšem nejšťastnější byla, když za ní přišla na návštěvu vnoučata. S nadšením mi o nich vyprávěla a ukazovala mi i jejich fotografie. Vždy se jí rozsvítily plamínky v očích a celá se rozzářila. Těšila se domů, až se bude moci vrátit k pracovním restům, jelikož se práci projektantky částečně věnovala i po té, co odešla do starobního důchodu. Dbala o sebe a záleželo jí na tom, aby byla vždy čistě oblečená a upravená. Snižovanou schopnost soustředění jsem u ní nepozorovala, nemluvila o smrti a neměla suicidální tendence. Během hospitalizace pilně pracovala na svém uzdravení, intenzivně rehabilitovala a snažila se o samostatnost.

Z našich rozhovorů ovšem jasně vyplynulo, že obávám o svou budoucnost, o to, zda vše dobře dopadne a ona se bude moci pomalu vrátit k takovému životu, na jaký byla zvyklá, se neubrání. Její strach se převážně stácel k péči o vnoučata, jelikož právě ony pro ni byly novým smyslem života a hlavně kvůli nim se chtěla uzdravit. Velmi jí totiž záleželo na tom, aby s nimi znovu mohla podnikat různé výlety, v zimě běžkovat a hrát si. Tyto obavy považuji za naprosto přirozené a pochopitelné. Kdo z nás by se tohoto, být v její situaci, neobával?

Při sběru ošetřovatelské anamnézy, v prvním dnu hospitalizace, jsem si všimla jednoho znaku psychického rozladění. Pacientka kašel negovala, ale já jsem viděla, že občas pokašlává. V ten moment si přikládala k hrudníku nafukovací balón, který pro tyto případy dostala od fyzioterapeutů ještě na kardiochirurgickém oddělení. Udávala bolest (VAS 4) v oblasti jizvy po sternotomii a její pozornost se k ní často stáčela. Myslím si, že se podvědomě snažila kašel nevnímat kvůli strachu, že by se jizva mohla otevřít. Bagatelizování, či spíše vytěšňování kašle z prostoru vnímání a uvědomování si, bylo použito jako obranná reakce. V pozdějších dnech hospitalizace, kdy už byly vyndané stehy a

jizva ji nebolela, jsem už tento strach nepozorovala. Pacientka přestala míč používat a její pozornost se od jizvy přenesla k rehabilitaci a rehabilitačnímu cvičení.

Musím říci, že situaci, ve které se pacientka ocitla, zvládala velmi dobře. Nebyla agresivní ani podrážděná, nevinila ostatní ani sebe, neupadala do hlubokých depresí a apatických stavů. Naopak, vyzařovala z ní pokora. Od prvního dne pro mě byla zdrojem inspirace a byla mi svým projevem sympatická. Měla velmi hezké oči, ve kterých byl takový zvláštní vnitřní klid. Mluvit s ní, bylo příjemné. V tomto směru mě nejvíc oslovila a zároveň překvapila její odpověď na mou otázku, když jsem se jí ptala na to, jak se cítila, když se probudila po operaci a zjistila, že je na půl těla ochrnutá. S úplně klidným tónem v hlase mi odpověděla, že to pro ni nebyl šok, jelikož věděla, že se to může stát. Před operací byla totiž o závažných komplikacích během operativního výkonu písemně edukována.

### **3.8 Edukace nemocné**

Pacientka byla při příjmu na naše oddělení písemně edukována o svých právech a povinnostech a byla seznámena s chodem oddělení, harmonogramem dne, o době návštěv a o jiných nařízeních. Byla edukována o svém pohybovém režimu, jelikož u ní bylo vyhodnoceno riziko pádu, jež mělo přímou souvislost s jejím onemocněním. Dále pak byla informována o správném používání signalizace a o tom, jak může sama ovládat polohovací postel, na kterou byla umístěna. Informovali jsme ji, že ji na všechny procedury kromě cvičení s fyzioterapeutem budeme vozit na kolečkovém křesle a byla také edukována o každé léčebné proceduře, jejím průběhu, účincích a době trvání. Pacientka všem předávaným informacím dobře rozuměla.

