

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Komplexní ošetrovatelská péče o klienty po cévní  
mozkové příhodě**

bakalářská práce

Autor práce: Jaroslava Kovaříková  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Studijní obor: 5341R009-0 / Všeobecná sestra  
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

## **Abstrakt**

Centrální mozkové příhody jsou velkou zátěží jak pro samotného pacienta, tak pro jeho rodinu a pečovatele. Je nutno se intenzivně zaměřit na péči o pacienty s již diagnostikovanou CMP. Poskytovaná kvalitní ošetrovatelská péče zvyšuje šanci klientů pro jejich uzdravení a návrat do běžného života. Na základě těchto skutečností byla zpracována předkládaná bakalářská práce „Komplexní ošetrovatelská péče o klienty po cévní mozkové příhodě“.

Na samém počátku byl stanoven cíl a to zjistit, jaké teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou nutné u sestry při poskytování ošetrovatelské péče o klienty po CMP.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na popis CMP a na problematiku ošetrovatelské péče. Výzkumná část je založena na kvalitativním sběru dat. Metodami výzkumného šetření byly: polostandardizovaný rozhovor, zúčastněné pozorování a anketa. Výzkumný vzorek tvořilo deset klientů po CMP, kteří byli hospitalizováni v Nemocnici následné péče v Humpolci, a deset sester, které o ně pečovaly.

Na základě informací získaných z rozhovorů s klienty byly sestaveny kazuistiky, ze kterých vyplynula specifika ošetrovatelské péče, která byla formulována do jednotlivých ošetrovatelských problémů. Klienti po CMP potřebují pomoc především v oblasti mobility, dopomoc při příjmu stravy a tekutin, při vyprazdňování, hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku. Pozornost by měla být věnována i problematice logopedické péče. Ze zúčastněného pozorování a ankety vyplynuly teoretické znalosti a praktické dovednosti, které by sestry při poskytování ošetrovatelské péče klientům po CMP měly mít. V otázce, zda má ošetrovatelský personál potřebné znalosti a dovednosti pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče klientům po CMP, bylo zjištěno, že existují určité nedostatky jak v teoretických znalostech problematiky CMP, tak v praktických dovednostech poskytované ošetrovatelské péče o tyto klienty. V oblasti teoretických znalostí byly zjištěny nedostatky především v oblasti přístupové strany ke klientům po CMP a popsání zásad komunikace u klientů s afázií. V oblasti praktických dovedností byly zjištěny nedostatky v oblasti logopedické péče. Dále

se zjistily nedostatky v oblasti podpory soběstačnosti klientů, kdy tato soběstačnost není podporována v maximálním možném rozsahu.

Výsledky této práce mohou přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o klienty po CMP. Výstupem bakalářské práce je Plán ošetrovatelské péče s důrazem na nejčastější ošetrovatelské diagnózy.

## **Abstract**

Cerebrovascular accidents (CVA, a stroke) mean a major burden for both the patient and his family and caregivers. It is necessary to focus intensively on the care for patients already diagnosed with a stroke. Provision of quality nursing care of patients increases patients' chance of their recovery and return to the normal life. Based on these facts, the bachelor thesis "Comprehensive nursing care for clients after a stroke" was prepared and presented.

The objective was to find out what theoretical knowledge and practical skills are required from nurses who look after the clients after CVA.

The theoretical part of the thesis is focused on the description of CVA and the issue of the nursing care. The research part is based on the quantitative data collection. The research methods applied were: a semi-structured interview, an involved observation and a survey. The research sample consisted of ten clients after CVA who had been hospitalized in Hospital for follow-up care in the town of Humpolec and ten nurses who looked after these clients.

Based on the information obtained from the interviews with clients, case studies were compiled, which revealed specifics of nursing care and these were formulated into individual nursing problems. Clients after CVA mostly need help with mobility, food and drink intake, at discharge, hygiene and tidying up. The attention to the issue of speech therapy should be paid. The involved observation and the survey revealed theoretical knowledge and practical skills, which nurses looking after the CVA clients should have. As to the question whether the nursing staff has enough knowledge and skills to provide quality nursing care for clients after CVA, it was found out, that there are some gaps both in theoretical knowledge of CVA and in practical skills of provided nursing care for these clients. As for the theoretical knowledge, the gaps were found out in the approach to clients after CVA and in describing the principles of communication in clients with aphasia. As for the practical skills, gaps in speech therapy were revealed. Gaps were also revealed in the support of the self-sufficiency of the clients. Self-sufficiency is not supported in the maximum possible extent.

The results of this work can contribute to improvement of nursing care for clients after CVA. The output of this bachelor thesis is a nursing care plan with emphasis on the most frequent nursing diagnosis.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 3. 5. 2012

.....

Jaroslava Kovaříková



## **Poděkování**

Touto cestou děkuji vedoucí práce paní Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za podporu, cenné rady a trpělivost při zpracování této práce.

Dále všem respondentům, kteří byli ochotni spolupracovat při výzkumném šetření části bakalářské práce, a také mé rodině za pomoc a podporu během celého mého studia.

## Obsah

1.	Současný stav.....	11
1.1	Mozek.....	11
1.1.1	Anatomie mozku .....	11
1.1.2	Cévní zásobení mozku .....	12
1.2	Cévní mozková příhoda .....	13
1.2.1	Charakteristika CMP .....	13
1.2.2	Rozdělení CMP .....	14
1.2.3	Rizikové faktory CMP .....	15
1.2.4	Prevence CMP .....	15
1.2.5	Varovné příznaky CMP .....	15
1.2.6	První pomoc při CMP .....	16
1.2.7	Vyšetřovací metody CMP.....	17
1.3	Cévní mozkové příhody ischemické .....	17
1.4	Cévní mozkové příhody hemoragické .....	18
1.4.1	Intracerebrální hemoragie - ICH .....	19
1.4.2	Subarachnoidální hemoragie – SAK.....	19
1.5	Ošetrovatelská péče o klienty po cévní mozkové příhodě.....	19
1.5.1	Péče o výživu a příjem tekutin .....	20
1.5.2	Péče o vyprazdňování moči a stolice .....	21
1.5.3	Péče o hygienu .....	22
1.5.4	Péče o mobilitu – rehabilitace, podpora soběstačnosti.....	23
1.5.5	Péče o komunikaci .....	24
1.5.6	Péče o psychiku .....	25
1.5.7	Péče o sociální statut .....	26
2.	Cíl práce a výzkumné otázky.....	28
2.1	Cíl práce .....	28
2.2	Výzkumné otázky.....	28
3.	Metodika .....	29
3.1	Použité metody.....	29
3.2	Charakteristika daného souboru .....	29
4.	Výsledky .....	30
4.1	Kazuistiky .....	30

4.2	Zúčastněné pozorování.....	51
4.3	Anketa .....	53
5.	Diskuze .....	55
6.	Závěr .....	62
7.	Seznam použitých zdrojů.....	64
8.	Klíčová slova .....	67
9.	Přílohy.....	68

## Úvod

Cévní mozková příhoda (CMP, iktus) je akutní postižení mozkové tkáně, které je vyvolané omezením průtoku krve nebo prasknutím tepny s následným krvácením. Cévní mozkové příhody jsou druhou nejčastější příčinou smrti a hlavní příčinou invalidity pacientů středního a vyššího věku. Toto onemocnění stále více postihuje i osoby v produktivním věku.

Problematika cévních mozkových příhod je v současné době velmi aktuální. Cévní mozková příhoda je velkou zátěží jak pro samotného pacienta, tak i pro jeho rodinu a pečovatele. Je nutno se intenzivně zaměřit na péči o pacienty s již diagnostikovanou cévní mozkovou příhodou. Ta musí zahrnovat vedle základní ošetrovatelské péče i speciální spolupráci s dalšími odborníky. V současné době existují nemocnice následné péče, které se specializují na komplexní ošetrovatelskou péči o klienty po cévní mozkové příhodě.

Sama pracuji v Nemocnici následné péče v Humpolci a během své praxe se často setkávám s klienty po cévní mozkové příhodě. Proto jsem se ve své bakalářské práci zaměřila na komplexní ošetrovatelskou péči o klienty po CMP. Problematika ošetrovatelské péče specializovaná na tyto klienty mne velmi oslovila mimo jiné i z důvodu, že vedení nemocnice se chce zaměřit na komplexní péči na jednom z oddělení pouze na klienty po cévní mozkové příhodě.

Vedení nemocnice je nakloněno ke zpracování výše uvedené problematiky, má zájem blíže se seznámit se získanými poznatky. Výsledky by byly následně využity při vzniku specializovaného pracoviště, respektive při odborném zaškolení ošetřujícího personálu, který by byl pro toto oddělení vybrán a zároveň ke zkvalitnění ošetrovatelské péče u klientů po cévní mozkové příhodě.

## 1. Současný stav

Akutní cévní mozková příhoda je stejně urgentní stav jako závažné poranění mozku nebo infarkt myokardu. Jedná se akutní postižení určité oblasti mozku na podkladě náhlé cévní poruchy v příslušné části mozku, která poškodí mozkovou tkáň náhlou poruchou dodávky kyslíku a živin – porucha prokrvení, nebo poškodí mozkovou tkáň mechanicky – výronem krve (Kalita, 2010).

### 1.1 Mozek

Mozek je životně důležitý orgán, který udržuje naše mentální schopnosti, řídí naše chování a jiné tělesné funkce. Je uložen v dutině lebeční. U dospělého člověka váží průměrně 1350 g. Skládá se z nervových buněk – neuronů, podpůrných gliových buněk, mozkomíšního moku a krevních cév. Neskladuje kyslík ani jiné živiny. Mozek (encefalon) a mícha (medulla spinalis) tvoří centrální nervový systém, který je oboustranně spojen s periférií, tj. obvodem organismu. Tato spojovací, obvodová část nervstva se nazývá obvodový neboli periferní nervový systém, který je tvořen hlavovými nervy, míšními nervy a jejich ganglii (Dylevský, 2000; Love, 2009).

#### 1.1.1 Anatomie mozku

Mícha (medulla spinalis) je připojena k mozku mozkovým kmenem, který se skládá z prodloužené míchy (medulla oblongata), mostu (pons Varoli) a středního mozku (mesencephalon). „Ke kmeni je připojen mozeček (cerebellum). Prodloužená mícha, Varolův most a mozeček tvoří tzv. zadní mozek. Na střední mozek navazuje přední mozek. K přednímu mozku patří mezimozek (diencephalon) s mozkovým podvěskem (hypophysis cerebri) a mozkové polokoule (hemisferiae) se systémem bazálních ganglií“ (Dylevský, 2000, str. 410). Koncový mozek (cereberum) tvoří pravá a levá mozková hemisféra, které jsou pokryty šedou kůrou mozkovou (cortex cerebri). Kůra je zprohýbaná do mnoha závitů (gyrů), které zvětšují její plochu. Kůra každé hemisféry se člení na čelní, temenní, týlní a spánkový lalok. Pod kůrou je silnější bílá hmota. Hemisféry jsou spojeny pruhem nervové tkáně (corpus callosum). Mozek má na svém povrchu tři obaly (meningy). Zevním obalem je vazivová tvrdá plena mozková (dura

mater), která pevně ležká k lebečním kostem. Druhým jemnějším obalem je pavučnice (arachnoidea). Vnitřním obalem na povrchu mozku je cévnatá omozečnice (pia mater). Mezi pavučnicí a omozečnicí je dutý prostor vyplněný mozkomíšním mokem, který je mechanickou a chemickou ochrannou bariérou centrálního nervstva (Dylevský, 2000; McCracken, 2002).

### *1.1.2 Cévní zásobení mozku*

Správná funkce mozku je závislá na nepřetržité dodávce kyslíku a glukózy z cirkulující tepenné krve. Normální průtok krve v šedé kůře mozkové je přibližně 60 ml krve na 100 g tkáně za minutu, bílá mozková hmota má menší nároky a krevní průtok je zde asi 20 ml krve na 100 g tkáně za minutu. U dospělého člověka celkem mozek vyžaduje přítok průměrně 750 ml krve za minutu (Tyrliková, 2003).

Krev je do mozku přiváděna čtyřmi tzv. magistralními tepnami – dvěma vnitřními krkavicemi (2 arteriae carotis internae) a dvěma vertebrálními tepnami (2 arteriae vertebrales). Karotické tepny zásobují 85 % mozkové tkáně, především čelní, temenní a spánkové laloky obou mozkových hemisfér. Vertebrální artérie zásobují mozkový kmen, týlní lalok a vnitřní části spánkového laloku. Vnitřní krkavice se po vstupu do nitrolebí rozvětvují na přední a střední mozkovou tepnu (arteria cerebri anterior a arteria cerebri media). Vertebrální tepny se spojují do jedné tepny bazilární (arteria basilaris), která se opět rozdělí, a vytvoří dvě zadní tepny mozkové (2 arteriae cerebri posteriores). Všechny cerebrální tepny jsou na spodině mozku navzájem propojeny tepennými spojkami a vytváří Willisův arteriální okruh (circulus arteriosus Willisii), ve kterém se mohou vyrovnávat poruchy v krevním zásobení některou z přívodních tepen. Průtok krve mozkiem řídí autoregulační mechanismy (Tyrliková, 2003; Ambler, 2006).

„Při poklesu průtoku na hodnoty kolem 20 ml/100g/min dochází k projevům ischemie (sníženého prokrvení tkáně). Nastává nejprve přechodné (reverzibilní) omezení funkce neuronů, které se klinicky projevuje nepozorností, závrativostí a pak mdlobou. Při významnějším poklesu krevního průtoku (pod 10 ml/100g/min) dochází již k nevratným (ireverzibilním) změnám struktury neuronů a gliových buněk“

(Tyrlíková, 2003, str. 131). Předmětem intenzivní léčby je část mozku s průtokem mezi 10 až 20 ml/100g/min, což je nazýváno jádro ischemie. Ta představuje panumbru, tzv. ischemický polostín (Seidl, 2004).

Úplný výpadek průtoku krve mozkem způsobí během 15 až 20 sekund ztrátu vědomí, po 7 až 10 minutách ireverzibilní poškození mozku (Silbernagl, 2001).

