



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Marko Ljubisavljevič

**Ošetrovatelská péče o pacienta s cévní
mozkovou příhodou**
Nursing Care of Patients with Stroke

Bakalářská práce

Praha, červen 2015

Autor práce: Marko Ljubisavljevič

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Holubová Jana**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

3. LF UK

Datum a rok obhajoby: **26. 6. 2015**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

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

V Praze dne 29. 5. 2015

Marko Ljubisavljevič

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval fakultě, že mi umožnila získat teoretické znalosti k poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče, protože bez dobré teorie nelze uskutečňovat dobrou praxi.

Poděkování patří také vedení Rehabilitační nemocnice Beroun, že mi za pomoci používané ošetrovatelské dokumentace umožnila provádět praktickou část mé práce.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. KLINICKÁ ČÁST.....	8
1.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY.....	8
1.2 FYZIOLOGICKO – ANATOMICKÝ ÚVOD.....	8
1.3 ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY.....	9
1.3.1 <i>Tranzitorní ischemická ataka</i>	9
1.4 HEMORAGICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY.....	9
1.4.1 <i>Intrakraniální hemoragie</i>	10
1.4.2 <i>Subarachnoidální hemoragie</i>	10
1.5 KLINICKÉ PROJEVY.....	11
1.5.1 <i>Poruchy vědomí</i>	11
1.5.2 <i>Poruchy vyšších mozkových funkcí</i>	11
1.5.3 <i>Poruchy hybnosti</i>	11
1.5.4 <i>Somatosenzorické poruchy</i>	12
1.5.5 <i>Zrakové poruchy</i>	12
1.5.6 <i>Poruchy rovnováhy</i>	12
1.5.7 <i>Průvodní příznaky</i>	12
6. RIZIKOVÉ FAKTORY.....	13
1.6.1 <i>Věk</i>	13
1.6.2 <i>Pohlaví</i>	13
1.6.3 <i>Genetické dispozice</i>	13
1.6.4 <i>Rasové skupiny</i>	13
1.6.5 <i>Hypertenze</i>	13
1.6.6 <i>Onemocnění srdce</i>	13
1.6.7 <i>Diabetes mellitus</i>	14
1.6.8 <i>Lipidy</i>	14
1.6.9 <i>Kouření</i>	14
1.6.10 <i>Nadužívání alkoholu</i>	14
1.7 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	14
1.8 TERAPIE.....	15
1.9. STAV NEMOCNÉHO PŘI PŘÍJMU.....	16
1.9.1 <i>Rodinná anamnéza</i>	16
1.9.2 <i>Osobní anamnéza</i>	16
1.9.3 <i>Farmakologická anamnéza</i>	16
1.9.4 <i>Sociální anamnéza</i>	16
1.9.5 <i>Alergie</i>	17
1.9.6 <i>Nynější onemocnění</i>	17
1.9.7 <i>Z překladové zprávy</i>	17
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST.....	19
2.1 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL PODLE MARJORY GORDON.....	19
2.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	20
2.2.1 <i>Ošetřovatelská anamnéza</i>	20
2.2.2 <i>Ošetřovatelská diagnóza</i>	21

2.2.3 Plánování péče.....	21
2.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	22
2.3.1 Vnímání zdravotního stavu.....	22
2.3.2 Výživa a metabolismus.....	22
2.3.3 Vylučování.....	23
2.3.4 Aktivita, cvičení.....	23
2.3.5 Spánek, odpočinek.....	23
2.3.6 Vnímání, poznávání.....	23
2.3.7 Sebepojetí, sebeúcta.....	23
2.3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy.....	23
2.3.9 Reprodukce, sexualita.....	24
2.3.10 Zátěžové situace a jejich zvládnutí.....	24
2.3.11 Životní hodnoty.....	24
2.3.12 Fyziologické funkce.....	24
2.4 PŘEHLED OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	24
2.5 KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE.....	25
2.5.1 Porucha soběstačnosti z důvodů omezené hybnosti v oblasti hygieny.....	25
2.5.2 Riziko pádů z důvodu poruchy hybnosti.....	26
2.5.3 Riziko malnutrice z důvodu poruchy polykání.....	27
2.5.4 Riziko vzniku dekubitu z důvodu neuromuskulárního postižení.....	27
2.5.5 Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru.....	28
2.5.6 Možný deficit tělesných tekutin z důvodu nízkého příjmu.....	29
2.6 DLOUHODOBÝ PLÁN PÉČE.....	29
2.6.1 Průběh hospitalizace 2. - 7. den.....	29
2.6.2 Průběh hospitalizace 8. - 14. den.....	31
2.6.3 Průběh hospitalizace 15. - 21. den.....	32
2.7 EDUKACE.....	33
2.8 FARMAKOTERAPIE.....	36
2.9 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY HOSPITALIZACE.....	38
ZÁVĚR.....	39
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	41
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	43
DALŠÍ POUŽITÉ ZDROJE.....	45
SEZNAM PŘÍLOH.....	46
1. Ošetřovatelská anamnéza.....	47
2. Zhodnocení stavu pacienta při přijetí.....	51
3. Přehodnocení stavu pacienta 7. den hospitalizace.....	52
4. Přehodnocení stavu pacienta 14. den hospitalizace.....	53
5. Přehodnocení stavu pacienta 21. den hospitalizace.....	54

Úvod

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta s cévní mozkovou příhodou jsem si vybral na základě svého profesního zájmu o tuto problematiku. Pracuji na oddělení včasné rehabilitace, kde tyto pacienti patří mezi náročnější, jak na teoretické znalosti, tak i na ošetrovatelské schopnosti a dovednosti.

Cílem mé bakalářské práce je zpracování případové studie u nemocného s cévní mozkovou příhodou a aplikovat teoretický model ošetrovatelského procesu na konkrétní a individualizovanou péči o pacienta.

V klinické části popisuji co je cévní mozková příhoda, jak vzniká a základní rozdělení tohoto onemocnění, klinické projevy, rizikové faktory, vyšetřovací metody a léčbu cévních mozkových příhod.

V ošetrovatelské části jsem snažil nastínit co je ošetrovatelství a zabýval jsem se odebráním ošetrovatelské anamnézy, tvorbou ošetrovatelských diagnóz a krátkodobým plánováním péče o pacienta s tímto onemocněním. Popisují co je edukace a jak se jí prováděl, jaké léčivé přípravky pacient dostával a psychosociální aspekty související s hospitalizací pacienta.

Praktickou část jsem uskutečňoval na oddělení s plánovanou hospitalizací v délce 3 týdnů, během denních směn a svým rozsahem jsem se snažil pokrýt důležité oblasti sledovaných činností sestry v rámci hospitalizace pacienta.

1. Klinická část

1.1 Úvod do problematiky

Cévní mozková příhoda je jednou z hlavních příčin úmrtí a invalidity v Evropě. Až u jedné třetině příhod, dochází k úmrtí před dosažením věku 65 let. Tento problém se snažili vyřešit účastníci druhé Konference v Helsingborgu v roce 2006, za účasti Mezinárodní společnosti vnitřního lékařství, Mezinárodní společnosti CMP, podporované regionální kanceláři WHO pro Evropu, ve spolupráci se Světovou konfederací pro fyzikální terapii, kteří přijali prohlášení o celkovém záměru řízení péče o pacienty s CMP, a stanovili si 5 cílů, které mají být dosaženy do konce roku 2015.

1. Všichni pacienti v Evropě budou mít přístup ke kontinuální péči v iktových jednotkách v akutní fázi za příslušné rehabilitaci.
2. Více než 85% pacientů s CMP přežijí první měsíc po příhodě.
3. Všechny země budou usilovat o snížení hlavních rizikových faktorů v jejich populacích.
4. Více než 70% pacientů jsou nezávislý v jejich každodenních činnostech, po uplynutí tří měsíců od příhody.
5. Všechny země mají vytvořený systém sběru informací pro vyhodnocování kvality řízení péče o pacientech s CMP (1).

1.2 Fyziologicko – anatomický úvod

Mozek, jako součást nervové soustavy je hlavním řídicím orgánem celého lidského těla. Jeho úkolem je třídit, zpracovávat a vyhodnocovat informace získané za pomoci nervových buněk, neuronu. Pro správnou funkci mozkové tkáně je důležité, aby byl zajištěn dostatečný přívod okysličené krve, protože nervové buňky jsou na nedostatek kyslíku velmi citlivé.

Do mozku je krev přiváděná z aorty, ze které se oddělují dvě karotické tepny a dvě vertebrální tepny, které probíhají uvnitř krční páteře a vstupují na přední ploše prodloužené míchy do dutiny lební, kde se spojují v bazilární tepnu. Tyto tepny jsou propojena navzájem zvláštními spojkami navzájem tak, že tvoří tepenní okruh, který umožní kompenzovat přerušovaný přívod krve (2).

Cévní mozková příhoda je onemocnění, při kterém dochází k nervovému poškození, které je způsobeno přerušáním krevního zásobení.

1.3 Ischemické cévní mozkové příhody

Jsou nejčastějším typem iktů a představují 80% všech akutních cévních mozkových příhod a jsou způsobeny postupným, nebo náhlým trombotickým uzávěrem přívodové tepny. Tím vzniká nepoměr mezi potřebou živin a kyslíku a jejich dodání do cílového orgánu-mozku, čímž vzniká jeho ischemické poškození. Ischémie rozlišujeme podle vyvolávající příčiny. Při onemocnění velkých tepen, probíhá stenóza nebo uzávěr mozkové tepny, zpravidla na podkladě aterosklerózy.