## 4 Závěr

Obsahem této bakalářské práce je vypracovaná případová studie na téma: Ošetrovatelská péče o pacienta po prodělané cévní mozkové příhodě. Je rozdělena na dvě hlavní části a to část klinickou a část sěžejní, ošetrovatelskou.

Klinická část práce uvádí čtenáře do teoretické problematiky onemocnění. Obsahem je mimo jiné anatomie a fyziologie cévního zásobení mozku, charakteristika onemocnění a jeho léčba. Klinická část obsahuje také podrobné informace o nemocné v den jejího přijetí do rehabilitačního zařízení.

Nejobsáhlejší kapitolou ošetrovatelské části práce je krátkodobý plán ošetrovatelské péče, obsahující ošetrovatelské diagnózy, jež jsou aktuální ke dni přijetí nemocné do zdravotnického zařízení. Krátkodobý plán ošetrovatelské péče, vypracovaný na následujících 24 hodin od příjmu pacientky, obsahuje kromě ošetrovatelských diagnóz i cíl, intervence, realizaci a hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče. Díky tomuto podrobně vypracovanému plánu péče, si můžeme udělat přehledný obrázek o stavu pacientky jak po fyzické, tak i po psychické stránce.

Ošetrovatelská část bakalářské práce je střízlivým pohledem na život nemocné nejenom v jednom mnou zvoleném dnu, ale je i pohledem na její život v budoucnu. Neopomíjí kapitoly obsahující dlouhodobý plán péče, hodnocení psychického stavu klientky a její edukaci.

Vzhledem k tomu, že pacientčino postižení bylo středně těžkého charakteru, její prognóza byla již při příjmu na rehabilitační oddělení poměrně příznivá. Velká část odpovědnosti za to, jakým směrem se bude její stav vyvíjet, padal na její bedra. Bez aktivní účasti a snahy pacientky při všech léčebně rehabilitačních programech, by bylo velmi těžké dosáhnout takového výsledku a pokroku, který pacientka během hospitalizace udělala.

Stoj a chůze se vylepšila natolik, že pacientka ze zdravotnického zařízení odcházela sama, pouze s francouzskou berlí v ruce. Hybnost levé horní končetiny se zlepšila pouze mírně.

Díky hodinám logopedie, které pacienta absolvovala, se stala řeč zcela srozumitelnou, nezadrhávala se a komunikovala bez problémů. Zlepšení v tomto směru bylo pro nemocnou velmi příjemné.

Riziko vzniku nové cévní mozkové příhody, vzhledem k věku pacientky a k anamnéze jak osobní, tak rodinné, zde je. Není ovšem neúměrně vysoké, protože pacientka již dlouho nekouří, netrpí diabetem mellitus, stravuje se poměrně zdravě a má ráda pohyb a sport.

Příběh nemocné, který posloužil s jejím laskavým svolením, pro vypracování mé bakalářské práce, je v menších či větších obměnách příběhem mnoha pacientů hospitalizovaných na neurologických, rehabilitačních a jiných nemocničních odděleních. To, co považuji za zcela zásadní, při práci s takto postiženými klienty, je laskavost, pochopení a snaha o vcítění se do jejich situace. Pokud se skutečně a hluboce zamyslíme nad tím, čím si nemocní procházejí a čemu musí vzdorovat, je úcta a opravdově myšlená pomoc, tím, co nám zcela logicky musí vyjít jako konečný výsledek. Přála bych si, aby empatie byla to, co po přečtení práce přetrvá.



## 5 Seznam použitých zkratek

°C - stupeň Celsia

a. - arteria (tepna)

aa. - arterie (tepny)

ACE - inhibitory enzymu angiotenzin-konvertázy (angiotensin-converting-enzyme)

BMI - index tělesné hmotnosti (body mass index)

cm - centimetry

CMP - cévní mozková příhoda

CT - počítačová tomografie (computed tomography)

CTA - CT angiografie

D - dech

DX. - pravý (dexter)

EKG - elektrokardiogram

FR - French stupnice

g - gram

Hz - hertz

iCMP - ischemická cévní mozková příhoda

IM - infarkt myokardu

kg - kilogram

L. - strana (lateri)

min. - minuta

ml - mililitr

MR - magnetická rezonance

P - puls

PET - plast (polyethylentereftalát)