## **1.2 Cévní mozková příhoda**

Cévní mozkové příhody jsou medicínsky i společensky velmi závažná onemocnění, která v závislosti na místě a rozsahu postižení mozkové tkáně způsobí krátkodobé nebo dlouhodobé až ireverzibilní senzomotorické poruchy, poruchy smyslů, řeči až vědomí (Laurenčíková, 2007).

Cévní mozková příhoda je v České republice i ve vyspělých zemích druhou nejčastější příčinou invalidity. Patří k ekonomicky nejnáročnějším onemocněním. Roční výskyt CMP se u nás pohybuje okolo 350 případů na 100 000 obyvatel, což cévní mozkovou příhodu řadí na 2. až 3. místo v příčinách úmrtí. Výskyt tohoto onemocnění stoupá s věkem, přesto se iktus stále častěji vyskytuje u osob středního, produktivního věku i u osob mladších a mladých. Souvisí to s nedostatečnou primární prevencí vzniku CMP a s nezdravým životním stylem. Cévní mozková příhoda ovlivňuje další život postiženého jedince včetně výskytu možných komplikací. Mezi nejčastější komplikace patří vznik deprese, demence, epilepsie s výskytem epileptických záchvatů (Kalita, 2010; Kalina, 2009).

### **1.2.1 Charakteristika CMP**

„CMP je charakterizována akutně vzniklými klinickými fokálními či globálními příznaky poruchy funkce mozku trvajících déle než 24 hodin (event. do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny. Postižení mozku na vaskulárním podkladě je z 80 % akutní ischemické (malacie) a z 20 % hemoragické (mozková hemoragie). Iktus je často doprovázen ložiskovými příznaky“ (Seidl, 2008, str. 83). Postižení je častěji tepenné, vzácněji žilní. Přístup k cévní mozkové příhodě se v posledních letech zcela

změnil. CMP je považována za urgentní stav, který vyžaduje rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné léčby (Seidl, 2008).

### *1.2.2 Rozdělení CMP*

Základní rozdělení CMP podle hlavní příčiny je z 80 % iktus ischemický (z nedokrvení) a z 20 % iktus hemoragický (z krvácení) – z toho je 17 % intracerebrálních hemoragií (krvácení dovnitř mozku) a 3 % subarachnoidálních hemoragií (krvácení do prostoru mezi arachnoideou a pia mater). Liší se svými příčinami a poškozením mozkové tkáně (Ambler, 2006).

Ischemické cévní mozkové příhody lze rozdělit dle různých kritérií.

- A. Podle mechanismu vzniku na obstrukční, kdy dojde k uzávěru cévy trombem nebo embolem a neobstrukční, které vznikají hypoperfúzí z příčin regionálních i systémových.
- B. Podle vztahu k tepennému povodí na infarkty teritoriální – v povodí některé mozkové tepny, interteritoriální – na rozhraní povodí jednotlivých tepen a lakunární – postižení malých perforujících artérií.
- C. Podle časového průběhu se CMP rozdělují na:
  - TIA (tranzitorní ischemická ataka) – mozková příhoda, jejíž příznaky zcela vymizí do 24 hodin od jejího vzniku,
  - RIND (reverzibilní ischemický neurologický deficit) – je obdobou TIA s úpravou bez následků do jednoho týdne,
  - PRIND (prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit) – příznaky trvají déle než 24 hodin a zcela odezní do 3 týdnů,
  - PI (progredující iktus) - postupně narůstá klinická symptomatologie vlivem zhoršující se ložiskové mozkové hypoxie,
  - DI (dokončený iktus) – neurologický deficit je stabilní a neměnný (Seidl, 2004; Ambler, 2006; Tyrlíková, 2003).



### *1.2.3 Rizikové faktory CMP*

Rizikové faktory iktů lze rozdělit do dvou skupin. K neovlivnitelným rizikovým faktorům patří státnutí, rasa, věk, pohlaví, genetické dispozice včetně výskytu iktu v rodině. Dále vlivy socioekonomické, zeměpisné a klimatické. Nejdůležitější ovlivnitelné rizikové faktory jsou: kouření, nadměrná konzumace alkoholu, konzumace návykových látek, užívání orální antikoncepce, nesprávný životní styl, nezdravá strava, obezita, sedavý způsob života, dlouhotrvající stres a deprese. K ovlivnitelným faktorům patří neléčená onemocnění jako je hypertenze, nemoci srdce, ateroskleróza, diabetes mellitus, neprasklé intrakraniální aneurysma. Některým rizikovým faktorům CMP lze předejít. Rizikové faktory na sebe vzájemně působí. Při výskytu více rizikových faktorů se tyto faktory mezi sebou nesčítají, ale jejich vzájemný účinek se násobí (Spence, 2008; Feigin, 2007).

### *1.2.4 Prevence CMP*

Primární i sekundární prevence CMP vyžaduje celostní přístup k nemocnému. Primární prevence, která je zaměřena na snížení rizika vzniku iktu, úzce souvisí s ovlivnitelnými rizikovými faktory. Pro prevenci je nezbytná úprava životosprávy a optimální léčba nemocí, které zvyšují riziko vzniku cévní mozkové příhody. Sekundární prevence, která je zaměřena na snížení rizika recidivy iktu, se do určité míry překrývá s akutní terapií, jež má být zahájena nejpozději do 24 hodin po vzniku CMP. Je nutné zlepšit kompenzaci nemocí, které jsou léčitelnými rizikovými faktory cévní mozkové příhody. Dále prevence farmakologická, která je v indikovaných případech doplněna chirurgickými, eventuálně endovaskulárními výkony. Základem úspěchu prevence je komplexní ovlivnění rizikových faktorů (Kalina, 2008; Kalita, 2010; Čěška, 2010).

### *1.2.5 Varovné příznaky CMP*

Mezi varovné příznaky, které mohou signalizovat akutní cévní mozkovou příhodu, patří náhlá slabost, ztráta svalové síly, porucha hybnosti tváře, porucha hybnosti končetin, částečná (paréza) nebo úplná (plegie). Porucha hybnosti může postihnout

jednu polovinu těla (hemiparéza, hemiplegie) nebo se mohou vyskytnout poruchy hybnosti všech končetin (kvadruparéza, kvadruplegie). Často jsou doprovázeny snížením citlivosti končetin (hypestezií). Dalšími varovnými příznaky jsou náhle vzniklá porucha řeči a porozumění řeči (afázie), postižení schopnosti číst (alexie), psát (agrafie, dysgrafie), počítat (akalkulie), poruchy výslovnosti (dysartrie), porucha polykání (dysfagie). Rovněž patří mezi varovné příznaky náhlá porucha zraku, zejména na jednom oku nebo náhlé výpadky polovin obou zorných polí (např. rozmazané vidění, dvojité vidění, vidění poloviny obrazu), náhlý problém s chůzí, náhlá ztráta rovnováhy nebo závrať, nečekaný pád. Mezi další příznaky patří točení hlavy, neobvykle silná bolest hlavy, která vznikla náhle bez zjevné příčiny nebo má nezvyklý ráz. Patří sem rovněž jakékoliv náhlé přechodné zhoršení zdravotního stavu, náhlé stavy zmatenosti, poruchy paměti, nevysvětlitelné poruchy vědomí nebo vznik křečí. Tyto varovné příznaky se mohou objevit samostatně nebo v jakékoliv kombinaci, mohou trvat od několika vteřin až po 24 hodin. Mohou vzniknout jen jednou nebo i opakovaně během dne (Feigin, 2007; Kalita, 2010; Tyrliková, 2003).

#### *1.2.6 První pomoc při CMP*

Při podezření na cévní mozkovou příhodu se neodkladně volá zdravotní záchranná služba (ZZS) pro co nejrychlejší transport do příslušné nemocnice. Vhodná je konzultace týmu ZZS přímo s neurologem příslušného zdravotnického zařízení, které je určeno k péči o akutní CMP a individuální posouzení směrování pacienta na vhodné pracoviště. Kvalifikovaný lékař neurolog klinickým a dalším vyšetřením podezření na cévní mozkovou příhodu potvrdí nebo vyloučí. Vždy je lépe zavolat zdravotní záchrannou službu „zbytečně“ než promarnit dobu léčitelnosti iktu. Pokud je klient dopraven do nemocnice, která se specializuje na léčbu CMP (tzv. iktové jednotky) včas tj. nejpozději do 4 hodin od vzniku prvních příznaků, jde u nejčastějšího typu CMP (mozková ischemie) o stav dobře léčitelný a u třetiny klientů i vyléčitelný (Kalita, 2010; Ticháček, 2009).

### *1.2.7 Vyšetřovací metody CMP*

Důležitou součástí diagnostiky cévní mozkové příhody je odebrání podrobné anamnézy, klinické neurologické a interní vyšetření klienta. Laboratorní biochemická, hematologická a imunologická vyšetření umožní zjistit řadu patologických stavů, které s CMP přímo či nepřímo souvisí. Nejdůležitější vyšetření při diagnostice akutního iktu je co nejrychlejší provedení CT vyšetření (computerové tomografie) k vyloučení hemoragie. Magnetická rezonance (MR) je významná k detekci mozkové ischémie. Mezi další přístrojová vyšetření patří provedení sonografie (ultrazvuku), angiografické vyšetření DSA (digitální subtrakční angiografie), monitorace EKG (elektrokardiograf), eventuálně RTG (rentgenové) vyšetření srdce a plic (Kalina, 2008; Tyrlíková, 2003).

### **1.3 Cévní mozkové příhody ischemické**

Ischemická CMP je způsobena nedostatečným krevním zásobením v určité oblasti mozku. Nejčastější příčinou je zúžení nebo ucpání hlavní přívodné tepny do mozku nebo mozkových tepen a tepének. Zúžení je způsobeno aterosklerotickým procesem. Uzavření vzniká v důsledku blokády krevní sraženinou (trombem) nebo vmetkem (embolem). Mezi další příčiny patří postižení malých mozkových tepének vysokým krevním tlakem a cukrovkou nebo naopak náhlým poklesem krevního tlaku. Vyšší úmrtnost má postižení vertebrobazilárního (zadního) povodí. Při uzávěru karotického povodí je důležité, zda je zasažena dominantní (pro leváky pravá, pro praváky levá) či nedominantní sféra. Při postižení dominantní hemisféry zůstává klient na půl těla ochrnutý, není schopen mluvit a má postiženo i myšlení. Při zasažení nedominantní hemisféry je řeč zachována, ztráta hybnosti je menší, pacient může být schopen psát a podobně. Na rozsahu postižení mozkové tkáně závisí intenzita příznaků. Klinické, neurologické projevy cévních mozkových příhod jsou velmi rozmanité – vždy jsou však náhlé a jedná se o závažný emergentní stav (Šeblová, 2009; Kalina, 2008).

Léčba ischemické cévní mozkové příhody je komplexní, je ji nutno zahájit v co nejkratší době od vzniku prvních příznaků. Důležitá je stabilizace základních životních funkcí. Základní léčebnou metodou je provedení systémové intravenózní trombolýzy (podání trombololytika i. v. – do žíly), která by měla být zahájena do 3 maximálně

do 4,5 hodin od počátku příhody nebo intraarteriální trombolýza (podání trombolýtika i. a. – do tepny), kterou lze provést do 6 hodin od vzniku příznaků. Během trombolýzy se provádí pravidelná kontrola krevního tlaku, stavu vědomí (GCS skóre – Příloha 1) a neurologického stavu (NIHSS skóre - Příloha 2). Během trombolýtické terapie nesmí být pacient katetrizován, nesmí se podávat nic intramuskulárně (i. m. - do svalu). V prvních 24 hodinách jsou nutné pravidelné kontroly krevního obrazu, hemokoagulace, nesmí být zavedena NGS (nazogastrická) sonda. Poté následuje antiagregační a antikoagulační léčba. Indikace pro použití této metody má svá omezení. Pokud nemocný nesplňuje všechna kritéria, nemůže být intravenózní trombolýza provedena (Kalina, 2008; Bláhová, 2010; Šeblová, 2009; Berlit, 2007).

Další možností léčby je provedení mechanické rekanalizace, při které je nastříknuta kontrastní látka v oblasti uzávěru, poté je zaveden balónkový katetr do místa zúžení a po jeho nafouknutí dojde k obnovení průtoku krve v příslušné oblasti. Podobnou metodou je provedení akutní revaskularizace, při které je pacientovi implantován neurostent (neurovýstuž) do místa cévního zúžení s následným obnovením krevního průtoku. V obou případech je po výkonu provedena kontrolní 3D angiografie pro zjištění správnosti provedení (Zrno, 2007).

V některých případech je pacientovi poskytnuta „pouze“ podpůrná paliativní a medikamentózní léčba. Důležité je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a včasné zahájení rehabilitace (Ambler, 2006).

#### ***1.4 Cévní mozkové příhody hemoragické***

Tyto druhy iktů jsou podstatně méně časté, ale jejich průběh a prognóza bývá velmi závažná – mají nejvyšší úmrtnost. Krvácením se v dutině lebeční zvyšuje obsah tekutiny, tím dochází ke zvýšení nitrolebního tlaku, který se podílí na rychlém rozvoji příznaků. Při rozsáhlém krvácení může velmi rychle dojít k mozkovému otoku s následným útlakem center pro dýchání a srdeční činnost a tím ke smrti postiženého (Kalita, 2010; Kalina, 2008).

#### *1.4.1 Intracerebrální hemoragie - ICH*

Krvácení vzniká porušením stěny mozkové tepny s následným výronem krve (hematomu) do mozkové tkáně. Klinický obraz postižené osoby je velmi závažný s úplným ochrnutím poloviny těla, ztrátou řeči, nevolností, zvracením, poruchou vědomí apod. Krvácení se v průběhu hodin zvětšuje, dochází k dalšímu zhoršování postižení funkce mozku, rostoucí objem hematomu utlačuje okolní mozkovou tkáň a vznikají další komplikace. Zhoršuje se prognóza výsledného stavu. Hlavní příčinou je hypertenze, pravidelná nadměrná konzumace alkoholu, krevní choroby a další. Léčba je hlavně konzervativní (např. je-li krvácení menšího rozsahu) s péčí na jednotce intenzivní péče s cílem zastavit co nejdříve probíhající krvácení. Většina krvácení se přirozeně vstřebá, operační léčba je vhodná pouze v omezených indikacích. Symptomatická léčba je podobná jako u ischemické CMP (Kalina, 2008; Mlčoch, 2011).