Kardioembolické ikty vznikají jako následek embolizace do mozkového řečiště z kardiálního zdroje. Lakunární iktus, vzniká hlavně jako důsledek onemocnění malých cév, často u nemocných s diabetem mellitus a hypertenzi. Hemodynamický iktus se vyvíjí v hraničním neanastomozujícím pomezí hlavních mozkových tepen. Ikty můžou vyvolat neaterosklerotické vaskulopatie, vaskulitidy, hematologická onemocnění a fibromuskulární dysplazie (3).

1.3.1 Tranzitorní ischemická ataka

Jedná se o ischemickou ataku, která trvá několik minut, maximálně však desítek minut, s úpravou neurologického deficitu.

Při velmi krátké epizodě (nízká intenzita ischémie), dojde k přerušení synaptického přenosu, který se projeví přechodným neurologickým deficitem, ale bez trvalého tkáňového poškození.

Při závažnější atace dochází k poškození membránového transportu s tvorbou buněčného edému, který při úpravě mozkové perfuze odezní. Často však dochází k poškození integrity buněčných membrán a k trvalému tkáňovému poškození (3).

1.4 Hemoragické cévní mozkové příhody

Představují asi 15% - 25% ze všech akutních iktů a mají vyšší mortalitu a morbiditu (3).

1.4.1 Intrakraniální hemoragie

Intrakraniální hemoragie vznikají rupturou malých penetrujících tepen a charakterizuje je krvácení do hemisfér z mozkových artérií, které jsou lokalizované v hluboké subkortikální oblasti, v mozečku a mozkovém kmeni. Krvácení z postižené artérie může mít různý charakter, v závislosti na aktuálním krevním tlaku, velikosti ruptury cévní stěny a odporu okolní tkáně. Většinou jde o jednorázový děj, krev bývá sražena během několika minut. Progrese klinického stavu vzniká v důsledku toxického koagula a stlačením okolní mozkové tkáně s rozvojem mozkového edému a podle lokalizace krvácení je rozlišujeme hemoragie bazálních ganglií putaminální, u kterých je nejčastější příčinou je hypertenze, dalším rizikovým faktorem je chronické nadužívání alkoholu a talamické hemoragie, které mají podobné příčiny, jako putaminální, s dalšími možnými příčinami jako hemoragická transformace ischemie, poruchy koagulace a získané koagulopatie. Lobární hemoragie, u kterých je amyloidní angiopatie pokládána za nejčastější příčinu krvácení v subkortikální oblastí. Další možné příčiny jsou vaskulární malformace, hemangiomy a mikro aneurysmata. Kmenová krvácení, u kterých je hlavní příčinou hypertenze, cévní malformace, aneurysma, koagulopatie, vaskulitidy, venózní trombóza, amyloidní angiopatie, a hemoragická transformace infarktu.

K hemoragickým transformacím dochází fragmentací a rozpuštěním trombotického nebo embolického ložiska, kde jsou poškozené kapiláry, nebo se krev dostane do ischemického ložiska kolaterálním oběhem (3).

1.4.2 Subarachnoidální hemoragie

Vzniká z ruptury aneuryzmatu mozkové tepny s následným krvácením do subarachnoidálního prostoru, a dochází k výlevu krve mezi mozkové pleny, odkud se krev rozlije do celého subarachnoidálního prostoru kolem mozku a míchy. Nevzniká ale na podkladě získaných cévních změn, ale na bázi vrozených cévních anomálií (3).

1.5 Klinické projevy

Klinický obraz u dokonaných iktů je charakteristický rychlým vznikem ložiskových nebo celkových příznaků a záleží na lokalizaci vzniklé mozkové ischémie či krvácení.

1.5.1 Poruchy vědomí

Vědomí je definováno jako schopnost jedince vnímat své okolí i sebe sama a adekvátně reagovat na vnitřní a zevní podněty. Hodnotíme za pomoci Glasgow Coma Scale. Výrazný rozvoj poruch vědomí je typický u krvácivých příhod (4).

1.5.2 Poruchy vyšších mozkových funkcí

Pozorujeme schopnost udržet smysluplný proud myšlení a jednání, tedy pozornost a koncentraci, nejčastěji orientaci osobou, místem a časem. Dalším důležitým parametrem je paměť, která může být porušena. Fatické poruchy, jsou v různé míře narušeny u nemocných s CMP a je důležité vyšetřit spontánní řeč (plynulost, artikulaci a obsah), porozumění mluvenému slovu, pojmenování ukázaných předmětů, čtení a psaní. Vizuálně- prostorové poruchy, jsou takové, při kterých si pacient neuvědomuje poruchy hybnosti na polovině těla (anozognie), nevnímá taktilní podnět na postižené straně při oboustranné stimulaci (taktilní extinkce), nevnímá zrakový podnět na postižené straně při oboustranném zrakovém podnětu (zraková extinkce), nemocný nereaguje na podněty a osoby z postižené strany (preferenze prostoru), nerozpozná předměty hmatem na postižené straně (astereognozii) a nedokáže se orientovat v jednoduchém prostoru nemocničního pokoje. Další specifickou porucho je apraxie, kdy nemocný není schopen provádět běžné komplexní činnosti (4).

1.5.3 Poruchy hybnosti

Jedná se o nejtypičtější a nejnápadnější projev CMP, který je vnímán pacientem i jeho okolím a jedná se o poruchu hybnosti na polovině těla. Vyšetřujeme napolohováním končetiny do pasivní polohy. Častá je dysfagie, kde hrozí riziko aspirace (4).

1.5.4 Somatosenzorické poruchy

Jsou stejně časté jako motorické a týkají se propriocepce (vnímání pohybu těla a jeho polohy) a povrchového cití., často zaměňováno za poruchu hybnosti. Zde rozlišujeme hypestézie (snížená citlivost) a parestézie (brnění, mravenčení) (4).

1.5.5 Zrakové poruchy

Ze zrakových poruch rozeznáváme tranzitorní mononukleární deficit, označující přechodnou ztrátu vidění, zrakovou agnosii, kdy pacient není schopen rozeznat objekty zrakem a prosopagnosii, kdy nemocný nepoznává obličej. V rámci CMP se mohou objevit i zrakové halucinace. Častým nálezem je anizokorie, poruchy fotoreakce a reakce na akomodaci. Významným příznakem je Hornerův syndrom (přítomnost miózy, ptózy a anhidrózy poloviny obličeje).

Mezi oko-hybné poruchy, které můžeme pozorovat, patří konjugovaná deviace bulbu, kdy nemocní se nemůže podívat určitým směrem, nystagmus projevující se rytmickým konjugovaným kmitavým pohybem očních bulbu, diplopie, okulární bobbing, záškuby bulby dolů s pomalým návratem do střední pozice, okulární dipping, pomalé pohyby dolů s rychlejším návratem do střední polohy a jednostranná mydriáza (4).

1.5.6 Poruchy rovnováhy

Jde o velmi častý klinický příznak, který ale může mít různé příčiny. Vertigo je charakterizované pocitem pohybu nebo změněné polohy neodpovídající realitě. Dysequilibrium je pocit nestability vázaný na chůzi a stoj. Periferní vestibulární syndrom vede nejčastěji k rotačnímu vertigu s nystagmem. Centrální vestibulární syndrom je provázen nestabilitou až po těžké vertigo s nauzeou a zvracením (4).

1.5.7 Průvodní příznaky

Jsou doprovázené hlavně při vzniku akutní příhody. Častá je úzkost až panické stavy doprovázené neklidem, tachykardií a hypertenzi. Přítomné bývá zvracení, bolesti hlavy a epileptický záchvat (4).

6. Rizikové faktory

1.6.1 Věk

U všech iktů patří věk mezi nejvýznamnější rizikový faktor. Po dosažení 55 let se riziko zvyšuje více než dvojnásobně, incidence je 1,25x vyšší u mužů než u žen (4).

1.6.2 Pohlaví

Ischémie i hemoragie je častější u mužů, než u žen. Úmrtnost je však vyšší u žen (4).

1.6.3 Genetické dispozice

Výskyt iktů u obou rodičů zvyšuje riziko iktů u jejich dětí. Důležitým genem pro rozvoj ischemické nemoci je fosfodisteráza 4D (PDE4D), která reguluje intracelulární hladinu cyklického aminomonofosfátu (cAMP) a potencuje rozvoj aterosklerózy (4).

1.6.4 Rasové skupiny

Mortalita je u bělochů nižší než u černochů, incidence je vyšší u Číňanů a Japonců (4).

1.6.5 Hypertenze

Hypertenze je nejvýznamnějším rizikovým faktorem. Vysoký krevní tlak, je jedním s nejčastějších příčin iktů a zvyšuje riziko 1,5x v porovnání s těmi, kteří mají fyziologické hodnoty tlaku (4).

1.6.6 Onemocnění srdce

Kardiologická onemocnění patří k významným rizikovým faktorům. Mezi léčitelné a tedy ovlivnitelné je fibrilace síní, a její prevalence se zvyšuje 2x ve věku nad 55. let. Odhaduje se, že polovina kardioembolických iktů je způsobena onemocněním srdce s fibrilací síní.

Dalšími významnými kardiologickými rizikovými faktory jsou onemocnění chlopní (mitrální stenóza, prolaps mitrální chlopně, mitrální anulární kalcifikace). Hypertrofie levé síně zvyšuje riziko v populaci 2x. Ischemická choroba srdeční se změnami na EKG svědčícími pro hypertrofii levé komory

zvyšuje riziko 2x. Pacienti s překonaným infarktem myokardu v prvním měsíci jsou ohrožený zvýšeným rizikem o 1/3 (4).

1.6.7 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je hlavním rizikovým faktorem všech kardiovaskulárních onemocnění a je 4x vyšším rizikem vzniku CMP ve srovnání s populací bez tohoto onemocnění, protože ovlivňuje funkci endotelu, krevních destiček, buněk hladké svaloviny cév a potencuje rozvoj mikroangiopatií (4).