RR - reflexy

Rtg, RTG - rentgenové

SpO<sub>2</sub> - nasycení krve kyslíkem

TK - tlak krve

TT - tělesná teplota

v. - vena (žíla)

VAS – vizuální analogová stupnice

## 6 Seznam použité literatury

- 1) KALVACH, P. a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*, Praha: Grada Publishing, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
- 2) ORZSÁGH, J., SVATOPLUK, K. *Cévní příhody mozkové*, Praha: Brána 1995. 142 s. ISBN 80-901783-8-3.
- 3) LACMAN, J., JANOUŠKOVÁ, L., CHARVÁT, F. Intervenční léčba u cévních mozkových příhod, *ZDN Postgraduální medicína 05/2011* [online]. [cit. 1. 3. 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/intervencni-lecba-u-cevnich-mozkovych-prihod-459663>
- 4) JANOUŠKOVÁ, L., KALINA, M. Cévní mozková příhoda se dnes nevyhýbá ani dvacetiletým, *Tisková zpráva Nemocnice Na Homolce dne 1. 6. 2006*.
- 5) KALITA, Z. a kol. *Akutní cévní mozkové příhody*, Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.
- 6) ROSINA, J. a kol. *Biofyzika pro zdravotnické a biomedicínské obory*, Praha: Grada Publishing, 2013. 224 s. ISBN 978-80-247-4237-3.
- 7) PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*, Praha: Grada Publishing, 2006. 160 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 8) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- 9) STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství I: Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.

- 10) MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. a kol.  
Psychiatrická ošetrovatelská péče, Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s.  
ISBN 80-247-1151-6.
- 11) ROSINA, J. a kol. *Biofyzika pro studenty zdravotnických oborů*, Praha: Grada Publishing, 2006. 230 s. ISBN 978-80-247-1383-0.
- 12) FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda. Prevence a léčba mozkového iktu*, Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
- 13) KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*, Praha: Grada Publishing, 2011.  
364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- 14) LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*, Praha: Galén, 2005.  
350 s. ISBN 80-7262-317-6.
- 15) GLYNN, S., Depression Doubles Risk Of Stroke In Middle-Aged Women [online]. 19.5.2013 [cit. 2014-05-26]. Dostupné z:  
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/260698.php>
- 16) NEALE, T., Depression After Stroke Boosts Death Risk [online]. 12.1.2013 [cit. 2014-05-26]. Dostupné z:  
<http://www.medpagetoday.com/Cardiology/Strokes/36826>

## 7 Přílohy

### Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: REHABILITACE

Datum a čas odběru anamnézy: 30.10.2013 11<sup>00</sup>

Jméno (iniciály): ..... Pohlaví: ŽENA Věk: 69

Datum přijetí: 30.10.2013

Stav: VDANA Povolání: V. STARŠINÝM DŮCHODU

Rodina informována o hospitalizaci: ano  ne

Diagnóza při přijetí (základní): STAV PO ISCHEMICKÉ CÍVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Chronická onemocnění: ISCHEMICKÁ CHOROBA SÍDELNÍ STAV PO NĚMĚTI  
III. BILATERÁLNĚ BILATERÁLNÍ HYPERTENZE  
GLAUKOM BILATERÁLNĚ DEPRESIVNÍ SYNDROM  
NEURÓZA CHOROBA GASTRODUODENÁ, HEPATITIS B DEJSTVÍ

Infekční onemocnění:  NE  ANO

Režimová opatření: CHŮZE S DOTYKOVÝM

Léčba:

Operační výkon: NAHRADA ASCENDELNÍM AORTY Pooperační den: 16

Farmakoterapie: CONTRALAC 40mg 1-0-0

ANSTFIN 100mg 1-0-0

PLAVIX 75mg 1-0-0

CIPRALEX 80mg 1-0-0

AGEN 5mg 1-0-0

KALNOSTIN 1g 1-0-1

TUMINSTA 80mg 1-0-0 TAFLOSTAN 400g do 00 VEČER

Jiné léčebné metody: /

Má nemocný informace o nemoci:  ano  ne  částečně

Alergie:  ano  ne jaké: OPAV, TRACH, PEN, ACE INHIBITORY

Fyziologické funkce: P: 30' TK: 135/60 D: 17' SpO2: 98% TT: 36,5°C

#### 1) Vědomí

stav vědomí:  při vědomí  porucha vědomí  bezvědomí GSC: .....