#### *1.4.2 Subarachnoidální hemoragie – SAK*

Nejčastější příčinou tohoto krvácení je prasknutí (ruptura) tepenné výdutě (aneurysmatu), méně častou příčinou jsou ruptury jiných cévních změn tzv. malformací. Typickým příznakem je náhlá, prudká během několika vteřin vzniklá nepoznaná bolest hlavy, kterou obvykle pacient nikdy v životě neměl. Často je doprovázena zvracením, ztuhnutím šíje nebo přechodnou ztrátou vědomí. U tohoto typu krvácení je po zjištění zdroje krvácení jedinou léčbou léčba chirurgická, případně tzv. léčba endovaskulární, s cílem vyřadit zdroj krvácení z mozkového krevního oběhu. Neurochirurgická léčba mozkového aneurysmatu spočívá v jeho uzavření titanovou svorkou, která se nasune na krček aneurysmatu tak, aby bylo vyřazeno z cirkulace. Při endovaskulární léčbě se zavádí platinové spirálky do mozkové výdutě - tato léčba má charakter časné sekundární prevence prasknutí aneurysmatu (Kalina, 2008; Kalita, 2010; Kunz, 2006).

### **1.5 Ošetřovatelská péče o klienty po cévní mozkové příhodě**

Kvalitní péče vyžaduje vzájemnou spolupráci multidisciplinárního týmu, ten zahrnuje lékaře, sestry, pomocný personál, fyzioterapeuty, logopedy, ergoterapeuty,

psychology, sociální pracovníky, nutriční terapeuty. Dále motivaci jedince a jeho podporu rodinou. Cílem ošetrovatelské péče je aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb klientů na základě spolupráce s nimi za účelem dosažení maximální soběstačnosti. K vyhodnocení sebeděče a soběstačnosti nemocného se používají různé metody, jako např. Barthelův test základních všedních činností (Příloha 3). Uspokojování potřeb klientů se realizuje metodou ošetrovatelského procesu. Sestry by měly uplatňovat holistický, celostní přístup ke klientům, což znamená pohlížet na osobu jako celek v její bio-psycho-sociálně-spirituální jednotě. Kvalitní ošetrovatelská péče zvyšuje šanci klienta pro uzdravení a zařazení do běžného života (Trachtová, 2008; Laurenčíková, 2007).

#### *1.5.1 Péče o výživu a příjem tekutin*

Příjem potravy a tekutin je primární biologickou potřebou a je předpokladem k zachování života. Klientovi je nutno zajistit dostatečnou výživu včetně tekutin ve spolupráci s lékařem a nutričním terapeutem. Vždy je důležité zkontrolovat polykání podáním malého množství vody. Polykací potíže různého typu a stupně závažnosti jsou častým a závažným příznakem u klientů po cévní mozkové příhodě. Pro prevenci zaskočení, dušení či aspirační pneumonie je vhodné jíst vsedě, nikoli vleže (Feigin, 2007; Laurenčíková, 2007; Mikšová, 2006).

Pokud je u klienta polykání zachováno je nutno zhodnotit do jaké míry se zvládne najíst sám. Talíře se umisťují na neklouzavý podnos, některým klientům se alespoň zpočátku doporučuje používání talířů s vysokým okrajem, aby nevystrkovali jídlo ven. Existují různé pomůcky pro jedení jednou rukou, např. pohárky, které lze připevnit ke stolu a podobně. Někteří klienti zpočátku nejsou schopni samostatného příjmu potravy – je nutná pomoc sestry. Při stravování se doporučuje vkládat jídlo do nepostižené poloviny úst a je nutná kontrola, zda v ochrnuté části úst nezůstaly zbytky potravy. Důležitá je péče o chrup a zubní protézu. Velmi častým problémem je polykání léků, existují způsoby jak polykání usnadnit – např. drcením tablet nebo po dohodě s lékařem podáváním léků v jiné formě (Laurenčíková, 2007; Feigin, 2007; Mikšová, 2006).

Pokud je u klienta porucha polykání, výživa se podává enterální nebo parenterální formou. Enterální výživu lze zajistit zavedením nazogastrické sondy, která umožňuje podávat veškeré živiny, tekutiny i léky v kašovitě formě. Častěji se do sondy aplikuje speciálně vyráběna enterální výživa, např. Nutrison. Nevýhodou sondy je, že klienta může obtěžovat a má tendenci si ji vytahovat. Trvá-li neschopnost přijímat potravu ústy déle než 6 týdnů má význam zavést PEG katétr (perkutánní endoskopická gastrostomie), který má řadu výhod, jako například možnost rehabilitace řeči, klient je klidnější, ústí sondy se lépe ošetřuje. Výživa se nejčastěji podává v intervalu 2 až 3 hodin během dne dávkou 300 ml pomocí Janettovy stříkačky, v noci se ponechává žaludek v klidu. Sondy je důležité udržovat trvale průchodné, doporučuje se jejich pravidelné proplachování po podání výživy a léků nejlépe neperlivou vodou. U klientů, kteří nejsou schopni pít, je nutné dutinu ústní otírat zvlhčovacím roztokem, speciálními štětičkami nebo gázou (Zatloukalová, 2011; Laurenčíková, 2007; Mikšová, 2006).

Při aplikaci parenterální výživy se periferní venózní kanyla zavádí do nepostižené končetiny, centrální žilní katétr do nepostižené části těla (Laurenčíková, 2007; Zatloukalová, 2011).

### *1.5.2 Péče o vyprazdňování moči a stolice*

V prvních týdnech po iktu jsou dysfunkce močového měchýře a střeva (inkontinence – samovolné vyprazdňování, retence – neschopnost vyprazdňování) relativně časté. Většině postižených se pak ale během několika týdnů podaří znovu nabýt kontroly nad svým vyměšováním (Feigin, 2007).

Při poruše vyprazdňování močového měchýře se klientům zavádí permanentní močový katétr (PMK), který umožní přesné měření výdeje moči. Ponechává se jen na dobu nezbytně nutnou, je zde velké nebezpečí zanesení infekce - při manipulaci či výměně PMK je nutno dodržovat zásady asepse. Po odstranění katetru by měl klient začít s pravidelným programem, kdy ho sestry, pokud to jeho zdravotní stav umožní, zpočátku vodí na toaletu každé dvě hodiny a dvakrát za noc. Interval se postupně prodlužuje, dokud se klient opět nenaučí rozpoznat signály a dostat se na toaletu sám.

Při dlouhodobé inkontinenci se upřednostňuje epicystomie pro menší riziko infekce. Další možností je používání inkontinentních pomůcek, jako jsou například podložky, vložné pleny či plenkové kalhotky. Při znečištění je vždy nutná jejich výměna (Laurenčíková, 2007; Powel, 2010; Mikšová, 2006).

Důležité je také pravidelné vyprazdňování stolice, alespoň jednou za 2 až 3 dny. Zácpa je definována jako málo častý odchod stolice, tj. méně než 3krát týdně nebo potíže při vyprazdňování (defekaci). Zácpu může způsobit imobilizace, některé léky, nepohoda, snížená kvalita života a další. Způsobem jak podporovat pravidelnou defekaci je příjem přiměřeného množství vyvážené stravy s dostatkem tekutin, vlákniny, tělesnou aktivitou. Neméně důležité je zajištění soukromí, včasné podání podložní mísy nebo pomoc při přesunu na toaletní křeslo. V případě obtížného vyprazdňování či zácpy se podávají léky či aplikuje klyzma dle ordinace lékaře. Při inkontinenci klienti často nezaznamenají samovolný únik stolice, je proto nutná pravidelná kontrola a výměna plenkových kalhotek. Velký důraz se klade na pečlivé omytí genitálií, jejich osušení a potření ochranným krémem (Feigin, 2007; Mikšová, 2006; Powel, 2010).

### *1.5.3 Péče o hygienu*

Základní lidskou potřebou je i péče o čistotu vlastního těla. K hygienické péči patří ranní a večerní umývání, péče o kůži, mytí a česání vlasů, celková koupel, úprava nehtů, péče o chrup a péče o čisté osobní a ložní prádlo. U klientů po cévní mozkové příhodě je nutno vždy zhodnotit, které z úkonů zvládne klient sám a s kterými bude potřebovat pomoc (Mikšová, 2006).

Pro klienty, kteří nevyžadují přímou pomoc ošetřujícího personálu, sestra zajistí pomůcky k hygieně, čisté osobní a ložní prádlo, ručníky, sprchový kout a signalizaci pro případ nenadálé události. Klient částečně soběstačný je schopen provést hygienickou péči v rámci svých možností s pomocí ošetřujícího personálu. Sestra připraví veškeré potřebné pomůcky, pomůže s přepravou do koupelny. Pečlivě sleduje klienta a v případě pomoci ji aktivně poskytuje. U klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, sestra připraví pomůcky k hygienické péči a podle jejich schopností jim s hygienou pomáhá nebo ji provádí sama. Při veškerých činnostech podporuje aktivitu



a samostatnost klientů, oceňuje jejich snahu. Veškeré pomůcky by měly být pro každého klienta individuální (Mikšová, 2006; Feigin, 2007).

Důležitou součástí hygienické péče je ošetření kůže jako prevence proleženin (dekubitů) a kožních infekcí. Proleženiny přinášejí utrpení klientů a současně zvyšují náklady zdravotnického zařízení. Výskyt je možno snížit kvalitní ošetrovatelskou péčí, jejím hlavním cílem je prevence, nikoliv léčba rozvinutých dekubitů. Největší zodpovědnost má sestra při identifikaci klientů, kteří jsou vznikem dekubitů ohroženi. V praxi je možno používat vypracované způsoby hodnocení rizik vzniku dekubitů, např. hodnocení podle Nortonové (Příloha 4) nebo podle Bradena (Příloha 5). Proleženiny u klientů po iktu mohou vzniknout jako následek sníženého cití či hybnosti (Mikšová, 2006; Feigin, 2007).

#### *1.5.4 Péče o mobilitu – rehabilitace, podpora soběstačnosti*

Rehabilitace by měla být po cévní mozkové příhodě zahájena ihned, jakmile to zdravotní stav klienta umožní. Její intenzita závisí na stavu klienta a stupni postižení. Sestra ji provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem. Cílem rehabilitačního ošetrovatelství je dosažení maximálního stupně fyzické soběstačnosti. Klient by měl dosáhnout stupně funkční soběstačnosti, to znamená že „léčba“ má být prováděna tak, aby se stala součástí každodenní rutiny, nelze ji provádět jako izolovanou činnost. Od počátku rehabilitace po cévní mozkové příhodě musí být každá každodenní činnost zařazena do léčebného plánu (WHO, 2004; Laurenčíková, 2007).

Ke klientovi po CMP je vhodné přistupovat z postižené strany a veškerá ošetrovatelská činnost se musí z této strany také provádět. Tím je podporováno otáčení hlavy a trupu na tuto stranu, což napomáhá zotavení klienta. U imobilních klientů je důležité pravidelné polohování s upřednostněním polohování na neochrnutou stranu, neboť je zvýšené riziko vzniku dekubitů a syndromu „bolestivého ramene“, zvláště na ochrnuté straně (Příloha 6). Spasticita, což je zvýšené napětí ve svalech, se často vyvíjí na ochrnutých končetinách, a to na horních končetinách do flexí (ohnutí) a na dolních končetinách do extenzí (natažení). Správným polohováním, podkládáním

a postupnou rehabilitací postižených končetin se předchází vzniku zkrácení, tzv. kontraktur (Laurenčíková, 2007; WHO, 2004).

Rehabilitace začíná pasivním pohybem, postupně se pracuje na aktivním pohybu s asistencí, v závislosti na stavu klienta je možno docílit samostatný aktivní pohyb jeho končetin. Postupně je klient posazován na lůžku, poté následuje nácvik sedu s nohama spuštěnými z lůžka, dále přesun z lůžka na židli, postupný nácvik stoje a chůze za pomoci rehabilitačních pomůcek (WHO, 2004).

Důležitou součástí rehabilitačního programu je péče o svoji vlastní osobu a podpora soběstačnosti nebo udržení částečné soběstačnosti při aktivitách denního života. Klient se musí naučit oblékat a svlékat, umýt se, najíst se, být soběstačný v oblasti osobní hygieny. Ve spolupráci s ergoterapeutem se učí zvládat každodenní všední činnosti, pečovat o svoji ochrnutou část těla za pomoci zdravé. Je důležité vyvarovat se frustrace ze selhání, proto jakýkoliv postup vpřed v rehabilitačním programu má být proveden v rámci schopností klienta (Laurenčíková, 2007; Nedvědová, 2007; WHO, 2004).

#### *1.5.5 Péče o komunikaci*

U některých klientů se po cévní mozkové příhodě vyskytují potíže s řečí a s psaním. Při ložiskovém poškození mozku vzniká afázie, což je získaná porucha produkce a porozumění řeči. Způsob komunikace se odvíjí od typu fatické poruchy, kterou diagnostikuje klinický logoped (Cséfalvay, 2007).

Je známo několik druhů afázií. Mezi nejčastější patří Brockova motorická afázie, tuto poruchu si klienti uvědomují, mají potíže s vyjadřováním, mluví málo nebo špatně, ale rozumí mluvenému projevu. Při snaze o komunikaci tvoří nesrozumitelná slova. Tato snaha často končí hněvem klienta - ten je zaměřen na sebe nebo na zdravotnický personál, který pacientovi, z pro něho nepochopitelných důvodů, nerozumí. Výsledkem bývá pasivita, uzavřenost, apatie, odmítání komunikace a odmítání všeho a všech. Wernickeho sensorická afázie se vyznačuje tím, že klienti si tuto poruchu neuvědomují, mluví nesrozumitelně, často v dlouhých větách, mají potíže s porozuměním řeči ostatních a vůbec nerozumí pokynům ošetřujícího personálu. Při globální (totální) afázii

jsou porušeny všechny složky řeči, tj. spontánní řeč, rozumění, opakování, pojmenování (Cséfalvay, 2007; Gučková, 2009).