1.6.8 Lipidy

Zvýšena hladina celkového cholesterolu a LDL cholesterolu, a snížená hladina HDL cholesterolu je rizikovým faktorem předčasné manifestace aterosklerózy, kardiovaskulárních onemocnění a cévních mozkových příhod (4).

1.6.9 Kouření

Kouření cigaret zvyšuje riziko iktu dvojnásobně a zvyšuje se počtem vykouřených cigaret. Potencuje ztlustění arteriální cévní stěny a akceleruje progresi aterosklerotického plátu. K praktickému snížení rizika dochází za dva roky abstinence, a za pět let je riziko shodné s nekuřáky (4).

1.6.10 Nadužívání alkoholu

Nadužívání alkoholu je rizikovým faktorem u hemoragických příhod (4).

1.7 Vyšetřovací metody

Základním předpokladem pro prognózu a výsledný funkční stav je nejdůležitější včasné zahájení diagnosticko-léčebného procesu. Při výběru vyšetřovací metody hraje velkou roli dostupnost a časová náročnost. Klíčovou roli při diagnostice akutního iktu hraje počítačová tomografie (CT), a to především pro její schopnost spolehlivě zobrazit čerstvé intrakraniální krvácení.

Nativní CT vyšetření využívá rentgenového záření rotujícího kolem pacienta, bez podané kontrastní látky. Míra zeslabení průchodů jednotlivých paprsků záření se nazývá denzita. Čím je vyšetřovaná tkáň hutnější, tím je její denzitní hodnota vyšší. V případě hemoragie se ložisko krvácení zobrazuje na nativním CT vyšetření jako hyperdenzní (tmavší). V případě akutních

ischemických změn může být nález často normální, proto lze jen obtížně diagnostikovat ischemii.

Za pomoci perfuzního CT můžeme sledovat průchod bolusu kontrastní látky cévními strukturami v čase a měřit tak průtok krve mozkovou tkání. Při posuzování poruch perfuze se vychází z naměřených hodnot objemu průtoku krve mozem CBF, objemu krve ve vyšetřované oblasti CBV a časový interval od arteriálního přítoku kontrastní látky do okamžiku venózního odtoku z mozkové tkáně MTT. Posuzujeme asymetrii mezi příslušnými oblastmi obou mozkových hemisfér.

Další důležitou vyšetřovací metodou používanou při diagnostice je magnetická rezonance (MR), která využívá velmi silné magnetické pole a využívá se v případě nejednoznačných nálezů v rámci diferenciální diagnostiky. V případě, že pacient nemůže dostat kontrastní látku, je ischemie lépe diagnostikována za pomoci MR (3).

1.8 Terapie

Důležité pro následnou terapii je určení typu cévní mozkové příhody a po vyloučení hemoragické příhody, se další postup určuje podle doby, která uplynula od manifestace příznaku do přijetí do nemocnice, od určení subtypu ischemického iktu a od léčby přidružených nemocí.

Podle ESO by měla být obecná léčba zaměřená na plicní a srdeční činnost, s dostatečnou náhradou tekutin, s kontrolou tlaku, glykémie a tělesné teploty (5).

Specifická léčba závisí na druhu cévní mozkové příhody. U léčby ischemických CMP je cílem terapie časné obnovení perfuze v ischemické oblasti a v prevenci druhotného poškození a rozšíření ischemické léze. Cílem specifické léčby u intrakraniálních krvácení je co nejrychlejší omezení rozsahu krvácení.

Operační léčba, provádí se asi u 20% ICH a nejčastější indikací bývá hematom lokalizovaný v oblasti mozečku, o průměru větším než 4 cm, komprimující mozkový kmen (6).

Konzervativní léčba má za úkol zabránit rozvoji somatických a neurologických komplikací ohrožujících život nemocného. Je důležité léčit hypertenzi, kontrolovat intrakraniální tlak, zajistit optimální oxygenaci, upravit vnitřní prostředí a kontrolovat glykémii (4).

U léčby subarachnoidálního krvácení hraje roli klinický stav pacienta, lokalizace a morfolgie aneuryzmatu a úkolem je vyřadit aneuryzma z krevního oběhu a to za pomoci kraniotomie s uzavřením krčku aneuryzmatu pomocí svorky, nebo za pomoci endovaskulární embolizace platinovými spirálami. Pacienti s krvácením do subarachnoidálního prostoru jsou ohroženi dalšími komplikacemi, které je třeba léčit. Vazospasmus, vzniká kontrakcí svalových vláken cévní stěny a vedou k ischemizaci mozkové tkáně. Obecně se doporučuje podávání nimodipinu. Hydrocefalus vzniká bloádou likvorových cest hematomem a vede k nárůstu nitrolebního tlaku, který se řeší zavedením komorové drenáže (7).

1.9. Stav nemocného při příjmu

Pacient označovaný v této práci písmenem **P**, muž, 65 let, byl přijat překladem z neurologie po i CMP z levostrannou hemiplegii, levostranným neglect syndrom, s dysartrií a dysfagií tekutin.

1.9.1 Rodinná anamnéza

Otec zemřel na IM v 53 letech, matka zemřela v 76 letech.

1.9.2 Osobní anamnéza

DM na PAD od 2008,
hypercholesterolemie na terapii,
chronický VAS
varixy DK.

1.9.3 Farmakologická anamnéza

p.o.:	Diaprel MR 30 mg	1-0-0 tbl
	Anopyrin 100 mg	0-1-0 tbl
	Citalec 20 mg	1-0-1 tbl
	Atorvastatin 80 mg	0-0-1 tbl
s.c.:	Fraxiparin 0,6 ml á 24 hod	v 18 hod

1.9.4 Sociální anamnéza

Žije s rodinou v rodinném domě, nyní v důchodu, dříve pracoval jako řidič.

1.9.5 Alergie

Neguje

1.9.6 Nynější onemocnění

Při přijetí afebrilní, AS pravidelná, klidná, dýchání bilaterálně čisté, sklípkové, orientovaný, komunikuje, anosognosie, levostranní neglect syndrom, bez parézy pohledu, břicho měkké, volně prohmátne, peristaltika +, DKK bez známek TEN, palpačně nebolestivé. PMK odvádí čirou žlutou moč. Dysurie, dušnost, palpitace neguje. Do sedu s velkou dopomocí, sed nestabilní s tahem doleva.

1.9.7 Z překladové zprávy

Na CPP byl přivezen RZP na lůžku se zavřenýma očima, na většinu výzev reaguje, bulby stočeny ad dx, nedotáhne do střední čáry, levý koutek necení, jazyk nevyplázne, s mírnou dysartrií, odpovídá jednoslovně, bez spontánní hybnosti levé horní končetiny.

Provedeno CT mozku a AG se závěrem: V zadní jámě lební přiměřený obraz. Denzita obou mozečkových hemisfér přiměřená. Komerový systém ve střední rovině bez přetlaku. Denzita mozkové tkáně přiměřená, bez ložiskových změn. Nejsou známky čerstvé ischemie, či hemoragie. Post kontrastně ACI, AV, AB a odstupy ACP, ACM a ACA vpravo bez obstrukce. Neplní se levostranná ACA. Stop v plnění pravostranné ACM 1cm za odstupem z Willisova okruhu.

V čase T+95 min. Podána IVT, DTN 39 minut. Zahájena mechanická rekanalizace, po nástřiku se zobrazuje celá ACM l. dx. Bez známek periferních embolizací bez známek stenózy. ACI pod bází jeví známky spazmu. Mechanická rakanalizace tedy neprováděná.

Do druhého dne progrese stavu, na kontrolním CT mozku rozvinuta ischemie v povodí ACM l. dx. se zvýrazněním edémem pravé mozkové hemisféře s lehkým přesunem středových struktur, bez známek čerstvého krvácení. Nasazena antiagregace, statin ve vysoké dávce, zahájená antiedematózní terapie za průběžných kontrol laboratoře.

Opakovaně kontrolní CT mozku 9. den s ústupem edému pravé mozkové hemisféry, bez progrese přesunu středových struktur, s postupným vysazováním antiedematózní terapie.

MR mozku 13. den se závěrem rozsáhle do rozvinuté ischemie v povodí arterie cerebri media dx, pozdně subakutního obrazu, kortikálně a subkortikálně s lemem hemosiderinu po krvácení, vpravo v oblasti zadního raménka capsulla interna a thalamu s okrsky akutnější ischemie, s nevýrazným edémem pravé hemisféry.

18. den překládán sanitou na oddělení včasné rehabilitace Rehabilitační nemocnice Beroun, s doporučenou medikací:

p.o.:	Diaprel MR 30 mg	1-0-0 tbl
	Anopyrin 100 mg	0-1-0 tbl
	Citalec 20 mg	1-0-1 tbl
	Atorvastatin 80 mg	1 -0- 1 tbl
s.c.:	Fraxiparin 0,6 ml	á 24 hod v 18 hod

2. Ošetrovatelská část

Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.

V současné době ošetrovatelství má za cíl udržovat, podporovat, a navracet zdraví a soběstačnost, zmírňovat utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajistit klidné umírání a smrt.

Tyto cíle naplňuje za pomoci poskytování aktivní a individualizované péče, prostřednictvím ošetrovatelského procesu, na základě vědeckých poznatků, holistickým přístupem k nemocnému. Ošetrovatelství dává důraz na preventivní charakter poskytované péče, kterou poskytuje tým složený z různě kvalifikovaných pracovníků (8).

Ošetrovatelství vychází z teoretických modelů, které jsou odvozené od představ, postojů, či způsobu pohledu na poskytování ošetrovatelské péče.