Orientovaný  Dezorientovaný

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©



### 5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba).....  
LEHCE UNAVENÝ, TÍŽNÁ BOLEST V OBLASTI JIZVY PO STERNOTOMII  
A LEVÉ HORNÍ KONČETINĚ

Úrazy:  ano  ne jaké:.....

### 6) Výživa, metabolismus

Dieta: 3. ZRACIONÁLNÍ..... Nutriční skóre: NEJENÍ NUTNÝ NUTRIČNÍ SPECIALISTA

Hmotnost: 65 kg Výška: 153 cm BMI: 27,77 - NADVOHA

Chuť k jídlu:  ano  ne

Potíže s přijímáním potravy:  ano  ne jaké:.....

Užívá doplňky výživy:  ano  ne jaké:.....

Enterální výživa ..... Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin: 2 LITRY..... Druh tekutin: THERMOLLA, VODA, ČAJ.....

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době:  ano  ne o kolik:.....

Umělý chrup:  ano  ne  horní  dolní

Potíže s chrupem:  ano  ne

### 7) Vyprazdňování

problémy s močením:  ano  pálení  řezání  retence  inkontinence  
 ne

problémy se stolicí:  ano  průjem  zácpa  inkontinence  
 ne

stolice pravidelná:  ano  ne

datum poslední stolice: 20. 10. 2013 JEDNO

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

X Močový katétr počet dní zavedení: 16.....

Rektální odvodný systém:.....

Stomie.....

### 8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: CHŮZE S DOTYKOVÝ ZENAZILITACE

Barthel test: 55 BODŮ, ZAMÍŠLO STŘEDNĚHO STUPNĚ

Riziko pádu: ANO skóre 11 BODŮ, STŘEDNĚ/RIZIKO

Pohyblivost:  chodící samostatně  chodící s pomocí

ležící pohyblivý  ležící nepohyblivý

pomůcky jaké : FRANCOUSKY ZEPLE

### 9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 6,7 HODIN ..... hodina usnutí : 23:30 .....

poruchy spánku :  ano  ne jaké : SPATNE USINAV, ZBUDI SE .....

hypnotika :  ano  ne

návyky související se spánkem : PRED SPANKEM SLEDUJE TELEVZI .....

### 10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem :  ano  ne jaké : CLAUDE, ZAVLE .....

potíže se sluchem :  ano  ne jaké : .....

porucha řeči :  ano  ne jaká : LEKKE NARUSENA, ALE SROZITELNA .....

kompenzační pomůcky :  ano  ne jaké : FRANCOUSKY ZEPLE .....

orientace :  orientován

dezorientovaný  místem  časem  osobou

### 11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav :  klidný  rozrušený .....

Pocit strachu nebo úzkosti :  ano  ne STRACH Z BUDOUCNOSTI .....

Úroveň komunikace a spolupráce :  dobrá  obtížná .....

### Plánování propuštění

Bydlí doma sám :  ano  ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : TIANZEL, SYN .....

kontakt s rodinou :  ano  ne

### 12) Invazivní vstupy

Drény :  ano  ne jaké : ..... Datum zavedení : .....

Permanентní močový katétr :  ano  ne

i.v. vstupy :  ano  periferní datum zavedení : ..... kde : .....

Stav : .....

centrální datum zavedení : ..... kde : .....

stav : .....

ne

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©



Sonda :  ano  ne jaká : ..... datum zavedení : .....

Stomie :  ano  ne jaká : ..... stav : .....

Endotracheální kanyla :  ano  ne č.ETR : ..... datum zavedení : .....

Tracheotomie :  ano  ne č.: ..... od kdy: .....

Arteriální katétr :  ano  ne

Epidurální katétr:  ano  ne

Jiné invazivní vstupy: / .....

## Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

### 1. Barthelové test základních všedních činností ( ADL - activities of daily living )

| Činnost                | Provedení činnosti                             | Body         |
|------------------------|--|--------------|
| 1. najedení, napití    | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |
| 2. oblékání            | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |
| 3. koupání             | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |
| 4. osobní hygiena      | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |
| 5. kontinence moči     | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |
| 6. kontinence stolice  | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |
| 7. použití WC          | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |
| 8. přesun lůžko- židle | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |
| 9. chůze po rovině     | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |
| 10. chůze po schodech  | samostatně bez pomoci<br>s pomocí<br>neprovede | 10<br>5<br>0 |

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

#### Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně 55 bodů

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©

## 2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

| Schopnost spolupráce | Věk       | Stav pokožky | Přirůzená onemocnění              | Fyzický stav   | Vědomí      | Aktivita       | Mobilita        | Inkontinence   |
|----------------------|-----------|--------------|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------|-----------------|----------------|
| Úplná 4              | < 10<br>4 | Normální 4   | Žádné 4                           | Dobry 4        | Bdely 4     | Chodi 4        | Úplná 4         | Neni 4         |
| Částečně omezená 3   | < 30<br>3 | Alergie 3    | DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3 | Zhoršený 3     | Apatický 3  | S doprovodem 3 | Část. omezená 3 | Občas 3        |
| Velmi omezená 2      | < 60<br>2 | Vlhká 2      | Trombóza, obezita 2               | Špatný 2       | Zmatený 2   | Sedačka 2      | Velmi omezená 2 | Převážně moč 2 |
| Žádná 1              | > 60<br>1 | Suchá 1      | Karcinom 1                        | Velmi špatný 1 | Bezvědomí 1 | Leží 1         | Žádná 1         | Moč+stolice 1  |

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

## 3. Hodnocení nutričního stavu

### NRS – Nutritional Risk Screening

|   |                |    |
|---|----------------|----|
| Je BMI (kg/m <sup>2</sup> ) pod 20,5?               | <del>ANO</del> | NE |
| Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?                 | <del>ANO</del> | NE |
| Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?     | <del>ANO</del> | NE |
| Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)? | <del>ANO</del> | NE |

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

## 4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

### Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

| Anamnéza:   |                | Rizikové faktory pro vznik pádu |
|---|----------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)  |                | 3 body                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více   |                | 2 body                          |
| <input type="checkbox"/> pád v anamnéze   |                | 1 bod                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.   |                | 1 bod                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> zrakový/stuchový problém  |                | 1 bod                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa) |                | 1 bod                           |
| <input type="checkbox"/> Vyšetření  |                |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost  |                |                                 |
| - úplná   | 0b             |                                 |
| - částečná  | 2b             |                                 |
| - nesoběstačnost  | 3b             |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce  |                |                                 |
| - spolupracující  | 0b             |                                 |
| - částečně  | 1b             |                                 |
| - nespolečující   | 2b             |                                 |
| Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)   |                |                                 |
| <input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?  | ANO            | 3 body                          |
| <input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?  | ANO            | 1 bod                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?   | ANO            | 1 bod                           |
| <b>Čelkem:</b>  |                |                                 |
| 0-4 body  | Bez rizika     |                                 |
| 5 - 13 bodů   | Střední riziko | 11                              |
| 14 - 19 bodů  | Vysoké riziko  |                                 |

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©



Datum a čas stanovení plánu péče: 20.10.2013 13:00 Datum a čas hodnocení poskytnuté péče: 20.10.2013 13:00

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

| Ošetrovatelská diagnóza   | Cíl ošetrovatelské péče  | Plán ošetrovatelské péče   | Realizace plánu péče   | Hodnocení poskytnuté péče  |
|---|--|--|--|--|
| RIZIKO INFEXCE<br>Z DŮVODU<br>ZAVAZDĚNÍ<br>PŘETIHOVÁNÍ<br>THERAPIE KATETERU | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE    | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE |
| RIZIKO<br>Z DŮVODU<br>ZAVAZDĚNÍ<br>PŘETIHOVÁNÍ<br>THERAPIE KATETERU         | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE |
| RIZIKO<br>Z DŮVODU<br>ZAVAZDĚNÍ<br>PŘETIHOVÁNÍ<br>THERAPIE KATETERU         | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE |
| RIZIKO<br>Z DŮVODU<br>ZAVAZDĚNÍ<br>PŘETIHOVÁNÍ<br>THERAPIE KATETERU         | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE | • VROBNĚ ROZTOČENÍ<br>ZAVAZDĚNÍ<br>INFEXCE<br>• FUNKČNÍ<br>RIZIKO VĚK<br>INFEXCE |