Při nácviku komunikace je vhodná úzká spolupráce sestry s logopedem, který poradí, jaké podpůrné pomůcky lze používat. Způsob komunikace se odvíjí podle typu fatické poruchy. Pokud má klient zachovalou schopnost porozumět, ale nemluví, snažíme se s klientem domluvit na určitých prostředcích komunikace, např. kývnutí hlavy, stisknutí ruky při souhlasu. V případě zachování pohyblivosti ruky klient může napsat, co chce vyjádřit. Existují další alternativní způsoby komunikace, např. karty s písmeny, abeceda, obrázky, gesta, afatický slovník (Příloha 7). Pokud klient mluví rychle, nesrozumitelně, je vhodné klientovi naslouchat. Při komunikaci je nutné jednat klidně, vstřícně, mluvit pomalu a zřetelně, používat krátké, jednoduché věty. Sestry by se měly snažit komunikovat s klienty, kteří trpí fatickou poruchou i v případě, že komunikaci odmítají. Důležitá je trpělivost, psychická podpora ze strany zdravotnického personálu a rodiny (Cséfalvay, 2007; Dohnálek, 2009; Gučková, 2009).

#### *1.5.6 Péče o psychiku*

Klienti po cévní mozkové příhodě mohou trpět závažnými citovými problémy, které se projevují žalem, podrážděností, nespokojeností, smutkem či depresí. Každý nemocný, který prodělal CMP, je ve stresové situaci, trpí strachem, který je spojen s následky onemocnění, sociální izolací, nesoběstačností, z pocitu, že bude svému okolí na obtíž. Problémy se u většiny klientů časem zmírní, nicméně dokud trvají, mohou vést k nedostatku motivace podílet se na rehabilitačním procesu nebo až k odmítnutí léčby. Tím může být ovlivněna prognóza možného zotavení. Sestry by měly klienty povzbudit, aby svůj strach a hněv vyjádřili, čímž se může předejít mnohdy zbytečným obavám. Průběžně by měly nemocné motivovat, povzbuzovat, chválit i za malý úspěch. Důležitá je spolupráce zdravotnického personálu s rodinou, která má být pro klienty psychickou oporou. Sestry by se při prvním kontaktu s rodinou měly zachovat citlivě, neboť první setkání ustavuje atmosféru všech dalších setkání. Poskytují rodinným příslušníkům informace a pokyny v rámci svých kompetencí, snaží se je motivovat k navázání spolupráce s ošetřovatelským týmem, která je nutná k řešení problémů. Průběh

zotavování může nepříznivě ovlivnit, když se zdravotnický personál nebo rodina bude tvářit zoufale, beznadějně, stejně tak jako na druhé straně, když budou jeho stav podceňovat nebo o něm vtipkovat (Feigin, 2007; Laurenčíková, 2007).

#### *1.5.7 Péče o sociální statut*

Cévní mozková příhoda nepostihuje pouze klienta, ale celou jeho rodinu. Klienti a jejich rodiny se s touto situací nemusejí vypořádávat sami. Na pomoc jsou jim k dispozici služby, a to na osobní, rodinné i společenské úrovni (Feigin, 2007).

Uzdravování po iktu pokračuje i po propuštění z nemocnice. Nejdůležitější úlohou rodiny je péče o klienta po propuštění do domácího ošetřování. Rodinní příslušníci by měli zotavujícího se člověka neustále povzbuzovat, dodat mu důvěru v uzdravení a tímto mu umožnit stát se nezávislým a aktivním, jak jen to bude možné. Nemocní potřebují být ujišťováni, že je rodina pořád chce a potřebuje, že jsou pro ni stále důležití a zůstávají členy její sociální struktury. Měli by být motivováni, aby se v maximální možné míře vrátili ke svým předchozím zájmům a činnostem, popřípadě je nutná pomoc rodiny při hledání nových koníčků, zvláště pokud je klient neschopen návratu do placeného zaměstnání. Tím se prodělaná mozková příhoda dotkne příjmů klienta a jeho rodiny. Další finanční výdaje mohou být spojeny se zajištěním domácí péče (např. koupě nového vybavení usnadňujícího péči v domácím prostředí, placené zdravotní a sociální služby, zkrácený pracovní úvazek rodinného pečovatele atd.). Rodinným příslušníkům by měly být k dispozici informace ohledně možného získání finanční podpory a následná podpora ze strany místních sociálních služeb a orgánů sociální péče (Feigin, 2007).

Další otázka se týká možnosti a schopnosti řídit osobní automobil, o čemž zpravidla rozhoduje ošetřující lékař, a to na podkladě vyšetření klientova zraku, hybnosti včetně koordinace pohybů a kognitivních schopností (Feigin, 2007).

Velmi důležité je poskytnout klientům a jejich rodinám informace a kontakty na různé organizace a sdružení, ve kterých se setkávají lidé, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu (Příloha 8). Patří mezi ně například Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách v České republice, které se zabývá doplňkovou péčí

o klienty po iktu. Sdružení CMP pořádá rekondiční pobyty, semináře, poskytuje zdravotní a sociální poradenství, vydává časopis Javor, propagační brožury, v mnoha městech jsou kluby CMP (Feigin, 2007; Powel, 2010).

Péče o sociální statut zahrnuje i respektování různých kulturně podmíněných názorů a pohledů na zdraví a nemoc. Většina profesionálních pracovníků si je vědoma potřeby přizpůsobit péči osobám z různých prostředí vždy tak, jak to vyhovuje danému jedinci. Pro mnohé rodiny či komunity může být důležité, aby byli její členové zahrnuti do řešení situace po všech stránkách, včetně plánování propuštění z nemocnice. Je velmi důležité, aby klient docílil vlastní spokojenosti tím, že dá zdravotníkům najevo, co jemu a jeho rodině nejlépe vyhovuje, ať již se to týká určitého náboženského vyznání, víry v netradiční léčebné metody a podobně (Feigin, 2007).

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Zjistit, jaké teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou nutné u sestry při poskytování ošetrovatelské péče o klienty po CMP.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaká existují specifika ošetrovatelské péče o klienty po CMP?
2. Má ošetrovatelský personál potřebné znalosti pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o klienty po CMP?

### **3. Metodika**

Metodika bakalářské práce byla založena na kvalitativním šetření.

#### **3.1 Použité metody**

K získání potřebných informací byla použita metoda polostandardizovaného rozhovoru (Příloha 9), metoda zúčastněného pozorování a anketa, která dotvořila rámec bakalářské práce. Rozhovor byl zpracován do kazuistik dle modifikovaného modelu Gordonové. Při vypracování kazuistik byly též použity informace ze zdravotnické dokumentace klientů a informace získané pozorováním při rozhovoru s klienty. Zúčastněné pozorování probíhalo jako pozorování přímé a skryté. K pozorování byl vytvořen záznamový arch (Příloha 10). Výsledky zúčastněného pozorování u sester a ankety (Příloha 11) byly zaznamenány do tabulek.

#### **3.2 Charakteristika daného souboru**

Výběr respondentů byl účelový. Výzkumný soubor tvořili klienti po cévní mozkové příhodě a sestry, které o tyto klienty pečovaly. Před uskutečněním vlastního šetření byla stanovena určitá kritéria, podle kterých byly vybírány osoby do výzkumného šetření. Byla to kritéria: dotazovaný klient byl hospitalizovaný v Nemocnici následné péče v Humpolci, dotazovaný klient prodělal CMP, dotazovaný klient byl přeložen z akutního neurologického lůžka, sestry pracovaly v Nemocnici následné péče v Humpolci déle než půl roku.

Rozhovory s klienty byly uskutečněny v Nemocnici následné péče v Humpolci a probíhaly ve dnech 5. 12. 2011 – 5. 1. 2012. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30 – 45 minut. Sdělené informace byly v průběhu rozhovoru stručně zaznamenávány. Zúčastněné pozorování a anketa byly prováděny ve dnech 5. 12. 2011 - 5. 1. 2012 u sester, které o klienty po CMP pečovaly.

## 4. Výsledky

Výsledky kvalitativního šetření - polostandardizované rozhovory byly zpracované do kazuistik dle modifikovaného modelu Gordonové, informace získané zúčastněným pozorováním a anketou byly zpracované do tabulek.

### 4.1 Kazuistiky

#### *Kazuistika 1*

Klientkou je žena, 77 let, hospitalizovaná v Nemocnici následné péče v Humpolci 30. den. Základní diagnóza: Stav po akutní CMP - kmenové ischemii s okohybnou poruchou, vestibulárním syndromem, středně těžkou levostrannou hemiparézou a dysartrií. Je schopna úplné spolupráce. Během rozhovoru měla několikrát potíže s vyjádřením myšlenek.

Klientka byla přeložena z akutního neurologického lůžka po 14 dnech hospitalizace. Byla seznámena se svým onemocněním – ví, že prodělala mozkovou mrtvici – blíže nedovede upřesnit. Jedná se o první příhodu v životě. Varovné příznaky iktu nedovede popsat, už si ani nevzpomíná, jak se před příhodou cítila – najednou neovládala levou polovinu těla, nemohla vyslovit své myšlenky. Do nemocnice se dostala sanitou, kterou ji zavolal syn, za jak dlouho, nedovede odhadnout.

Potíže s polykáním nemá, sní vše, co dostane. Vypije kolem dvou litrů tekutin. Potřebuje pomoc sester – strava je podávána k lůžku, zpočátku byla posazována na lůžku s nohama spuštěnými dolů, na jídelní stůl podána strava na neklouzavém podnose, klientce byla podána lžíce a ostatní zvládla sama. Nyní se již dovede samostatně posadit, najíst – potřebuje minimální dopomoc, například při namazání chleba, otevření jogurtu a podobně. Tekutiny jsou podávány na dosah ruky v lahvičce a v hrnečku. Kůže je růžové barvy, přiměřené hydratace.

Zpočátku úplná inkontinence stolice i moči. Klientka měla zaveden permanentní močový katetr, který byl po 14 dnech odstraněn. Nyní má plenkové kalhotky, které jsou pravidelně kontrolovány a podle potřeby měněny - má je, jak sama říká pro „jistotu“. Postupně zvládá samostatný přesun na toaletní křeslo, které má u lůžka. Občas se včas



nestihne na toto křeslo přesunout, přestože cítí nutkání na malou stranu i na stolicí. Poté zvoní na sestry a žádá o pomoc.

Klientka neudává potíže se spánkem, spí nerušeně po celou noc, během dne také spává. Klientce je poskytována rehabilitační péče ve spolupráci fyzioterapeuta a sester. Je schopna samostatně se otočit na lůžku. U klientky je úspěšně proveden nácvik sedu za pomoci žebříčku, který je upevněn na lůžku, postupně vydrží sedět s nohama spuštěnými z lůžka, sedí v křesle. Jestliže je postavená do vysokého chodítka - udělá několik kroků, postupně zvládá chůzi po chodbě oddělení s doprovodem. Říká, že je spokojena s rehabilitační péčí – už nyní vidí pokrok, kterého dosáhla. Ranní hygienu zvládá s malou dopomocí, kdy je sestrou odvezena k umyvadlu a jsou jí podány potřebné pomůcky. Je též doprovázena na ergoterapii, kde se učí nácviku každodenních činností. Velice ráda se ergoterapie účastní.

Klientka málo slyší, naslouchátko nepoužívá, při komunikaci je nutné mluvit hlasitě. Nosí brýle na čtení. Rozumí mluvenému projevu, má ale částečně potíže s vyjadřováním myšlenek. Chválí si přístup sester, které s ní mluví pomalu, klidně, jsou dle sdělení klientky trpělivé. Je v péči logopeda, který za ní dochází 3 krát týdně, sestry jsou sice vstřícné, ale logopedické péči se téměř nevěnují. Byla poučena o svém zdravotním stavu, momentálně jí žádné informace nescházejí.

V současné době se necítí moc dobře, dosud byla soběstačná a nyní po mrtvici je závislá na pomoci ostatních. Má obavy z budoucnosti, jestli bude schopna opět samostatně chodit a alespoň se o sebe částečně postarat.

Bydlí u syna, který o ni chce po propuštění pečovat. Chodí za ní každý den, spolupracuje se sestrami, podporuje klientku v nácviku soběstačnosti, zapojil se do rehabilitace. Sociální pracovníci mu bylo poskytnuto poradenství v sociální oblasti.

Udává jedno těhotenství, potrat 0, nepamatuje si, od kdy má menopauzu. Na pravidelné gynekologické prohlídky již několik let nechodí. Samovyšetření prsou neprovádí.

Za krizi označuje současné onemocnění, které přišlo jako blesk z čistého nebe. Pomoc očekává především od syna.

Do budoucna by chtěla být alespoň částečně soběstačná, aby nebyla nikomu na obtíž. Je katolického vyznání, nemá žádné přání ohledně možného poskytnutí náboženské služby.

Nemá kožní defekty. Samovolné pády neguje, alergii neudává. Občas ji pobolívá lýtko.

Růst a vývoj v normě. Klientka váží 90 kg, výška je 175 cm, BMI je 29, 4.

Nejdůležitější ošetřovatelské problémy: 00085 Zhoršená pohyblivost, 00090 Zhoršená schopnost se přemístit, 00088 Porušená chůze, 00109 Deficit sebezpečí při oblékání a úpravě zevnějšku, 00108 Deficit sebezpečí při koupání a hygieně, 00102 Deficit sebezpečí při jídle, 00110 Deficit sebezpečí při vyprazdňování, 00051 Zhoršená verbální komunikace.

## ***Kazuistika 2***

Klientem je muž, 61 let, hospitalizovaný v Nemocnici následné péče v Humpolci 21. den. Základní diagnóza: Stav po lehkém kmenovém iktu ischemického původu s lehkou poruchou chůze. Je schopen úplné spolupráce.