2.1 Ošetrovatelský model podle Marjory Gordon

Koncepce modelu podle Marjory Gordon vychází z teorie, že nemocný je bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, kognitivními a spirituálními potřebami, které jsou v rovnováze s prostředím a okolnostmi, při kterých je péče poskytována.

Marjory Gordon stanovila 11 oblastí s potencionálními potřebami a problémy, které sestra systematickým získáváním informací identifikuje a spolu s pacientem se podílí na činnostech, které vedou nemocného k zodpovědnosti za svoje zdraví (9).

Jedenáct vzorců zdraví podle M. Gordon:

1. vnímání a udržování zdraví
2. výživa a metabolismus
3. vylučování
4. aktivita a cvičení
5. spánek a odpočinek
6. vnímání a poznávání
7. sebepojetí a sebeúcta

8. role a vztahy
9. reprodukce a sexualita
10. zátěžové situace a její zvládnání
11. životní hodnoty “ (9, s. 101)

Při hodnocení vzorců chování, sestra dává důraz na to, jakým způsobem se pacient podílí na rovnováze svých potřeb se změnami způsobené onemocněním.

2.2 Ošetrovatelský proces

Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského týmu pro realizaci cílů v ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, který nám umožňuje systematicky provádět činnosti ve prospěch nemocného.

Ošetrovatelský proces je metoda vzájemně propojených ošetrovatelských činností, které umožňují sestře samostatně rozhodnout o nejvhodnějším způsobu poskytování péče (10).

2.2.1 Ošetrovatelská anamnéza

Zjišťováním informací o nemocném, shromažďujeme podklady pro koordinovanou a kontinuální péči, kterou budeme poskytovat. Nejdůležitějším zdrojem je nemocný, od kterého můžeme získat informace přímo a to za pomoci rozhovoru, měřicími pomůckami a technikami nebo pozorováním. Dalším důležitým zdrojem je zdravotnická dokumentace, která nám poskytuje informace o průběhu onemocnění, o vyšetřovacím a léčebném plánu.

Kvalita celého procesu, závisí na dovedném a citlivém zhodnocení problému a potřeb nemocného a jeho požadavků na ošetrovatelskou péči. Sestra provádí, v průběhu hospitalizace tyto typy hodnocení:

- a) vstupní hodnocení, které je provedeno co nejdříve, nejlépe při přijetí, dovoluje to stav pacienta, či možnosti oddělení,
- b) průběžné hodnocení, které nám umožňuje upřesnit a upravit plán poskytované péče,
- c) závěrečné zhodnocení, při kterém zhodnotíme účinnost poskytnuté péče (10).

2.2.2 Ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelské diagnózy jsou pacientovi problémy a potřeby, které je oprávněna sestra řešit samostatně za pomoci ošetrovatelských intervencí.

Po odebrání všech informací o nemocném, sestra informace zpracuje a identifikuje potřeby, nebo problémy nemocného. V této fázi je dobré konzultovat naše závěry s pacientem, abychom společně našly, co by bylo pro pacienta prospěšné.

Diagnostický proces má 4 fáze:

Nejdříve si utřídíme a vyhodnotíme informace, které jsme získali v první fázi procesu, stanovíme problém pacienta a potřebu ošetrovatelské péče, kterou můžeme označit jako problém, poruchu, nebo deficit v uspokojení potřeby, zformulujeme samotné diagnózy, při kterém popíšeme příčinu a projev problému, a na konci celého diagnostického procesu určíme priority podle závažnosti problému (10).

2.2.3 Plánování péče

Na základě ošetrovatelských diagnóz si stanovíme cíle péče a způsoby, jak budeme problémy nemocného řešit.

Cíl, který vyjadřuje žádoucí tělesný, psychický anebo sociální stav, směřujeme k nemocnému. Cíl musí být srozumitelný, konkrétní a měřitelný. Cíle, které chceme dosáhnout, musí být reálné, plánujeme společně s pacientem. Plán musí být navržen tak, aby bylo možné podle vývoje měnit.

Krátkodobé cíle se týkají bezprostředně následujícího období, dlouhodobé cíle se vztahují k delšímu období, nebo ke konci hospitalizace.

Po stanovení cílů sestra plánuje ošetrovatelské intervence, jakým způsobem budeme stanovené cíle dosahovat. Plán musí být formulován jasně a stručně. I tady je důležitá spolupráce s nemocným a jeho rodinou.

V průběhu realizace ošetrovatelských intervencí, již sestra a ošetrovatelský tým poskytují pacientovi individualizovanou péči a zaznamenávají do dokumentace provedení, realizaci na základě stanoveného plánu. Plán se musí přehodnocovat, popřípadě měnit, dle pacientova aktuálního stavu.

Poslední fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení efektu poskytované péče a pomáhá nám zjistit nakolik je poskytovaná ošetrovatelská péče účinná. Zhodnocení plánu provádí sestra i pacient.

Hodnocení provedené sestrou je zaměřené na získání objektivních hodnot, které napovídají o efektu poskytované péče

Hodnocení provedené pacientem je subjektivní vyjádření pocitu pacienta jako příjemce péče (11).

2.3 Ošetrovatelská anamnéza

Pan **P** byl přivezen sanitou překladem z neurologie po i CMP k rehabilitaci na oddělení včasné rehabilitace. Z pojízdného lůžka byl přesunut v poloze vleže. Při přesunu spolupracuje. Hlavním zdrojem informací byl pacient, ale pomáhal jsem si překladovou lékařskou a ošetrovatelskou zprávou.

2.3.1 Vnímání zdravotního stavu

Pan **P** žádné operace, či úraz v minulosti neměl, překonal běžné dětské onemocnění, léčí se s diabetem za pomoci perorálních antidiabetik a s hypercholesterolémií. Pán nekouří, alkohol požíval příležitostně. Svůj současný stav vnímá negativně. Těžko se vyrovnává s tím, že je zcela odkázaný na pomoc druhých.

2.3.2 Výživa a metabolismus

Doma jedl nepravidelně, čtyři porce jídla za den a vypil asi 1500 ml. tekutin. Dietu doporučenou praktickým lékařem nedodržoval. Za dobu předchozí hospitalizace udává příjem tekutin do 1 litru. Eviduje sníženou chuť k jídlu a pije málo.

Schopnost polykání je narušena. Úbytek váhy za poslední 2 týdny je 5 kg. Kůže je na pohled bledá, turgor kůže je snížený, bez dekubitů, hematom na pravém předloktí. BMI = 30, což je nadváha.

Může být ohrožen malnutricí, se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů .

2.3.3 Vylučování

Doma měl sklony k zácpě, močil bez obtíží. Pan **P** udává posledních 48 hodin řidší stolice. Vyprazdňování stolice probíhalo do plenkových kalhotek,

vzhledem k tomu, že potřebu na stoličce cítí, ne vždy je schopen včas se přesunout na toaletu.

Nyní má zaveden 7.den permanentní močový katétr CH 16, který odvádí koncentrovanou moč. Má nasazený plenkové kalhotky.

2.3.4 Aktivita, cvičení

Dříve pracoval jako řidič, do důchodu odešel před 2 lety. V minulosti sportoval. Je pravák. Mezi zájmové činnosti řadí sledování sportovních přenosů.

S poruchou hybnosti na levé horní a dolní končetině, sám se neposadí, sed je nestabilní s tahem doleva. V lůžku se sám otočí na levou stranu, na pravou s dopomocí. Nechodí.

Je vysoce závislý v testu základních denních všedních činností, sám se neoblékne, nevykoupe, nedojde na WC, se středním rizikem pádů (příloha č. 2).

2.3.5 Spánek, odpočinek

Doma neměl se spánkem, ani s usínáním problémy. Raději spí v chladnějším prostředí. K tomu, aby se cítil odpočatý, potřebuje 6 hodin spánku. Léky na spaní neužíval. V nemocnici neměl obtíže se spánkem.

2.3.6 Vnímání, poznávání

Pán spolupracuje, výzvam rozumí a vyhoví jim. Ví kde je, ale není orientován v čase. Na dotazy odpovídá jednoslovně. Bolest nepocítuje. Na čtení používá brýle, slyší dobře.

2.3.7 Sebepojetí, sebeúcta

Má obavy, s onemocněním se nevyrovnává dobře. Nevěří ve zlepšení současného stavu.

2.3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domě s manželkou, s dcerou a s jejím manželem.

2.3.9 Reprodukce, sexualita

Má 2 dcery, pohlavním onemocněním netrpěl.

2.3.10 Zátěžové situace a jejich zvládnutí

Pro pána P je hospitalizace a jeho zdravotní stav zátěžovou situací.

2.3.11 Životní hodnoty

Není věřící, jeho největší hodnotou je rodina.

2.3.12 Fyziologické funkce

TK: 124/71;

P: 73/min, pravidelný;

D: 16, pravidelný;

TT: 36,7 °C;

Váha: 88 kg; Výška: 170 cm.

2.4 Přehled ošetřovatelských diagnóz.

Po utřídění a vyhodnocení informací, které jsem odebral, jsem zjistil, že 65letý pacient po ischemické mozkové příhodě, který byl přijat ke včasné rehabilitaci, spolupracuje. Má zavedený permanentní močový katétr a má nasazeny plenkové kalhotky. Je s poruchou hybnosti na levé straně poloviny těla, která se projevuje poruchou soběstačnosti. Je ohrožen pádem a zvýšeným rizikem vzniku dekubitu. Může být ohrožen malnutricí s možným deficitem tělesných tekutin.

Na základě analýzy těchto informací, jsem zformuloval a stanovil aktuální ošetřovatelské diagnózy.

1. Porucha soběstačnosti z důvodu omezené hybnosti v oblasti hygieny
2. Riziko pádu z důvodu poruch hybnosti
3. Riziko malnutrice z důvodu poruchy polykání
4. Riziko vzniku dekubitů z důvodu neuromuskulárního postižení
5. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru
6. Možný deficit tělesných tekutin z důvodu nízkého příjmu

2.5. Krátkodobý plán péče

2.5.1 Porucha soběstačnosti z důvodů omezené hybnosti v oblasti hygieny

Cíle

- pacient bude čistý

Intervence

- zajisti signalizaci na dosah,
- zajisti dopomoc v oblasti deficitu
- zajisti pomůcky na dosah k večerní hygieně

Realizace

Pacientovi vysvětleno signalizační zařízení, které je uloženo na noční stolek. Pacient si zařízení vyzkoušel. S pacientem domluven způsob hygienické očisty a celkového koupele.

Odpoledne byla provedená celková koupel za pomoci pojízdné vany ve sprše personálem. U pacienta jsme prováděli celkovou koupel na sprchovacím lůžku. Nejdříve jsme si připravili pomůcky (sprchové lůžko, ochranné pomůcky pro personál, rukavice, jednorázová zástěra, 2 ručníky, 2 žínky na horní a dolní polovinu těla, tělový šampón, šampón na vlasy, k lůžku nemocného čisté osobní a ložní prádlo, hygienické a kosmetické pomůcky, vysoušeč vlasů, hřeben, štětičky na čištění uší, zubní kartáček a pasta, kelímek na výplach dutiny ústní, ev. vlhčené tyčinky, kleštičky na nehty, potřeby na holení, vozíky na odložení použitého prádla, plen a plenkových kalhotek, zkontrolovali teplotu v koupelně, zavřeli jsem okna. Navlékl jsem si ochranný oděv pro personál a nemocného jsme převezli do koupelny na sprchovacím lůžku, svlečeného a přikrytého prostěradlem. Nemocného jsme osprchovali teplou vodou, nejdříve jsme umyli vlasy šampónem, potom jsme omyli obličej žínkou bez mýdla, dále postupně krk, hrudník, břicho, horní končetiny. Při mytí zad a hýždí se pacient snažil otáčet na bok sám. Na intimní oblasti jsme použili druhou žínku. Nemocného jsme osušili, přikrytého prostěradlem odvezli do čistě upraveného lůžka a oblékli do čistého osobního prádla, usušili a učesali vlasy, vyčistili uši a zkontrolovali nehty. Během koupele jsem zkontroloval stav kůže.

Večerní hygiena dutiny ústní byla provedena vsedě na lůžku. Pacient byl zabezpečen proti sesunutí polohovacím polštářem, pomůcky měl připravené na nočním stolku. S pacientem domluvena hygiena pod dohledem. Pacient si umyl obličej sám, vyčistil si zuby.

Hodnocení

Celkovou koupel je třeba provádět personálem. Kůže je čistá, ponechán bez pomůcky pro inkontinenci.

Večerní hygienu pacient provedl s připravenými pomůckami, po napolohování do pozice sedu na lůžku, sám.

2.5.2 Riziko pádů z důvodu poruchy hybnosti

Cíle

- minimalizovat rizika pádu
- pacient bude znát rizika pádů,
- pacient bude schopen používat signalizační zařízení

Intervence

- poučení pacienta o nutnosti pohybovat se doprovodem personálu
- seznam pacienta s prostředím,
- zajisti signalizaci na dosah

Realizace

K odstranění rizika pádu byl pacient seznámen s pravidly bezpečného pohybu na lůžku, s kompenzačními a mobilizačními pomůckami, které jsou umístěny v dosahu pacienta. Lůžko pacienta, bylo opatřeno bezpečnostními pomůckami. Pacient opouštěl lůžko za asistence personálu. Bylo zajištěno osvětlení pro noční prostorovou orientaci. Byla doporučena vhodná obuv. Prostor pro pohyb je zbaven předmětů zvyšující riziko pádu, podlahová plocha je udržována suchá. Pacient byl seznámen s prostředím pro snadnou orientaci. Bylo provedeno dispoziční opatření vzhledem k riziku pádu. Vysvětleno signalizační zařízení, které je uloženo na noční stolek. Pacient si vyzkoušel signalizaci, jak funguje.

Hodnocení

Rizika pádu jsou minimalizována. Vzhledem k současnému deficitu v oblasti mobility, si pacient si uvědomuje rizika. Pacient používal signalizační zařízení. Riziko trvá

2.5.3 Riziko malnutrice z důvodu poruchy polykání

Cíle

- pacient sní jedno hlavní jídlo

Intervence

- při jídle zajisti vhodnou polohu,
- zapisuj denní příjem potravy.
- kontaktuj nutričního terapeuta,

Realizace

Obědval ve vzpřímené poloze na lůžku, a to tak, že hlavu měl volně pohyblivou a nepodepřenou, trup vzpřímený, kyčle ve flexi. Váha byla rozložena na obě poloviny sedacích svalů, zabezpečen proti sesunutí polohovacími polštáři. Jídlo bylo připraveno na servírovací stolek, personálem maso nakrájeno na malé kousky. Snědl polévku a polovinu z porce hlavního jídla. Postiženou končetinu nepoužíval, měl mírné polykací obtíže.

Kontaktován nutriční terapeut, se kterým domluvená mletá strava, přísady ve formě jogurtů, zapsáno do objednávky jídel.

Večeřel na lůžku, v poloze vsedě, trup vzpřímený, s polohovací kostkou za pacientem, horní končetiny ve flexi, na postižené straně polštář k podpoře, dolní končetiny jsou opřené o podlahu, kolena a kyčle ve flexi do 90°. Snědl půl porce.

Hodnocení

Pacient dnes snědl půl porce oběda a večeře. Pro pacienta objednána vhodná strava, riziko trvá.

2.5.4 Riziko vzniku dekubitu z důvodu neuromuskulárního postižení

Cíle

- pacient bude mít neporušenou kůži

Intervence

- pečuj o hygienu kůže,
- sleduj stav kůže a predilekční místa,
- pravidelně polohuj.

Realizace

Odpoledne byla provedená celková koupel za pomoci pojízdné vany. Během koupele kontrola stavu kůže. Je neporušena, predilekční místa v oblasti kosti křížový, hřebeny lopatek, hrbol kosti týlní, lokty, a paty bez začervenání. S fyzioterapeutem domluveno a předvedeno polohování. Po koupeli poloha na postiženém boku, rameno vpředu, loket natažen, ruka dlaní vzhůru. Postižená končetina natažená, mírně pokrčená v koleni. Pacient polohu toleroval 2 hodiny, poté poloha vsedě na lůžku, u kterého večeřel. Po večeři polohován na zdravý bok, kde postižené rameno je na polštáři, loket a zápěstí jsou mírně pokrčeny, postižená dolní končetina je pokrčená na polštáři a hlava je podložená. Polohu toleroval 1 hodinu.

Hodnocení

Pacient změnil polohu během dne 5krát. Při polohování na lůžku jsem použil dlouhý válec pod rameno a pánev, 2 polštářky pod koleno a rameno. Při polohování do sedu jsem použil kostku za záda. Pacient má neporušenou kůži, polohování toleruje, riziko trvá.

2.5.5 Riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru

Cíle

- rizika budou minimalizována

Intervence

- zaznamenávej údaje o zavedení, výměně a průchodnosti,
- sleduj příjem tekutin,
- zajisti čistotu odvodného a sběrného systému,
- sleduj vzhled a množství moče.

Realizace

PMK je zaveden 7. den. Během dne vypil 1200 ml tekutin. Katétr je průchodný, při příjmu moč byla koncentrovaná, s diurézou 100 ml. 11:00 hod. je vyměněn sběrný sáček. V 15:30 byla diuréza 500 ml, moč byla koncentrovaná, sběrný sáček byl vypuštěn. V 17:30 byla diuréza 400 ml, moč byla mírně

koncentrovaná, sběrný sáček byl vypuštěn. Celková diuréza do 17:30 byla 1000 ml.

Hodnocení

Riziko je minimalizováno, ale trvá.

2.5.6 Možný deficit tělesných tekutin z důvodu nízkého příjmu

Cíle

- pacient vypije 1,5 litru tekutin do 18:00 hodin

Intervence

- poskytni dostatek informací o důležitosti hydratace,
- aktivně podávej tekutiny,
- zahušťuj tekutiny,
- sleduj příjem tekutin.

Realizace

Pacient poučen o důležitosti hydratace a seznámen s cílem vypít alespoň 1,5 litru tekutin do 18:00 hodin. Pacient namítal, že ani doma tolik nevypil. Nabízené tekutiny, které jsou zahušťovány přípravkem Nutilis powder do konzistence sirup, přijímal. Příjem tekutin od příjetí (posledních 6 hodin) činil 1200 ml tekutin.

Hodnocení

Pacient vypil 1,2 litru tekutin do 17:30 hod, problémy s polykáním neměl, cíl nebyl naplněn. Sleduj příjem tekutin v rámci nutriční.

2.6. Dlouhodobý plán péče

Realizace dlouhodobého plánu se vztahuje na provádění ošetrovatelských intervencí v průběhu hospitalizace, cíle směřují ke konci hospitalizace a je přehodnocován po 7 dnech.