Muž byl přeložen z akutního neurologického lůžka po 10 dnech hospitalizace. Byl seznámen se svým onemocněním – ví, že prodělal mozkovou mrtvici – ví, že byla způsobená nedokrevností mozku. Jedná se o první příhodu v životě. Varovné příznaky iktu dovede blíže popsat – od rána se mu „motala“ hlava, pociťoval mírné brnění horních a dolních končetin – těmto příznakům nevěnoval příliš pozornost. Odpoledne náhle nemohl vstát ze židle, poruchu vědomí neměl, sám si mobilním telefonem zavolal rychlou záchrannou službu, kterou byl převezen na neurologické oddělení.

Potíže s polykáním nemá, v jídle si nevybírání, sní téměř vše, co dostane. Nají se sám, strava je mu podávána ke stolu. Vypije kolem dvou litrů tekutin denně. Kůže je růžové barvy, přiměřené hydratace.

Vyprazdňování stolice je bez problémů, chodí každý den po ránu. Močení bez potíží, přes den chodí na toaletu, v noci občas močí do močové láhve. Problémy s prostatou neudává.

Potíže se spánkem nemá, usíná rychle, spí nerušeně celou noc, přes den také spává. Je si vědom, že hlasitě chrápe. Potřebuje minimální pomoc jiné osoby při nácvičku samostatné chůze, občas má závratě. Ranní hygienu zvládá sám, celkovou koupel také. Klientovi je poskytována rehabilitační péče ve spolupráci fyzioterapeuta a sester. V prvních dnech hospitalizace na našem oddělení se sám posadil na lůžku, postupně poměrně rychle následoval nácviček stoje, chůze v chodítku. Poté za pomoci francouzských holí a nyní pouze za pomoci jedné hole se snaží postupně nacvičovat chůzi bez pomůcek. Celkem se mu to daří. Zvládá již i chůzi do schodů. Dochází na ergoterapii, kde si krátí volný čas pletením košíků a trénuje paměť.

Sluch má bez potíží, na čtení používá brýle. Poruchou řeči netrpí. Byl poučen o svém zdravotním stavu, momentálně mu žádné informace nechybí.

V současné době se cítí dobře, je rád, že se celkem rychle zotavil z následků CMP a že již zvládá chůzi samostatně. Klienta zneklidňuje pouze občasné točení hlavy, má obavy z pádu.

Bydlí v rodinném domku se svou manželkou, která má o klienta zájem, pravidelně za ním několikrát týdně dochází na návštěvy. Aktivně se od počátku hospitalizace zapojuje v rámci rehabilitace, doprovází ho při nácvičku chůze. Pravidelně se informuje o zdravotním stavu svého muže. Klient je spokojen s přístupem sester ke své osobě, říká, že jsou vstřícné, laskavé, trpělivé, má pocit, že si v případě potřeby na něj vždy udělají čas.

Nynější onemocnění zvládá mimo jiné i díky obrovské podpoře své manželky, dětí i kamarádů, kteří se mu snaží pomoci a podporují ho.

Do budoucna se chce vrátit ke své práci, ke svým koníčkům. Pevně doufá, že potíže s chůzí jsou pouze přechodné a vše se vrátí „do normálních kolejí“. Je nevěřící.

Má zavedenou PŽK. Porušenou kožní integritu nemá, samovolné pády neguje, není si vědom žádné alergie.

Klient udává bolesti hrudní a bederní páteře, momentálně mu jsou aplikovány každý den infuze, které mu „zabírají“ a bolesti postupně ustupují.

Růst a vývoj v normě. Klient váží 90 kg, výška je 190 cm, BMI je 24,9.

Nejdůležitější ošetřovatelské problémy: 00088 Porušená chůze, 0004 Riziko infekce, 00155 Riziko pádů, 00132 Akutní bolest.

### ***Kazuistika 3***

Klientkou je žena 49 let, hospitalizovaná v Nemocnici následné péče v Humpolci 14. den. Základní diagnóza: Stav po akutní ischemické CMP hemisferálně vlevo s fatickou a gnostickou poznávací poruchou, mírným postižením hybnosti pravostranných končetin, hlavně PHK. Je schopna úplné spolupráce.

Klientka byla přeložena z akutního neurologického lůžka po 14 dnech hospitalizace. Byla seznámena se svým onemocněním. Po opakovaném dotazu připouští, že asi prodělala CMP. Jedná se první příhodu v životě a zároveň o první vážnější onemocnění. Sama říká, že nikdy vážněji nestonala, několikrát jí „naměřili“ vyšší krevní tlak, vždy nad tím s úsměvem mávla rukou, na kontrolu k lékaři nešla, neléčila se. Nyní si uvědomuje, že to asi byla velká chyba. Říká: „Tohle mne nemuselo potkat.“ Vzpomíná si, že se den před příhodou cítila unavená, spavá. Ráno po probuzení se ji motala a bolela hlava, měla pocit zhoršeného zraku, parestezii pravé ruky. Manželem odvezena na LSPP, kde jí „naměřili“ vysoký TK a odeslali k akutní hospitalizaci na neurologické oddělení.

Potíže s polykáním nemá, má ráda masité pokrmy, salámy, uzené, sladká jídla mít nemusí. Denně vypije kolem dvou litrů tekutin, má ráda kolu. Občas si zajdou s manželem na pivo. Kouří krabičku cigaret denně. Je schopna najíst se samostatně. Kůže růžové barvy, přiměřeně hydratovaná, exkoriace na obou bérkách.

Inkontinence moči ani stolice není. Na stolici chodí pravidelně každý den, s močením potíže neudává.

Se spánkem potíže nemá, prakticky usne kdekoliv a kdykoliv, nevádí jí ani hluk, či změna prostředí. Klientce je poskytována rehabilitační péče se zaměřením na pravostranné končetiny, je schopna samostatné chůze. Dochází na ergoterapii, kde nacvičuje jemnou motoriku. Má částečné problémy s psaním. S péčí rehabilitační pracovnice je spokojená, cviky, které jí byly ukázány, cvičí i sama několikrát během dne.

Potíže se sluchem neudává, nosí brýle na dálku – momentálně si nemůže vzpomenout kolik má dioptrií. O svém stavu byla znovu poučena lékařkou, neví, na co by se ještě mohla zeptat, informace jí postačují. Co se týče řeči – zadržává, přiznává, že si na některá slova nemůže vzpomenout a občas má potíže i s poznáním některých předmětů. Logoped za ní dochází pouze 3 krát týdně, sestry jsou sice trpělivé, ale logopedické péči věnují velmi málo času.

Nyní se necítí moc dobře, je zdravotní sestrou – má obavy, jestli se bude moci vrátit ke svému povolání vzhledem k momentálním potížím s jemnou motorikou, s pamětí a zadržáváním při mluvení. Z pohybové stránky obavy nemá, neboť se cítí celkem soběstačná, domnívá se, že jemná motorika je otázkou cviku a vše se spraví. Je ráda, že se o sebe dovede postarat a není závislá na pomoci druhých. Na otázku, jak se domnívá, že bude zvládat péči o domácnost, se usmívá a říká, že z toho strach nemá.

Bydlí v rodinném domku s manželem, dcerami a babičkou. Rodina o ni má zájem, pravidelně ji navštěvují, povzbuzují, má v nich velkou oporu. Ví, že se na ně může spolehnout. Manžel kontaktoval logopeda a dle jeho doporučení s manželkou trénuje vyjadřování a paměť.

Klientka udává dvě těhotenství, má dvě dcery, potrat neguje. Menses má pravidelně 1 krát za měsíc, středně silné, na pravidelné gynekologické prohlídky je dle jejího sdělení nucena chodit, neboť užívá antikoncepci. Samovyšetření prsou neprovádí.

Za krizi považuje nynější onemocnění, které jí trochu víc zaskočilo. Říká, že vždy byla nad věcí a myslela si, že jí nic takového nemůže postihnout. Pevně doufá, že se vše během krátké doby dostane do „normálních kolejí“.

Do budoucna by se chtěla vrátit ke svému zaměstnání a být zcela nezávislá. Doufá, že se tak stane. Je nevěřící.

Klientka nemá porušenou kožní integritu. Samovolné pády neguje. Alergii neudává. Bolesti neudává.

Růst a vývoj v normě. Klientka váží 70 kg, výška je 170 cm, BMI je 24,2.

Nejdůležitější ošetřovatelské problémy: 00131 Poškozená paměť, 00130 Porušené myšlení, 00051 Zhoršená verbální komunikace.

#### ***Kazuistika 4***

Klientem je muž, 74 let, hospitalizovaný v Nemocnici následné péče v Humpolci 40. den. Základní diagnóza: Stav po intracerebrálním krvácení v pravé hemisféře s mírnou levostrannou hemiparézou a sníženou svalovou silou. Je schopen úplné spolupráce.

Klient byl přeložen z akutního neurologického lůžka po 15 dnech hospitalizace. Byl seznámen se svým onemocněním pouze částečně – ví, že prodělal mozkovou příhodu, blíže nedovede upřesnit. Jedná se o první příhodu v životě. Na otázku varovných příznaků odpovídá, že si toho moc nepamatuje, po chvíli si vzpomíná, že se mu večer začalo těžko dýchat, jakoby lapal po vzduchu a poté si již nic nepamatuje.

Potíže s polykáním nemá, sní téměř vše, co dostane. Má diabetes mellitus 2. typu na PAD, dietu je schopen dodržovat. Vypije kolem dvou litrů tekutin, pije převážně vodu. Strava je podávána na jídelně. Kůže růžové barvy přiměřené hydratace.

Při příjmu měl zaveden PMK a byly mu dávány plenkové kalhotky – z důvodu inkontinence stolice. Nyní zcela bez potíží, kontinentní, samostatně si dojde na WC, v noci močí do močové láhve.

Spánek bez obtíží, spí nerušeně po celou noc, pospává i přes den. Klient potřebuje minimální dopomoc při celkové koupeli. Klientovi je poskytována rehabilitační péče, zpočátku hospitalizace nácvik obracení na lůžku, posazování, postupná vertikalizace, nácvik chůze. Nyní je již schopen samostatné chůze po rovině i do schodů bez kompenzačních pomůcek. V současné době popisuje omezenou citlivost palce levé ruky a dle sdělení nemá sílu v lokti LHK – ani ho nenatáhne, LHK dá nad hlavu pouze za pomoci PHK. Rehabilitace je zaměřena na řešení těchto problémů. Dochází na ergoterapii, kde nacvičuje jemnou motoriku. S rehabilitační péčí je velmi spokojen. Uvědomuje si, jak velký pokrok udělal za velmi krátké časové období.

Sluch má bez potíží, na čtení nosí brýle. Popisuje pouze výpadky paměti, nemůže si na některé věci vzpomenout, ale po delší době si je spontánně vybaví. Je v péči logopeda, společně trénují paměť. S přístupem sester je spokojen, jsou trpělivé, ale logopedické péči se věnují málo. Klient se domnívá, že nemají tolik času. Uvítal by,

kdyby si s ním více povídaly. Byl poučen o svém stavu, informace, které se chtěl ještě dozvědět, mu byly sděleny.

Momentálně se cítí dobře, je rád, že se „z toho“ tak rychle a hlavně dobře dostal. Už se těší domů. Příští týden má slíbené propuštění. Obavy z budoucnosti nemá. Je si jistý, že se o sebe dokáže postarat. Radost má především z toho, že není na nikom závislý.

Bydlí v paneláku se svoji družkou, která za klientem pravidelně během hospitalizace dochází, účastnila se intenzivní rehabilitace. Po celou dobu spolupracovala se sestrami. Návštěvy byly umožněny v kteroukoliv denní dobu.

Sexuální stránka nerozebírána, momentálně má zánět varlete, který je zaléčený. V poslední době se u klienta mimo CMP nevyskytla žádná výrazná krizová situace. Ví, že o pomoc může požádat děti i družku.

Do budoucna by chtěl být, co nejdéle to půjde, zcela nezávislý a chtěl by pokračovat ve svých zálibách.

Porušenou kožní integritu nemá, PMK byl zaveden pouze první týden hospitalizace. Samovolné pády neguje, alergii neudává. Bolesti neudává.

Růst a vývoj v normě. Klient váží 80 kg, výška je 175 cm, BMI je 26,1.

Nejdůležitější ošetřovatelské problémy: 00085 Zhoršená pohyblivost, 00108 Deficit sebezpečí při koupání a hygieně, 00131 Poškozená paměť, 00051 Zhoršená verbální komunikace.

### ***Kazuistika 5***

Klientem je muž 54 let, hospitalizovaný v Nemocnici následné péče v Humpolci 30. den. Základní diagnóza: Následky mozkového infarktu s pravostrannou hemiparézou, smíšenou afázií a částečnou poruchou hybnosti. Klient je ukrajinské národnosti, snaží se spolupracovat, ale vzhledem k těžké fatické poruše a jazykové bariéře byla převážná část informací čerpána ze zdravotnické dokumentace. S klientem je nutno mluvit pomalu, dotazy dle potřeby opakovat, určitým způsobem se snaží domluvit. Kýve, že rozumí, odpovídá heslovitě, rusky a pohyby hlavy a rukou. Je schopen částečné spolupráce.

Klient byl přeložen z akutního neurologického lůžka po 14 dnech hospitalizace. Ve zdravotnické dokumentaci bylo uvedeno, že prodělal opakované mozkové příhody v roce 2005, r. 2006, r. 2007. Před 6 týdny byl nalezen v křečích na ulici při opakované recidivující CMP a rychlou záchrannou službou převezen na neurologické oddělení, kde byla ještě diagnostikována epilepsie. Varovné příznaky, které předcházely příhodám, nedovede popsat, krčí rameny, není zřejmě schopen pochopit otázku. Za jak dlouho se dostal při poslední příhodě do nemocnice, také neví.

Potíže s polykáním nemá, pije dostatečně – kolem 2 litrů tekutin. V anamnéze je popsána závislost na alkoholu s degradací osobnosti. Strava je podávána ke stolu, momentálně je schopný se najíst samostatně. Kůže je přiměřené hydratace, v oblasti hrudní krajiny jsou jizvy po zasažení střelbou. Na zádech má tetování.

Stolici je pravidelná, asi jednou za dva dny. Močení bez potíží, je schopen si dojít na WC, v noci močí do močové lahve. Inkontinence není.

Spánek blíže popsat nedovede, při kontrole pacientů v noci spí, léky na usnutí nevyžaduje. Občas klient pospává i během dne. Klient potřebuje dopomoc při celkové koupeli, rehabilitaci, nácvičku soběstačnosti a chůze. Klientovi je poskytována rehabilitační péče ve spolupráci fyzioterapeuta a sestry. Samostatně nezvládá zvednout pravou horní končetinu, má omezený pohyb v ramenním kloubu, zvedne ji pouze na úroveň krku a to za pomoci levé horní končetiny. Při chůzi dopadá na pravou dolní končetinu, potřebuje 1 hůl, chůzi do schodů zvládá pouze částečně a to s velkými obtížemi. Chůze je křečovitá, toporná, nejistá, rovnováhu vyvažuje pohyby horních končetin. Při chůzi má tělo zkroucené, udává bolesti v oblasti hrudníku jako následek střelného poranění. Prsty pravé ruky má částečně pokroucené, pohyb je omezen. Potřebuje dopomoc při celkové koupeli. Dochází na ergoterapii, kde se věnuje nácvičce jemné motoriky. Celkově se stav postupně zlepšuje, především v oblasti pohybové.

Potíže se sluchem, zrakem neudává. Částečně rozumí mluvenému projevu, má potíže s vyjadřováním myšlenek vzhledem k Brockově motorické afázii a částečně i jazykové bariéře. Není v péči logopeda – nespolupracoval. Sestry se s ním domlouvají, jak to jde. Na otázku, jestli je spokojen s přístupem sestry, krčí rameny, zřejmě nerozumí. Snaží se naznačit, že si spoustu věcí nepamatuje.



Na dotaz, jak se cítí, jak mu je, nedovede odpovědět. Zřejmě není schopen pochopit otázku.

Pracovní, sociální anamnézu nelze zjistit, klient u sebe nemá žádné dokumenty, má jen kartu VZP platnou do roku 2015. Na otázku, kde a s kým žije, zda má rodinu, přátele, se pouze usmívá a krčí rameny, že nerozumí. V překladové zprávě z neurologického oddělení bylo uvedeno, že je podezření na účelové jednání ze strany pacienta, podezření na „mafii“.

Oblast sexuality s klientem nebyla probírána. Na otázku, zda má nějaké děti, se usmívá a kýve hlavou, že ne.

Na dotazy z oblasti zvládnání zátěže, odolnosti proti stresu, očekávané pomoci se s klientem nelze domluvit.

Nedovede odpovědět, jaké plány má do budoucna, pouze krčí rameny a usmívá se.

V překladové zprávě jsou popisovány samovolné pády. Během hospitalizace na našem oddělení se neobjevily. Alergii nelze zjistit.

Na otázku, zda ho něco bolí, ukazuje na hlavu a oblast hrudníku. Občas se mu točí hlava.

Růst a vývoj v normě. Klient váží 70 kg, výška je 175 cm, BMI je 22,8.

Nejdůležitější ošetřovatelské problémy: 00085 Zhoršená pohyblivost, 00088 Porušená chůze, 00108 Deficit sebek péče při koupání a hygieně, 00131 Poškozená paměť, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00121 Porušená osobní identita, 00155 Riziko pádů.

### ***Kazuistika 6***

Klientkou je žena 50 let, hospitalizovaná v Nemocnici následné péče v Humpolci 10. den. Základní diagnóza: Stav po akutní ischemické CMP v povodí levé ACI se středně těžkou fatickou poruchou a těžkou pravostrannou hemiparézou s akcentací na PDK. Klientka je schopna částečné spolupráce. Má potíže s vyjadřováním myšlenek, odpovídá heslovitě, dorozumívá se také pomocí neverbálních projevů. Část informací byla čerpána ze zdravotnické dokumentace.

Klientka byla přeložena z akutního neurologického lůžka po 11 dnech hospitalizace. Byla seznámena se svým onemocněním. Jedná se o první příhodu v životě. V překladové zprávě bylo uvedeno, že klientka s normotenzním glaukomem byla nejprve přijata na oční oddělení pro subjektivní kolísavé vidění, v průběhu hospitalizace se začala zhoršeně vyjadřovat a pro podezření na CMP byla přeložena na neurologické oddělení, kde nastalo neurologické zhoršení stavu, následně byla diagnostikována CMP.

Má částečné potíže s polykáním, strava je podávána kašovitá. Vypije kolem dvou litrů tekutin, pije z kojenecké lahve – občas z hrnečku. Potřebuje pomoc sester, ke stravě je posazována do křesla, jídelní stůl se stravou přisunut na dosah, klientce je podána lžice do levé ruky. Stravu přijímá za občasného dohledu sester. Jsou dny, kdy je krmena. Kůže je růžové barvy, přiměřené hydratace.

Pro inkontinenci moči je zaveden PMK. Částečná inkontinence stolice, někdy pociťuje nutkání na stolicí, zazvoní na sestry, které jí pomohou na toaletní křeslo. Občas je stolice v plenkových kalhotkách.

Potíže se spánkem neudává, spí nerušeně po celou noc, pospává i přes den. Klientka potřebuje pomoc při oblékání, hygieně, nácviku soběstačnosti, posazování, pomoc logopeda. Klientce je poskytována rehabilitační péče ve spolupráci fyzioterapeuta a sester. Na lůžku se otočí s částečnou dopomocí, úspěšně je prováděn nácvik sedu za pomoci žebříčku, který je připevněn k lůžku. Postupně se klientka učí sedět s nohama spuštěnými z lůžka, je posazována do křesla, pokusy o vertikalizaci a chůzi jsou zatím bezúspěšné. Hygienickou péči zvládá s dopomocí. Je vozena na ergoterapii, kde probíhá nácvik jemné motoriky. Na ergoterapii často sama chce i v odpoledních hodinách, je tam spokojena.

Sluch má bez potíží, nosí brýle na čtení. Rozumí mluvenému projevu, ale má potíže s vyjadřováním myšlenek. Při rozhovoru s klientkou je nutno dotazy klást opakovaně, snaží se odpovídat dle možností. Logoped za ní dochází 3 krát týdně. Na otázku, zda potřebuje poskytnout další informace, kýve hlavou, že ne.

Na dotaz, jak se cítí, se snaží odpovědět, že moc dobře ne. Dle sdělení syna byla do této doby zcela soběstačná, chodila do práce – je učitelkou. Tělesný vzhled

se po CMP jednoznačně změnil, nyní je částečně ochrnutá, nesoběstačná. Své postižení si uvědomuje, má obavy, jestli se bude moci vrátit do školy.

Bydlí s manželem, má dva syny. Celou rodinu její onemocnění velmi zaskočilo, ale intenzivně se jí snaží pomoci. Každý den za klientkou někdo z rodiny přichází, informují se o jejím zdravotním stavu, spolupracují se sestrami, posazují ji do křesla. Mají velký zájem o logopedickou péči, sami přinesli písmenka, kartičky a snaží se s klientkou trénovat nácvik výslovnosti jednotlivých slov, jednoduchých vět. Provádějí též nácvik jemné motoriky. Klientce bylo umožněno mít na pokoji vlastní televizor a rádio.

Na pravidelné gynekologické prohlídky nechodí, samovyšetření prsou neprovádí. Dvě těhotenství, dva porody.

Za krizi považuje současné onemocnění, pomoc očekává od rodiny a také jí je rodinou intenzivně poskytována.

Do budoucna by opět chtěla být soběstačná, nezávislá na pomoci ostatních a vrátit se ke své práci. Katolička, nemá přání ohledně možnosti poskytnutí náboženské služby.

Porušenou kožní integritu nemá. Samovolné pády v anamnéze neguje. Alergii nelze zjistit. Bolesti neudává.

Růst a vývoj v normě. Klientka váží 60 kg, výška je 165 cm, BMI je 22.

Nejdůležitější ošetrovatelské problémy: 00103 Porušené polykání, 00021 Úplná inkontinence moči, 00014 Inkontinence stolice, 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku, 00090 Zhoršená schopnost se přemístit, 00088 Porušená chůze, 00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně, 00102 Deficit sebeděče při jídle, 00110 Deficit sebeděče při vyprazdňování, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00118 Porušený obraz těla, 00004 Riziko infekce, 00155 Riziko pádů.

### ***Kazuistika 7***

Klientem je muž, 70 let, hospitalizovaný v Nemocnici následné péče v Humpolci osmý týden. Základní diagnóza: Stav po ischemické CMP v pravostranném karotickém povodí s klinicky vyjádřenou levostrannou hemiparézou, s globální afázií. Je schopen velmi malé spolupráce, domluva obtížná. Převážná část informací byla čerpána ze zdravotnické dokumentace.

Klient byl přeložen z akutního neurologického lůžka po 14 dnech hospitalizace. Deorientovaný osobou, místem i časem, občas zmatený. Lékařem byl poučen o svém zdravotním stavu, zřejmě není úplně schopen pochopit své onemocnění, pouze pokyvuje hlavou a usmívá se. V překládové zprávě je uvedeno, že klient poslední dny před příhodou téměř nejedl, jeho sestra ho našla ležet vedle postele, nehýbal se, nemluvil, byl při vědomí. Zavolala RZP, následoval převoz na neurologické oddělení. Dle klienta neví, co se mu ráno stalo, na nic si nepamatuje, stěžuje si na obtíže s pamětí. Dle lékařské zprávy klient se přes vysoký krevní tlak nikdy neléčil, odmítal chodit k lékaři.

Má mírné potíže s polykáním, strava je podávána mletá, na dosah ruky, je schopný se najíst sám s velmi malou pomocí. Sestry ho posadí do křesla a stravu na neklouzavém podnose dají na jídelní stůl. Vypije kolem dvou litrů tekutin za den, jsou mu podávány na dosah ruky v lahvičce a v hrnečku. Kůže růžové barvy, vrásčitá, přiměřené hydratace.

Inkontinence moči - má zavedený PMK, denně se sleduje výdej moči. Plenkové kalhotky jsou nutné pro inkontinenci stolice. I přes pravidelnou kontrolu občas vyndá stolici z plenkových kalhotek, „rozmatlá“ ji po stolku, není schopen udržovat čistotu, popřípadě signalizovat znečištěné plenkové kalhotky. Stolice pravidelná, někdy i několikrát během dne. Byl posazován na toaletní křeslo – bezúspěšně.

V noci se občas budí, je neklidný, má snahu opouštět lůžko, je zde velké nebezpečí pádu. Z bezpečnostních důvodů je klientovi na noc dávana zábrana. Často pospává i během dne. Klient potřebuje úplný dohled a pomoc při přesunu na lůžko, při chůzi, při hygienické péči, nácviku soběstačnosti, pomoc logopeda. Klientovi je poskytována rehabilitační péče ve spolupráci fyzioterapeuta a sester. Nyní je schopen samostatně

se otočit na lůžku, sám se posadí, při přesunu do křesla je schopen udělat několik kroků s malou dopomocí. Jsou dny, kdy se z křesla zvedne samostatně a dojde např. k umyvadlu. S klientem je nacvičována chůze ve vysokém chodítku, chůzi do schodů nezvládá. Rehabilitace se účastní rád i opakovaně během dne. Hygienickou péči zvládá s dopomocí, není chopen samostatně udržovat čistotu. Jemná motorika je procvičována na ergoterapii. Logoped dochází za klientem 3 krát týdně, jsou vidět velmi malé pokroky.

Potíže se sluchem nemá, brýle nenosí. Na otázku, jak by hodnotil přístup sester, pokyvuje hlavou, usmívá se. Rodina je spokojená s poskytovanou péčí.

Oblast vnímání sám sebe s klientem nebyla probírána, neboť není schopen slovy vyjádřit, na otázky pouze pokyvuje hlavou.

Bydlí v rodinném domku u sestry. Pravidelně za ním dochází, aktivně se zapojila do rehabilitace, logopedické péče. Pravidelně se zajímá o zdravotní stav svého bratra.

Vzhledem k věku klienta a ke zdravotnímu stavu sexuální stránka nerozebírána. Potíže s prostatou dle zdravotnické dokumentace klient prozatím neměl.

Otázky z oblasti zvládání zátěže klient nedovede blíže popsat, pomoc zřejmě očekává od své sestry, s kterou byly probrány další možnosti péče. Vzhledem k nesoběstačnosti klienta a pro nepřilíš dobrou prognózu výrazného zlepšení bylo doporučeno zažádat o přijetí v domově pro seniory. Bylo též poskytnuto poradenství v oblasti dávek sociální péče a možnosti terénních služeb. Dle sdělení sestry je klient nevěřící.

Porušenou kožní integritu nemá. Samovolné pády jsou popsány v anamnéze. Alergii nelze zjistit.

Na otázku, zda má nějaké bolesti, pokyvuje hlavou, že ne. Klient vypadá celkem spokojeně – smířen se svým stavem.

Růst a vývoj v normě. Klient váží 60 kg, výška je 170 cm, BMI je 20,8.

Nejdůležitější ošetrovatelské problémy: 00103 Porušené polykání, 00021 Úplná inkontinence moči, 00014 Inkontinence stolice, 00095 Porušený spánek, 00085 Zhoršená pohyblivost, 00090 Zhoršená schopnost přemístit se, 00088 Porušená chůze, 00109 Deficit sebezpečí při oblékání a úpravě zevnějšku, 00108 Deficit sebezpečí

při koupání a hygieně, 00110 Deficit sebezpečí při vyprazdňování, 00128 Akutní zmatenost, 00131 Poškozená paměť, 00130 Porušené myšlení, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00004 Riziko infekce, 00155 Riziko pádů.

### ***Kazuistika 8***

Klientem je muž 71 let, hospitalizovaný v Nemocnici následné péče v Humpolci 34. den. Základní diagnóza: Stav po ischemické cévní mozkové příhodě s pravostrannou hemiparézou a dysartrií. Dezorientován místem, časem. Přes snahu klienta je spolupráce velmi malá. Informace byly získány ze zdravotnické dokumentace a od syna.

Klient byl přeložen z akutního neurologického lůžka po 10 dnech hospitalizace. Byl seznámen se svým onemocněním, blíže zřejmě nedovede pochopit. V minulosti prodělal mnohočetné ikty v obou karotických a vertebrobazilárních povodí, má mozkovou aterosklerózu, diabetes mellitus na PAD. Doma se svalil, byl sice při vědomí, pro podezření na CMP byla synem přivolána RZP, následoval převoz na neurologické oddělení.