2.6.1 Průběh hospitalizace 2. - 7. den

Druhý den pacient prováděl ranní očistu vsedě na lůžku, se svěřenýma nohama, pomůcky měl připravené na nočním stolku. Pacient prováděl hygienu dutiny ústní sám. Signalizaci měl na dosah. Poté snídal. Po snídani byl pacient

polohován na zdravém boku a to tak, že hlavu měl podloženou, rameno vysunuto na polštář, postižená končetina flektována na polštáři. Pro pacienta bylo obtížnější zaujmout tuto polohu, toleroval ji 1 hodinu. Bylo mu vysvětleno, že tato poloha usnadňuje dýchání plegické části hrudníku. Následovalo cvičení na lůžku s fyzioterapeutem se zaměřením na péče o rameno, kyčel, přetáčení se na postiženou a nepostiženou stranu, nácvik rovnováhy trupu, nácvik sedu. K obědu zajímal polohu sed na lůžku. Pacient zůstal v této poloze ještě jednu hodinu po obědě. Následovala poloha na postižené straně, kde postižené rameno je v zevní rotaci, loket v extenzi, ruka dlaní vzhůru, postižená končetina natažená v kyčli, s mírnou flexí v koleně. Odpoledne cvičení na lůžku s fyzioterapeutem se zaměřením na protahování, přenášení váhy trupu na plegickou stranu a přesuny z lůžka na mechanický vozík. Fyzioterapeutem napolohován do pozice na zádech, kde hlava otočená směrem k postižené straně, polštářek pod postižené rameno, které je posunutě dopředu, polštář pod kyčli a malá polštář pod koleno, který udržoval končetinu v mírné flexi. Večeřel v poloze sedě na lůžku se svěřenými končetinami. Zavedený močový permanentní katétr toleruje bez bolesti, nepálí, nesvědčí. Během dne bylo monitorováno množství, barva a kvalita odtékající moče a byla zajištěná dostatečná hydratace pacienta.

Čtvrtý den pacient absolvoval ranní hygienu v koupelně za pomoci mechanického vozíku, kam byl přesunut personálem. Na vozíku měl trup vzpřímený, opřen o opěradlo, postižená horní končetina podložená polštářem, postižená dolní končetina opřená o podložku, flektována do 90°. Potravu přijímal za stolem, na židli s opěrkami. Dopoledne absolvoval cvičení na tělocvičně s fyzioterapeutem se zaměřením na postavování, posazování a ergoterapii zaměřenou na cvičení jemné motoriky postižené horní končetiny. Po obědě byla provedená celková koupel pod sprchou na židli. Pacient se snažil umýt dominantní, nepostiženou končetinou celé tělo. Hygiena v okolí vstupu permanentního močového katétru byla provedena personálem. Pacient plegickou končetinu používal k držení se madla. Po koupeli poloha na zdravém boku. Odpoledne cvičil s fyzioterapeutem na tělocvičně přenášení váhy přes postiženou končetinu a zatěžování kloubu. Po cvičení zapolohován fyzioterapeutem do polohy na zádech. Večeřel na lůžku v poloze sedě. Během dne jsme s pacientem

prováděli nácvik mikce k obnově správné funkce močového měchýře, která spočívala v přerušování odtoku moče do drenážního systému za pomoci peánu, do pocitu naplnění močového měchýře s nutností se vymočit. Následně byl peán uvolněn, aby došlo k vyprázdnění močového měchýře.

Šestý den hospitalizace proběhla extrakce močového katétru. Před samotným odstraňováním katétru, byl pacient informován o výkonu a poučen o nutnosti dostatečné hydratace a možnými komplikacemi. Výkon probíhal na lůžku, za aseptických podmínek. Nejdříve jsem odsál tekutinu z fixačního balónku, pak jsem opatrně vytáhnul katétr za přidržování buničiny u ústí močové trubice a očistil genitál. Po odstranění katétru byl sledován příjem tekutin, sledována diuréza a subjektivní pocity pacienta související s vyprazdňováním močového měchýře. Pacient močil spontánně, do záchodu, kam se přesouval za pomoci ošetřovatelského personálu na mechanickém vozíku. Pálení při močení neguje.

Sedmý den s fyzioterapeutem nacvičoval chůzi s pomůckou vysoké chodítka. Přehodnotil jsem soběstačnost pacienta v základních denních činnostech, riziko pádu a riziko vzniku dekubitu. V testu základních denních činností došlo ke zlepšení soběstačnosti v oblasti hygieny, používání WC a v chůzi po rovině. Riziko pádu trvá vzhledem k věku pacienta, pádu v anamnéze, snížené soběstačnosti a poruchy hybnosti. Zvýšené riziko vzniku dekubitu pominulo. Vzhledem k riziku vzniku malnutrice, byla pacientova výživa sledována za pomoci talířové metody sedm dní. Během sledovaných dní hospitalizace pacient snědl alespoň 2 celé porce hlavního jídla za den a pil dostatečně, vždy minimálně 2 litry tekutin za den.

2.6.2 Průběh hospitalizace 8. - 14. den

Během druhého týdne jsme se s pacientem zaměřili na nácvik dovedností vedoucích k obnově soběstačnosti v oblasti hygieny tak, aby pacient prováděl úkony v sebedůvěře v rámci svých možností.

Po proběhlé vertikalizaci a nácviku chůze, byla u pacienta prováděná ranní a večerní hygiena v koupelně, kam byl doprovázen za pomoci vysokého chodítka. Pomůcky měl připravené a signalizaci na dosah. Pacient prováděl ranní a večerní hygienu sám, po ukončení činnosti signalizoval potřebu doprovodu. Celková

koupele byla prováděna ve sprchovacím koutě, v poloze sedě, na sprchovací židli za pomoci druhé osoby. Pacient byl doprovázen do koupelny za pomoci vysokého chodítka, pomůcky měl připravené. Pacient si umyl levou polovinu těla a vlasy sám. Na pravé části těla vykonával hygienu personál. Na péči o večerní hygienu se začala podílet rodina, která již pacienta navštěvuje denně v pozdních odpoledních hodinách.

U rizika pádu jsme se zaměřili na opatření, které vedou k redukci rizika. Nácvik pohybové koordinace, držení rovnováhy, nácvik používání mobilizujících kompenzačních pomůcek a edukace byla prováděna fyzioterapeutem. Kompenzační a mobilizační pomůcky byly umístěny v dosahu pacienta a nemocný opouštěl lůžko, za asistence personálu. Pacient již zvládá přesuny z lůžka na židli s malou pomocí a s pomocí vysokého chodítka dojde do koupelny. Pacient dodržoval dohodnutý pohybový režim a signalizoval potřebu pomoci.

Čtrnáctý den jsme spolu s pacientem přehodnotili stupeň soběstačnosti u pacienta a zjistili jsme, že pacient je lehce závislý na pomoci druhé osoby v základních denních činnostech, se zlepšením v oblasti mobility. Zvládne ujít 50 metrů po rovině, s pomocí vysokého chodítka a přesuny z lůžka zvládá s malou pomocí. Riziko pádu trvá.

2.6.3 Průběh hospitalizace 15. - 21. den

Poslední týden hospitalizace, pacient s fyzioterapeutem nacvičoval používání nové mobilizující kompenzační pomůcky. Čtyřbodová hůl, kterou pacient začal používat, mu vyhovovala. Vzhledem k rizikovým faktorům souvisejícím s rizikem pádu, byl pacient znovu poučen o nutnosti používat signalizační zařízení při přesunech.

Pacient byl doprovázen do koupelny a na toaletu, kde vykonával činnosti sebeobsluhy sám, poté signalizoval potřebu doprovodu. Na procedury byl doprovázen personálem. Přesun z lůžka na židli zvládl sám.

V průběhu posledního týdne, jsme se s pacientem a jeho rodinou zaměřili také na edukaci aplikace nízkomolekulárního heparinu. Edukaci u pacienta nám komplikoval postoj nemocného, který měl obavy z manipulace s injekcí, jestli to technicky zvládne.

Šestnáctý den hospitalizace jsem se pacientem domluvil, že u dnešní aplikace mně bude pozorovat. Pacientovi byl vysvětlen způsob aplikace, od vyhledání místa vpichu, přes dezinfekci a uchopení kožní řasy až po aplikaci a byla mu předvedena manipulace s léčivým přípravkem, od rozbalení injekce a odstraněním krytu jehly, až po bezpečné uložení a odstranění použité injekce.

Sedmnáctý den byla u edukace pacienta, přítomná dcera nemocného. Pacient vlastními slovy popsal způsob aplikace, vyhledal místo k aplikaci, které dezinfikoval a zkusil si vybalit léčivý přípravek z originálního balení. Pro pacienta to bylo obtížné, s rozbalením mu pomáhala dcera. Vzhledem k obtížím s vybalením léčiva z originálního balení, pacient verbalizoval strach z poranění o jehlu, při odstraňování krytu. Respektoval jsem tuto obavu a k odstraňování krytu jehly pacientem již nedošlo. S pacientem a jeho dcerou jsme se domluvili, že edukována bude dcera nemocného. Dceři byli poskytnuté základní informace o léčivém přípravku a byla jí předvedena aplikace.

Osmnáctý den dcera nemocného popsala správně způsob aplikace a přistoupili jsme k nácviku aplikace. Dcera pacienta předvedla aplikaci na obvazovém materiálu.

Devatenáctý den hospitalizace dcera nemocného aplikovala pacientovi léčivo technicky správně.

Po předání základních informací o léčivu, po pozorování a předvedení aplikace, dcera nemocného aplikovala pacientovi léčivý přípravek správně tři dni po sobě jdoucí.

V základních denních činnostech, se soběstačnost zlepšila v dovednosti oblékání a v přesunech z lůžka na židli. Pacient je stále ohrožen rizikem pádu.

2.7 Edukace

Během interakce s pacientem při poskytování ošetrovatelské péče, dochází často k situacím, kdy je pacient vystaven novým situacím, či okolnostem. Samotná hospitalizace je pro mnohé pacienty novou zkušeností, která si vyžaduje dostatek kvalitních informací pro pacienta.