Potíže s polykáním nemá, sní téměř vše, co dostane. Pije dostatečně – tekutiny jsou aktivně nabízeny, pije z hrnečku nebo z kojenecké láhve. Potřebuje pomoc sester, klient je posazován do křesla, strava je mu podávána na neklouzavém podnose na jídelní stolek, podanou lžící drží v levé ruce. Někdy je schopen se najíst zcela samostatně, ale jsou i dny, kdy musí být nakrmen. Kůže je růžové barvy, přiměřené hydratace. Na rameni PHK má tetování.

Inkontinence moči – má zaveden PMK, občas tahá za spojovací hadičku, kterou se mu někdy podaří rozpojit. Plenkové kalhotky jsou nutné pro inkontinenci stolice, nedovede signalizovat nucení na stolici. Do plenkových kalhotek dává ruce a někdy se mu „podaří rozmazat“ stolici po sobě, lůžku i zdi. Domluvy jsou nemožné. Snahy posazovat klienta na toaletní křeslo jsou bezúspěšné. Není schopen udržet čistotu.

V noci se často budí, hlasitě křičí, budí spolupacienty, je neklidný. Z tohoto důvodu je nutná zábrana u lůžka, často s ní lomcuje, snaží se ji přelézat, je zde velké riziko případného pádu. Přes den je klidnější, ospává. Klient potřebuje úplnou dopomoc při stravování, vyprazdňování, hygienické péči, nácviku soběstačnosti, posazování,

nácviku chůze, pomoc logopeda. Klientovi je poskytována rehabilitační péče ve spolupráci fyzioterapeuta a sester. Je schopen se samostatně otočit na lůžku, posadí se s malou dopomocí, postupná vertikalizace, při přesunu z lůžka do křesla je schopen za dopomoci udělat několik kroků. Chůze je nacvičována ve vysokém chodítku po chodbě oddělení. Ranní hygienu zvládá s dopomocí, jednou týdně je prováděna celková koupel na koupelně. Ergoterapie není poskytována z důvodu nezájmu klienta, na ergoterapii nevydrží. Logoped za ním dochází 3x týdně. Spokojenost s rehabilitační péčí nedovede slovně vyjádřit. Na neverbálních projevech je vidět zřejmá radost a spokojenost po příchodu rehabilitační pracovnice, snaží se s ní spolupracovat mnohem víc než se sestrami. V její přítomnosti je klidný, volá na ni „ÁJO“.

Slyší dobře, nosí brýle – nelze zjistit, zda jsou na dálku nebo na blízko, často si je nasazuje sám, jen tak ze zvyku. Rozumí částečně mluvenému projevu, má potíže s vyjadřováním. Na dotazy odpovídá jednoslovně nebo pokyvuje hlavou. Z jeho reakcí je zřejmé, že je většinou schopen pochopit, co se po něm vyžaduje. Často si uvědomuje své chování, vyžaduje pozornost, je spokojen, když jsou otevřené dveře jeho pokoje a on může pozorovat, co se děje na chodbě.

Na otázky z oblasti vnímání sám sebe nedovede odpovědět. Nedovede popsat současnou situaci, ani to, zda ho něco zneklidňuje.

Bydlí se synem, který se o něj stará. Chodí za ním pravidelně na návštěvy, informuje se o jeho zdravotním stavu. Zapojil se do rehabilitační péče. Po zlepšení stavu si ho chce vzít opět domů. Bylo mu poskytnuto poradenství v oblasti sociálních dávek, nastíněna možnost umístit klienta do domova pro seniory pro nepříliš dobrou prognózu. Syn je spokojen s poskytovanou péčí, často sestram děkuje za trpělivost a vlídný přístup.

Oblast sexuality vzhledem k věku a ke zdravotnímu stavu klienta nebyla nerozebírána. Dle zdravotnické dokumentace potíže s prostatou prozatím neměl.

Pomoc očekává od syna, který mu ji poskytuje. Na otázku, zda by se chtěl vrátit domů, pokyvuje hlavou, že ano.

Plány do budoucna nedovede popsat. Je věřící, katolík. Přání ohledně poskytnutí náboženské služby nemá.

Alergii nelze zjistit. Samovolné pády jsou popisovány v anamnéze. Během hospitalizace 2x spadl z lůžka, bez poranění. Udává bolesti dolních končetin.

Růst a vývoj v normě. Klient váží 80 kg, výška je 185 cm, BMI je 23,4.

Nejdůležitější ošetrovatelské problémy: 00021 Úplná inkontinence moči, 00014 Inkontinence stolice, 00095 Porušený spánek, 00090 Zhoršená schopnost se přemístit, 00088 Porušená chůze, 00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně, 00102 Deficit sebeděče při jídle, 00131 Poškozená paměť, 00130 Porušené myšlení, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00004 Riziko infekce, 00155 Riziko pádů.

### ***Kazuistika 9***

Klientkou je žena, 86 let, hospitalizovaná v Nemocnici následné péče v Humpolci třetí měsíc. Základní diagnóza: Stav po ischemické CMP hemisferálně vpravo s levostrannou hemiparézou. Zcela imobilní, neschopna se samostatně otočit na lůžku. Dezorientovaná osobou, místem, časem. Demence vaskulárního typu, nespolupracující klientka – částečně spolupracuje pouze při příjmu potravy. Informace byly čerpány též ze zdravotnické dokumentace.

Klientka byla přeložena z akutního neurologického lůžka po 10 dnech hospitalizace. Není schopna pochopit své onemocnění. Již několik let žije v domově důchodců. Pro podezření na mozkovou příhodu byla sestrou přivolána RZP, která klientku převezla na neurologické oddělení.

Má potíže s polykáním, proto je strava podávána ve zvýšené poloze. Krmí ji mixovanou stravou, velmi málo otvírá ústa, nutno vkládat pouze malá sousta, která zapíjí čajem. Obvykle sní asi polovinu porce. Občas je schopna za dohledu sestry samostatně sníst několik lžic polévky. Tekutiny jsou aktivně v pravidelných intervalech nabízeny z kojenecké lahvičky. Klientka má dny, kdy pije dostatečné množství, jindy tekutiny odmítá, zatne pusou a poté jsou tekutiny doplňovány formou infuzní terapie. Kůže vrásčitá, světlé barvy, dostatečně hydratovaná.



Inkontinence moči - má zaveden PMK, sledován příjem a výdej tekutin. Plenkové kalhotky jsou nutné pro inkontinenci stolice, kterou si klientka občas „rozmatlá“ po ruku. Kalhotky se pravidelně kontrolují a dle potřeby mění.

Spí po celou noc, pospává i během dne. Klientka potřebuje úplnou pomoc při příjmu potravy, tekutin, vyprazdňování, hygienické péči, při změně polohy. Klientce je poskytována rehabilitační péče ve spolupráci fyzioterapeuta a sester. Provádí se pasivní pohyby končetin, v pravidelných intervalech je polohována, má antidekubitární matraci, posazují ji do polosedu na lůžku, v křesle nevydrží sedět. Nepostaví se na nohy, není možná vertikalizace ve vzpřímené poloze, ani nácvik chůze. Do rukou jí vkládají molitanový míček. Hygienická péče se provádí sestrami na lůžku, jednou týdně je provedena celková koupel v koupacím lůžku. Provádí se masáž celého těla. Ergoterapie není možná, logopedická péče není poskytována.

Slyší málo, naslouchátko nepoužívá, zrak nelze posoudit. Téměř nemluví, na dotazy odpovídá pouze jednoslovně nebo kýve hlavou. Klientce jsou vždy vysvětleny úkony, které u ní sestry budou provádět, poslouchá, ale přesto při jakékoliv manipulaci klade odpor, nespolupracuje.

Na otázku jak se má, jak se cítí – odpoví: „Dobře.“ Prožívání současné situace není schopna popsat. Objektivně vypadá spokojeně, když je v klidu, usmívá se.

Žije již několik let v domově důchodců. Rodina má o ni zájem, do nemocnice ji chodí pravidelně navštěvovat, klientka je poznává. Zajímají se o její zdravotní stav a zároveň si uvědomují, že pravděpodobně k žádné větší pozitivní změně již nedojde. Nejsou schopni se o ni doma postarat, bude opět přeložena do domova důchodců. S poskytovanou ošetrovatelskou péčí je rodina spokojená, opakovaně rodinní příslušníci přišli sestram poděkovat.

Gynekologickou anamnézu nelze blíže zjistit – čerpáno ze zdravotnické dokumentace, dvě těhotenství, dvě děti.

Otázku zvládání zátěže, stresových situací nelze s klientkou rozebírat – nechápe otázky.

Plány do budoucna nedovede popsat. Dle rodiny katolička, rodina nemá žádná přání ohledně možného poskytnutí náboženské služby.

Samovolné pády, případnou alergii nelze zjistit. Momentálně má defekt na patě pravé nohy, každý den je prováděn převaz, paty dolních končetin jsou vypodkládány molitanem.

Klientka má zřejmě zvýšený práh bolestivosti, neboť při sebemenší manipulaci reaguje neadekvátně, má strach, snaží se držet sester a křičí „jau“.

Růst a vývoj v normě. Výška klientky je 160 cm, váhu nelze zjistit. Obvod paže 22 cm.

Nejdůležitější ošetrovatelské problémy: 00103 Porušené polykání, 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin, 00021 Úplná inkontinence moči, 00014 Inkontinence stolice, 00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku, 00040 Riziko imobilizačního syndromu, 00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně, 00102 Deficit sebeděče při jídle, 00131 Poškozená paměť, 00130 Porušené myšlení, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00121 Porušená osobní identita, 00004 Riziko infekce, 00046 Porušená kožní integrita.

### ***Kazuistika 10***

Klientkou je žena 86 let, hospitalizovaná v Nemocnici následné péče v Humpolci třetí měsíc. Základní diagnóza: Stav po akutní ischemické CMP hemisferálně vlevo s pravostrannou hemiparézou PHK a plegií PDK. Není schopna ani minimální spolupráce. Část informací byla čerpána ze zdravotnické dokumentace.

Klientka byla přeložena z akutního neurologického lůžka po 10 dnech hospitalizace. Při příjmu bylo nemožné navázat komunikaci, byla neschopna podpisu souhlasu s hospitalizací. Soudu bylo odesláno Oznámení o převzetí klientky bez jejího písemného souhlasu do ústavní péče. Z domova důchodců byla pro náhlé zhoršení stavu a bezvědomí převezena RZP na ARO, vzhledem k infaustní prognóze extubována a v komatózním stavu s diagnostikovanou akutní CMP přeložena na neurologii, kde byla provedena jen paliativní léčba. Před příhodou polymorbidní, těžce dementní, dlouhodobě ležící s kontrakturami dolních končetin.

Má potíže s polykáním, byla přijata již se zavedenou nazogastričnou sondou, kterou byla v pravidelných intervalech podávána již připravená strava z lékárny. Po 5 týdnech

byla sonda vyjmuta a klientce byl zaveden PEG, kterým je krmena a podávány tekutiny a léky. Pro zajištění dostatečné hydratace je klientce dle ordinace lékaře aplikována infuzní terapie. Sleduje se příjem stravy, příjem a výdej tekutin. Kůže je vrásčitá, pobledlá.

Inkontinence moči a stolice, má zaveden PMK a jsou používány podložky nebo plenkové kalhotky, které jsou dle potřeby měněny. Má často průjem. Nutná zvýšená hygienická péče v oblasti genitálií.

Spí po celou noc, pospává i přes den. Klientka je zcela závislá na komplexní ošetrovatelské péči. Potřebuje úplnou pomoc při příjmu potravy, tekutin, vyprazdňování, hygienické péči, polohování, rehabilitaci. Klientka je zcela nepohyblivá, leží na antidekubitární matraci, v pravidelných intervalech je polohována po celých 24 hodin, dolní končetiny jsou vypořádány molitanem, do rukou jsou vkládány molitanové míčky. Ve spolupráci s rehabilitační pracovníci jsou prováděny pasivní pohyby končetin, klientka je masírována po celém těle. Není schopna komunikovat, sestry sleduje pouze očima, není náznak ani minimální spolupráce. Hygienická péče včetně celkové koupele je rovněž prováděna sestrami. Je nutná zvýšená péče o dutinu ústní. Během hospitalizace pro obtížné dýchání a pro zhoršení stavu byla opakovaně odsávána, aplikován kyslík dle ordinace lékaře.

Ve zdravotnické dokumentaci bylo uvedeno, že klientka nedoslýchá, má potíže se zrakem blíže nespecifikované.

Objektivně je klidná, odevzdaná, závažnost svého zdravotního stavu si zřejmě neuvědomuje.

Dlouhodobě žije v domově důchodců. Do nemocnice za ní pravidelně dochází neteř, která je dle jejího vyjádření spokojena s celkovou péčí o svoji tetu. Opakovaně chodí sestram děkovat, je spokojená. Je si vědoma závažnosti zdravotního stavu a infaustní prognózy. Klientka na návštěvu neteře reaguje úsměvem.

Gynekologickou anamnézu nelze vzhledem k vážnému stavu klientky zjistit, informace nejsou uvedeny ani ve zdravotnické dokumentaci.

Oblasti zvládání zátěže, řešení krizových situací a životního principu nelze rozebírat pro nespolupráci ze strany klientky. Dle sdělení neteře je věřící, sama zajistila návštěvu kněze u lůžka, která mu byla opakovaně umožněna.

Má zavedenou PŽK, PMK. Na hýždích má dekubit druhého stupně, pravidelně jsou prováděny převazy. Samovolné pády v anamnéze nelze zjistit. Alergii nezjištěna.

Bolesti zřejmě nemá, nejsou vyjádřeny ani neverbálními projevy, objektivně vypadá „spokojeně“.

Růst a vývoj v normě. Výška klientky je 160 cm, váhu zjistit nelze, obvod paže 22 cm.