Při přijetí, byl pacient seznámen s právy pacienta formou brožurky, která mu byla přečtena, s prostorovým uspořádáním oddělení ukázkou, se signalizačním zařízením a obsluhou lůžka předvedením a s domácím řádem oddělení, formou

brožurky. Lékařem je poučen o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, je mu vysvětlen srozumitelně jeho zdravotní stav a navržený léčebný postup. Je informován o léčebném režimu, o možných problémech souvisejících s uzdravováním a o možných omezeních v obvyklém způsobu života. Během hospitalizace, byl pacient informován ústně o základním onemocnění CMP, o významu včasné rehabilitace a postupu sebeobsluhy, o polohování, o žádoucích a nežádoucích účincích léků, o používání nových pomůcek, o důležitosti zapojení rodinných příslušníků, v rámci prevence tromboembolické nemoci o cvičení dolních končetin na lůžku. V rámci prevence pádu byl pacient s rodinou informován možnosti dopomoci a doprovodu personálu a názornou ukázkou používání kompenzačních pomůcek. V péči o permanentní močový katétr byl pacient informován o známkách zánětu, o možnostech dislokace katétru s následným krvácením z močové trubice, o výměně, vypouštění sáčku a hygieně, po odstranění katétru, byl pacient informován o možných komplikacích a doprovodných symptomech (12).

V případě, že chceme dosáhnout trvalých znalosti, navodit pozitivní změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech pacienta, musíme plánovaně edukovat.

Edukace v nemocničním zařízení je vlastně učení novým znalostem, dovednostem, či postojům a názorům na zdraví, které nám pomáhají adaptovat se na změněné podmínky, či náročné situace. Efektivní edukace tak může vyvolat změny v oblasti poznatku, jejich pochopení ve vzájemných souvislostech a následně ovlivňovat hodnotový systém.

Edukační proces v nemocničním zařízení probíhá tak, že sestra úmyslně působí na pacienta s cílem zvýšit kvalitu prožívání života v zdravotnickém zařízení. Na edukaci v nemocničním zařízení má vliv, jak pacient se svými potřebami, motivací, se svým názorem na zdraví a věkem, tak i sestra, se svými zkušenostmi, komunikačními dovednostmi a odbornými vědomostmi.

Nejdříve zjišťujeme potřebu učení ve vztahu ke své nemoci a úroveň znalostí, dovedností, návyků a postojů pacienta. Pak spolu s pacientem plánujeme cíle, volíme metody, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob hodnocení edukace. U samotné realizace edukace musíme zvolit vhodné metody

a prostředí, informace musíme formulovat jasně a srozumitelně a cíle musí vycházet z potřeb pacienta. Dbáme na to, aby edukující osoba edukovala v rozsahu své odborné způsobilosti, kompetencí, znalostí a dovedností (13).

V průběhu hospitalizace se na edukaci pacienta podílel celý multidisciplinární tým (lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, psychologové). Sestrou byl pacient a jeho rodina edukována praktickým nácvikem, aplikace injekcí nízkomolekulárního heparinu.

S rozhovoru s pacientem jsem zjistil, že pacient neví, jak si bude píchat injekce nízkomolekulárního heparinu v domácím prostředí. U pacienta se bude jednat o novou dovednost, kterou se bude snažit zabránit vzniku komplikací souvisejících s jeho základním onemocněním. Edukací u pacienta nám zkomplikovala praktická dovednost pacienta s léčivým přípravkem, ale i obavy a strach z manipulace. Proto jsme se s pacientem a jeho rodinou domluvili, že edukována bude dcera, která navštěvuje pacienta v nemocničním zařízení pravidelně.

S edukantkou jsme si stanovili společný cíl a to, že bude schopna pacientovi technicky správně aplikovat léčivý přípravek.

Prvním krokem v edukačním procesu bylo předat základní informace o léčivém přípravku a ukázat aplikaci. Pacientce jsem popsal svoje znalosti. Při výkladu jsem si pomáhal příbalovým letákem, který jsem edukantce ponechal k prostudování. Popsal jsem jí také svoje zkušenosti s aplikací léčivého přípravku a předvedl aplikaci.

Druhý den edukantka popsala, k čemu pacient užívá léčivý přípravek, možné nežádoucí účinky a možná místa vpichu léčivého přípravku. S edukantkou jsme přistoupili k nácviku samotné aplikace tak, že jsem předváděl aplikaci s komentářem a edukantka napodobovala moji činnost na obvazovém materiálu. Edukantka předvedla aplikaci na obvazovém materiálu správně. Dotazy edukované směřovaly k aplikaci v domácím prostředí. Zajímala se hlavně o to, jaké pomůcky si má nakoupit a jak bude probíhat likvidace použitých injekcí. Bylo jí vysvětleno, že dezinfekce a sterilní čtverce ke krytí vstupu po aplikaci je možné sehnat v lékárně a likvidaci použitých jehel si musí domluvit u praktického lékaře nebo v lékárně.

Třetí den edukantka popsala způsob aplikace a pak předvedla aplikaci léčiva technicky správně. Byla upozorněna na pravidelné střídání místa vpichu. Pomůcky již nakoupila v lékárně, s praktickým lékařem má domluvenou likvidaci použitých injekcí.

Po zbytek hospitalizace je edukantka kontrolována u aplikace a vyzporoval jsem, že aplikaci nízkomolekulárního heparinu zvládá. Pomůcky pro aplikaci v domácím prostředí má zabezpečené, likvidaci použitých jehel má domluvenou.

2.8 Farmakoterapie

Podáváním léků sestra plní ordinace lékaře. Lékař ve své ordinaci uvede způsob aplikace, formu, název a gramáž léčivého přípravku a frekvenci podání. Pacient je lékařem informován o podávaných léčivých přípravcích.

Součástí ošetrovatelského postupu při podávání léku je sledování nežádoucích účinků léčivého přípravku a edukace pacienta o způsobu a frekvenci podávání léčiv (14).

Pacientovi **P** byly podávány léky perorálně a parenterálně. Podávání léku per os je nejrozšířenější způsob podávání léku. Pacientovi byly podávány ve formě tablety.

Diaprel MR 30 mg byl podáván ráno, se snídaní, v dávce 1 tableta zapíjená sklenicí vody. Diaprel je perorální antidiabetikum (15). Bylo podáváno pro diabetes mellitus 2. typu, protože dietní opatření, tělesný pohyb a úbytek hmotnosti samy o sobě nedostačovali ke kompenzaci glykémie. Mezi nejčastější možný nežádoucí účinek patří nízká hladina cukru v krvi, která může vést k ospalosti, ztrátě vědomí a možnému kómatu. Mezi další možné projevy nežádoucích účinků patří zažloutnutí kůže a očí v možném důsledku abnormální funkce jater a kožní reakce jako je vyrážka, svědění, kopřivka. Poruchy zažívání jako je nevolnost, zvracení, průjem a zácpa jsou menší, jestliže je léčivý přípravek užíván s jídlem.

Anopyrin 100 mg byl podáván po obědě, v dávce 1 tableta, která byla dostatečně zapíjená vodou. Anopyrin je antitrombotikum (15). Bylo podáváno jako profylaxe tranzitorních ischemických atak a mozkových infarktů a mezi jeho možné nežádoucí účinky patří nevolnost až zvracení, vzácně i krvácení do trávicího traktu, které se může v důsledku skrytých ztrát krve projevovat anemií,

v případě závažného žaludečního krvácení, výskytem dehtovité stolice. U precitlivělých osob se může objevit kožní vyrážka, či vyvolat astmatický záchvat. Mezi závažné projevy patří závratě a hučení v uších, které mohou být, zvláště u osob ve vyšším a pokročilém věku známkami závažné intoxikace.

Citalec 20 mg byl podáván ráno, po snídani v dávce 1 tableta, která byla zapíjená vodou. Citalec je antidepresivum (15) byl podáván pro léčbu depresivní epizody a mezi jeho velmi časté možné nežádoucí účinky patří nevolnost a bolest hlavy. Mezi závažné možné nežádoucí účinky patří neobvyklé krvácení a alergická reakce projevující se otokem kůže, jazyka, rtů, obtížným dýcháním a polykáním. Dalším závažným projevem nežádoucích účinků je vysoká horečka spojená s agitovaností, zmateností, třesem a náhlými svalovými záškuby.

Atorvastatin Mylan 80 mg byl podáván po večeři, zapíjen vodou. Atorvastatin je hypolipidemikum (15). Bylo podáváno pro primární hypercholesterolemii a jako prevence kardiovaskulárních příhod. Mezi závažné možné nežádoucí účinky u tohoto léčivého přípravku patří alergická reakce způsobující otok obličeje, jazyka a krku, který způsobuje velké obtíže s dýcháním. Dalším závažným projevem možných nežádoucích účinků je olupování a otok kůže, se vznikem puchýřů na kůži a sliznicích, a slabost, citlivost nebo bolest svalů s vysokou horečkou, které může být způsobeno neobvyklým rozpadem svalových buněk.

Parenterálně byl pacientovi podáván léčivý přípravek ve formě injekce, cestou subkutanní aplikace.

Clexanne 0,6 ml byl aplikován každý den ve 20:00 hodin. Clexanne je antikoagulans, nízkomolekulární heparin a byl podáván jako profylaxe tromboembolické nemoci (15). Mezi závažné možné nežádoucí účinky léčivého přípravku, o kterých by měl pacienta informovat zdravotnický personál, patří alergická reakce, která se projevuje problémy s polykáním a dýcháním, otokem rtů, tváře, hrdla nebo jazyka. Mezi další možné příznaky nežádoucích účinků patří náhlá silná bolest hlavy, která může být důsledkem krvácení do mozku a břicho citlivé na dotek, jako důsledek krvácení v břišní oblasti.

Pacient zná důvod podávaných léčiv a ví o nutnosti informovat personál o nežádoucích účincích podávaných léčivých přípravků. Během hospitalizace pacienta jsem nezaznamenal nežádoucí účinky u podávaných léčiv.

2.9 Psychologické aspekty hospitalizace

S psychologickými aspekty hospitalizace souvisejí schopnosti smyslového vnímání a poznávání a schopností rozhodování. Tyto schopnosti ovlivňují spoluúčast pacienta na léčbě. Na spolupráci pacienta mají vliv informace, které jsou podávány nemocnému o jeho základním onemocnění a postoj pacienta jak vnímá sám sebe a svoji nemoc (16).

Dalším aspektem souvisejícím s hospitalizací nemocného je stres. Stres je vlastně reakce na jakoukoliv zátěž či podnět a pomáhá pacientovi se adaptovat na změněné podmínky prostředí. V případě, že pacienta motivuje, je jeho reakcí mobilizace sil, která se projevuje zvýšeným úsilím k nalezení rovnováhy mezi změněným prostředím a jeho potřebami (17).

Nemocný, na počátku své hospitalizace vnímal zhoršení svého zdravotního stavu negativně a těžko se vyrovnával s tím, že je odkázaný na pomoc druhých. Pro pacienta byla hospitalizace a jeho zdravotní stav zátěžovou situací. Při příjmu pacient na vstupní rozhovor reagoval netečností. Na dotazy odpovídal jednoslovně. Vstupní rozhovor bylo nutno provádět po částech.

Během hospitalizace byl informován lékařem o zdravotním stavu, o plánu péče a o prognóze u tohoto onemocnění. Pacientovi bylo vysvětleno, že jeho základné onemocnění není nezvratný stav, a že usilovnou a soustavnou rehabilitací lze dosáhnout zlepšení pohyblivosti a schopnosti výkonu denních potřeb pacienta. Postoj nemocného byl ovlivněn rodinou, která mu byla oporou.

Pacient se dokázal rychle adaptovat na nemocniční prostředí a došlo ke zlepšení spolupráce, projevující se zlepšením pohyblivosti s pozitivním dopadem na vnímání svého vlastního zdraví a schopnosti naplňovat svoje potřeby v oblasti sebe péči. Rodina se v době návštěv významně podílela v základních sebe obslužných úkonu v péči o pacienta.

Pacient dokázal zmobilizovat svoje síly a snažil se přizpůsobit změněným podmínkám prostředí.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat ošetrovatelskou péči o pacienta s CMP a aplikovat model ošetrovatelského procesu na konkrétní péči o pacienta. V klinické části jsem popsal cévní mozkové příhody, jak vznikají a základní rozdělení tohoto onemocnění. Okrajově popisuji klinické projevy, rizikové faktory, vyšetřovací metody a léčbu tohoto onemocnění. V ošetrovatelské části jsem se zaměřil na plánování péče o pacienta **P**, zaměřenou na uspokojování biologických potřeb v oblasti hygieny, výživy a bezpečí. Popsal jsem, jak probíhá edukace ve zdravotnickém zařízení a psychologické aspekty související s hospitalizací.

Pacient **P** byl hospitalizován na oddělení včasné rehabilitace po dobu 3 týdnů. Na počátku hospitalizace byl pacient vysoce závislý v základních denních činnostech, s možným deficitem v oblasti výživy, s rizikem pádu, s rizikem vzniku infekce a s rizikem vzniku dekubitu. V oblasti hygieny byla péče prováděná personálem. V průběhu hospitalizace pacient nacvičoval dovednosti vedoucí k obnově soběstačnosti v oblasti hygieny tak, že pacient zvládl provádět úkony v sebe péči v rámci svých možností. Rodina ke konci hospitalizace komplexně převzala hygienickou péči o pacienta a naplňovala i potřebu sociálních interakcí. Možný deficit v oblasti výživy, byl monitorován za pomoci Talířové metody. Cíleným sledováním jsme zjistili, že pacient přijímal potravu a tekutiny dostatečně. V oblasti bezpečí, jsem se zaměřil na prevenci, protože existují neovlivnitelné rizika, která lze jenom minimalizovat. Riziko infekce z důvodu zavedeného invazivního vstupu, bylo minimalizováno správnými aseptickými ošetrovatelskými postupy. Riziko vzniku dekubitu bylo minimalizováno zvýšenou hygienickou péčí o tělo a lůžko, včasnou mobilizaci a polohováním. Riziko pádu bylo redukováno opatřeními, která vedli k snížení rizika. Nácvik používání mobilizujících kompenzačních pomůcek a edukace byla prováděná fyzioterapeutem, lůžko pacient opouštěl za pomoci personálu.

Z pohledu pacienta došlo ke zlepšení soběstačnosti v základních denních činnostech a k nalezení rovnováhy mezi změněným aktuálním zdravotním stavem a naplňováním vzniklých potřeb. Pacient odchází do domácího prostředí jako osoba s lehkou závislostí na pomoci druhé osoby a s rizikem pádu. Je vybaven

kompenzačními pomůckami, rodina je poučena o používání pomůcek fyzioterapeutem. Pacientovi bude doma podáván nízkomolekulární heparin cestou subkutánní aplikace. Dcera nemocného byla edukována, pomůcky má nakoupeny, likvidaci použitých jehel má zabezpečenou.

Seznam použitých zkratk

AB – arterie basilaris

ACA – arterie cerebri anterior

ACI – arterie carotis interna

ACM – arterie cerebri media

ACP – arterie cerebri posterior

AG – angiografie

AS – akce srdeční

ASA – kyselina acetylsalicylová

AV – arterie vertebralis

CBF – mozkový krevní průtok

CBV – mozkový krevní objem

CMP – cévní mozková příhoda

CPP – centrální příjem pacientů

D – dech

DK – dolní končetiny

DM – diabetes mellitus

DTN – čas od vzniku obtíží do přijetí do nemocničního zařízení

EKG – elektrokardiogram

ESO – evropská iktová společnost

HDL – lipoprotein s vysokou hustotou

CH – charrierová stupnice velikosti obvodu katétru

i CMP – ischemická cévní mozková příhoda

ICP – intrakraniální tlak krve

ICH – intrakraniální hemoragie

IM – infarkt myokardu

IVT – intravenózní trombolýza

LDL – lipoprotein s nízkou hustotou

MR – magnetická rezonance

P – pulz

p.o. – léky podávané ústy

PAD – perorální anti diabetika

PMK – permanentní močový katétr

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

s.c. – léky podávané pod kůži

TEN – tromboembolická nemoc

TK – tlak krve na periférii

TT – tělesná teplota

VAS – vertebrogenní algický syndrom

Seznam použitých zdrojů

1.
KJELLSTROM, T. NORRVING, B. Shatchkute, A. *Helsinborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies*. (online).
World Health Organization, 2006. DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark, (cit. 15. 3. 2014) dostupné z:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/240337/E89242.pdf
2.
ČIHÁK, R. *Anatomie 3*, 2. vydání. Praha
Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 978-80-247-1132-4.
3.
KALITA, Z. *Akutní cévní mozkové příhody. Diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vydání. Praha
Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.
4.
KALINA, M. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vydání. Praha
Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.
5.
RINGLEB, P., BOUSSER, M.; Ford, G. *Management ischemické cévní mozkové příhody a tranzitorní ischemické ataky - Doporučení* (online)
European Stroke Organisation. 4002 Basel / Switzerland
(ESO) 2008, aktualizace leden 2009. (cit. 18. 4. 2014) dostupné z:
<http://www.eso-stroke.org/eso-stroke/education/education-guidelines.html>
6.
BAUER, J. *Léčba intra cerebrálního krvácení – skepse nebo optimizmus?* (online)
Solen s.r.o. 2009 (cit. 5. 5. 2014). Dostupné z:
<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/06/06.pdf>
7.
ĎURIŠ, K. *Možnosti využití tkáňové oxymetrie u pacientů se subarachnoidálním krvácením z ruptury aneuryzmatu mozkové tepny*. (online)
Brno, 2012. Informační systém Masarykovy Univerzity. (cit. 17. 5. 2014).
Dostupné z: http://is.muni.cz/th/44380/lf_d/Disertacni_prace.pdf
8.
POCHYLÁ, K. *České Ošetřovatelství 1. Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. 2. vydání.
Brno
Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005.
ISBN 80-7013-420-8.

9.
PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha
Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 978-80-247-1211-6.
10.
STAŇKOVÁ, M. *České Ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Ediční řada- Praktické příručky pro sestry. 1. vydání. Brno
Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-282-5.
11.
STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*.
Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. 1. vydání. Brno
Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-283-3.
12.
CARRARO, L. *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě*. Praha
Rehalb o.p.s., 2002.
13.
JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi* 1. vydání. Praha
Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
14.
MIKŠOVÁ, Z. FROŇKOVÁ, M. HERNOVÁ, R. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*, aktualizované a doplněné vydání. Praha
Grada publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1442-6.
15.
BOŘKOVÁ, J. KAŠPAROVÁ, L. NOVOTNÁ, H. *Medical Tribune Breviř 2014*,
23. vydání. Medical tribune cz s.r.o., 2014. ISBN 978-80-87135-57-0.
16.
RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1.
Vydání. Praha. Grada publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
17.
JOBANKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*.
2. přepracované vydání. Brno
Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-365-1.

Další použité zdroje

- Příbalové letáky: informace pro uživatele
- Ošetrovatelská anamnéza používaná Ústavem ošetrovatelství 3. LF UK v Praze
- Ošetrovatelská dokumentace používaná Rehabilitační Nemocnici Beroun

Seznam příloh

1. Ošetrovatelská anamnéza.....	47
2. Zhodnocení stavu pacienta při přijetí.....	51
3. Přehodnocení stavu pacienta 7. den hospitalizace.....	52
4. Přehodnocení stavu pacienta 14. den hospitalizace.....	53
5. Přehodnocení stavu pacienta 21. den hospitalizace.....	54