Nejdůležitější ošetřovatelské problémy: 00078 Neefektivní léčebný režim, 00103 Narušené polykání, 00021 Úplná inkontinence moči, 00014 Inkontinence stolice, 00040 Riziko imobilizačního syndromu, 00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně, 00102 Deficit sebeděče při jídle, 00131 Poškozená paměť, 00130 Porušené myšlení, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00121 Porušená osobní identita, 00004 Riziko infekce, 00046 Porušená kožní integrita.

## 4.2 Zúčastněné pozorování

Tabulka 1 Zúčastněné pozorování u sester

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6	Sestra 7	Sestra 8	Sestra 9	Sestra 10
Oblasti zúčastněného pozorování										
Přistupuje sestra ke klientům po CMP ze správné strany.	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
Příspěvuje sestra způsob komunikace s klienty po CMP jejich fatické poruše.	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano
Poskytuje sestra klientům po CMP domopoc při příjmu stravy a tekutin.	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Poskytuje sestra klientům po CMP domopoc při vyprazdňování.	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ne	ano	ano
Provádí sestra u klientů po CMP správně hygienickou péči.	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ano	ano
Podporuje sestra u klientů po CMP maximálně jejich soběstačnost.	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ne	ne
Dodržuje sestra zásady správného polohování u klientů po CMP.	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
Zapojuje se sestra aktivně do rehabilitační péče u klientů po CMP.	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Zapojuje se sestra aktivně u klientů po CMP do logopedické péče.	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Spolupracuje sestra s rodinnými příslušníky klientů po CMP.	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Během zúčastněného pozorování bylo pozorováno 10 sester v 10 oblastech poskytování péče o klienty po cévní mozkové příhodě. Z tabulky zúčastněného pozorování vyplynulo, že 6 sester přistupuje ke klientům po CMP ze správné strany a 4 sestry přistupují z nesprávné strany. V oblasti komunikace s klienty po CMP 4 sestry přizpůsobují komunikaci s klienty po CMP jejich fatické poruše, 6 sester komunikaci nepřizpůsobuje. Klientům po CMP všech 10 sester poskytuje pomoc při příjmu stravy a tekutin. V oblasti pomoci při vyprazdňování klientů po CMP 7 sester pomoc při vyprazdňování poskytuje, 3 sestry pomoc při vyprazdňování neposkytují (upřednostňují plenkové kalhotky). U klientů po CMP 7 sester provádí správnou hygienickou péči, 3 sestry ji provádějí nesprávně. Soběstačnost u klientů po CMP v maximálním rozsahu podporuje 6 sester, 4 sestry soběstačnost nepodporují. V oblasti dodržování zásad správného polohování u klientů po CMP 6 sester dodržuje zásady správného polohování, 4 sestry tyto zásady nedodržují. Do rehabilitační péče u klientů po CMP se aktivně zapojuje všech 10 sester. V oblasti logopedické péče u klientů po CMP bylo zjištěno, že ani jedna z 10 sester se do logopedické péče aktivně nezapojuje. S rodinnými příslušníky klientů po CPM spolupracuje všech 10 sester.

### 4.3 Anketa

Tabulka 2 Výsledky ankety u sester

Anketní otázky	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6	Sestra 7	Sestra 8	Sestra 9	Sestra 10
Umí sestra charakterizovat CMP?	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Umí sestra popsat možnosti prevence CMP?	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ne
Umí sestra vyjmenovat varovné příznaky CMP?	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ne	ano	ne	ano
Umí sestra popsat zásady poskytnutí první pomoci u CMP?	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Umí sestra vyjmenovat typy fatických poruch včetně projevů?	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano
Umí sestra popsat zásady komunikace u klientů s Brockovou a Wernickeho afázií?	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ano
Umí sestra popsat zásady podávání stravy u klientů po CMP?	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Umí sestra popsat uspořádání pokoje u klientů po CMP?	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
Umí sestra popsat, z které strany se přistupuje ke klientům po CMP a toto zdůvodnit?	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
Umí sestra popsat zásady polohování klientů po CMP?	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano

Ankety se zúčastnilo 10 sester, byly jim pokládány otázky z 10 oblastí problematiky CMP, které byly zaznamenány do tabulky. Z odpovědí sester vyplynulo, že všech 10 sester dovede charakterizovat cévní mozkovou příhodu. Možnosti prevence CMP 5 sester umí popsat, 5 sester prevenci popsat nedokáže. Na otázku varovných příznaků CMP správně odpovídá 6 sester, varovné příznaky iktu 4 sestry vyjmenovat neumí. Zásady poskytnutí první pomoci u CMP umí popsat všech 10 sester. Typy fatických poruch včetně projevů dovedou vyjmenovat 4 sestry, 6 sester typy fatických poruch vyjmenovat neumí. Zásady komunikace u klientů s Brockovou a Wernickeho afázií správně popisují 4 sestry, 6 sester zásady komunikace u klientů s afázií popsat nedovede. Všech 10 sester umí popsat zásady podávání stravy u klientů po CMP. Uspořádání pokoje u klientů po CMP dovede správně popsat 6 sester, 4 sestry uspořádání pokoje popsat nedovedou. Na otázku, z které strany se přistupuje ke klientům po CMP a proč, odpovídá 6 sester správně, 4 sestry tuto otázku zodpovědět správně neumí. Zásady správného polohování klientů po CMP dobře popisuje 6 sester, 4 sestry tyto zásady popsat nedovedou.



## 5. Diskuze

Praktická část práce se zabývala otázkami specifik ošetrovatelské péče o klienty po cévní mozkové příhodě, kteří byli hospitalizováni v Nemocnici následné péče v Humpolci, a tím, zda má ošetrovatelský personál, který o tyto klienty pečoval, potřebné znalosti pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Cílem tohoto šetření byla snaha zjistit, jaké teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou nutné u sestry při poskytování ošetrovatelské péče o klienty po CMP. Vzhledem k faktu, že otázka problematiky cévních mozkových příhod je velmi aktuální, bylo na celou problematiku nahlíženo z pohledu klientů a sester, které o tyto klienty pečovaly. Šetření bylo prováděno za pomoci polostandardizovaného rozhovoru u vybrané skupiny klientů, ankety a zúčastněného pozorování u vybrané skupiny sester, která o tyto klienty pečovala. Výsledky polostandardizovaných rozhovorů s klienty byly zpracovány do 10 kazuistik, z nichž vyplynula specifika ošetrovatelské péče, která byla následně formulována do jednotlivých ošetrovatelských problémů dle Taxonomie NANDA II. Ošetrovatelské problémy byly zpracovány do tabulky dle frekvence výskytu u jednotlivých klientů (Příloha 12). Okruhy otázek k rozhovoru byly pro všechny klienty stejné (Příloha 9). Z ankety a zúčastněného pozorování lze odvodit, jaké jsou potřebné znalosti a dovednosti sester při poskytování ošetrovatelské péče o klienty po CMP. Otázky, které byly kladeny sestřím v rámci ankety (Příloha 11) a oblasti zúčastněného pozorování (Příloha 10), byly rovněž pro všechny sestry stejné.

Výskyt cévních mozkových příhod stoupá s věkem, přesto iktus stále častěji postihuje osoby středního a produktivního věku, s čímž je možno souhlasit, neboť já sama se ve své praxi setkávám s klienty po CMP různých věkových kategorií. Tento fakt uvádí i Kalita ve své knize „Akutní cévní mozkové příhody“. Do šetření byly vybrány osoby, které prodělaly CMP ve věkovém rozmezí 49 – 86 let. Klienti postižení tímto onemocněním, jsou v akutní fázi zaléčeni na specializovaných pracovištích nebo na standardních neurologických odděleních. Toto dokládá i skutečnost, že všichni klienti po CMP, kteří byli zařazeni do výzkumného šetření, byli do Nemocnice následné péče v Humpolci překládáni právě z výše jmenovaných zařízení. Poté, pokud to zdravotní stav a rodinná situace dovolí, jsou klienti propuštěni do domácího ošetřování.

Mnohem častěji jsou, ale z důvodu doléčení a rehabilitace, překládáni na oddělení následné péče. Kvalitní péče na těchto odděleních vyžaduje vzájemnou spolupráci multidisciplinárního týmu, motivaci klientů a jejich podporu rodinnými příslušníky. Klienti postižení cévní mozkovou příhodou se najednou ocitnou v těžké životní situaci, mnohdy se z plného zdraví stávají částečně nebo zcela závislími na pomoci ostatních. Často trpí strachem, který souvisí s následky onemocnění, sociální izolací, nesoběstačností, pocitem, že budou svému okolí na obtíž. Poskytovaná kvalitní ošetrovatelská péče zvyšuje šanci klientů pro jejich uzdravení a zařazení do běžného života.

Výzkumný soubor tvořilo 10 klientů, kteří prodělali CMP, byli přeloženi z akutního lůžka neurologického oddělení a následně hospitalizováni v Nemocnici následné péče v Humpolci. Dále 10 sester, které o tyto klienty pečovaly a zároveň v nemocnici následné péče pracovaly alespoň půl roku. Klienti byli zastoupeni v počtu 5 žen ve věku 49 – 86 let a 5 mužů ve věku 54 – 74 roků. Úplné spolupráce byli schopni 4 klienti, částečné spolupráce 2 klienti, velmi malé spolupráce 2 klienti a nespolupracovali 2 klienti.

K tomu, abychom mohli dojít ke stanovenému cíli výzkumného šetření, je nutno provést následující shrnutí.

Zhoršená verbální komunikace byla diagnostikována u 9 klientů, přičemž 2 klientky nebyly schopny komunikovat vůbec. Potíže s vyjadřováním myšlenek mělo 7 klientů, často si uvědomovali, co chtějí říct, potíže jim dělalo vyslovování. Jeden z klientů byl ruské národnosti, snažil se dorozumět, ale pouze v některých oblastech. K rozhovoru byla přizvána ošetřující lékařka mluvící rusky, přesto klient na některé otázky zřejmě nechtěl odpovídat – bylo podezření na účelové jednání. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že pouze 4 sestry umí vyjmenovat typy fatických poruch a následně popsat zásady komunikace u klientů s afázií. Rovněž během zúčastněného pozorování bylo zjištěno, že z 10 sester pouze 4 přizpůsobují komunikaci s klienty po CMP jejich fatické poruše. S těmito klienty je nutno mluvit pomalu, sestry by se měly domluvit na určitém způsobu komunikace, eventuálně se přizpůsobit jejich fatické poruše. Při hledání literatury, která by byla zaměřena na způsob komunikace

sester s klienty po CMP, jsem byla zklamána, neboť se mi podařilo sehnat pouze knihy určené speciálně pro klinické logopedy. Příkladem je kniha „Terapie afázie“ (Cséfalvay, 2007), ve které jsou podrobně popsány typy fatických poruch včetně možné léčby. Krátce o této problematice velmi stručně pojednávají články v časopise *Diagnóza v ošetrovatelství* (Gučková, 2009; Laurenčíková, 2007), ve kterých je uvedeno, že právě nevhodně zvolený typ komunikace může končit hněvem klientů, který je zaměřen na ně samotné nebo na zdravotnický personál. Výsledkem může být uzavřenost, apatie, odmítání ze strany klientů. Z těchto důvodů je vhodné při nácviu komunikace spolupracovat s logopedem. Při hledání literatury vztahující se k problematice komunikace s klienty po CMP byl též osloven klinický logoped docházející na oddělení následné péče. Bohužel měl k dispozici pouze speciální knihy určené pro logopedy, nabídl mi zapůjčení afatického slovníku. Logoped poskytoval péči 6 klientům, další 3 klienti byli k logopedické péči indikováni, ale bohužel jim tato péče nebyla poskytována z důvodu nespolupráce právě z jejich strany. Zde se také dostáváme k problematice aktivního zapojování sester do logopedické péče, kdy během zúčastněného pozorování sester bylo zjištěno, že ani jedna ze sester se aktivně logopedické péči nevěnuje a že vzájemná spolupráce sester a logopeda zcela nefunguje. Toto zjištění potvrzují i sami klienti během rozhovorů, kdy uvádějí, že sestry jsou vlídné a trpělivé, ale bohužel logopedické péči se téměř nevěnují. Pozitivním zjištěním ale bylo, že se sestry alespoň snažily s klienty určitým způsobem domluvit. Klienti by vzájemnou spoluprací logopeda a sester uvítali mimo jiné i z důvodu, že by jim v této oblasti bylo věnováno více času. Současnou péči v této oblasti považují za nedostačující.

V 8 z 10 kazuistik se ukázalo, že klienti mají největší deficit v oblasti sebedpěče při koupání a hygieně, přičemž 2 klienti potřebují minimální dopomoc při celkové koupeli, 4 klienti potřebují dopomoc i při ranní a večerní hygieně, u dvou klientek je hygienická péče zcela prováděna sestrami. Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku, který velmi úzce souvisí s hygienickou péčí, byl zjištěn u 6 klientů, přičemž 4 klienti potřebovali dopomoc, 2 klientky byly zcela odkázány na péči sester. Během zúčastněného pozorování bylo zjištěno, že hygienickou péči správně provádělo 7 sester

z 10. Dopomoc klientům byla poskytována zcela individuálně dle rozsahu jejich postižení následkem CMP. Celková koupel byla prováděna na koupelně, ranní a večerní hygienická péče probíhala na pokoji klientů, přičemž hygienické pomůcky byly dány klientům na stolek k lůžku nebo klienti byli odvezeni k umyvadlu. Dopomoc při ranní a večerní hygieně byla klientům poskytována každý den, ale celková koupel je u klientů prováděna pouze jednou týdně, což mi přijde nedostačující.

Z kazuistik vyplynulo, že pouze 4 klienti z 10 nemají deficit sebekpéče při příjmu stravy a tekutin, strava jim byla podávána ke stolu na jídelně, najedli se zcela samostatně. Bylo zjištěno, že 4 klienti potřebují minimální dopomoc při stravování, 2 klientky musely být nakrmeny. Potíže s polykáním měli 4 z dotazovaných klientů. Otázka týkající se zásad podávání stravy u klientů s CMP byla zjišťována u sester v rámci ankety, kdy všechny sestry tyto zásady popsaly správně včetně podávání stravy přímo do žaludku za pomoci PEGU. Vědomosti sester ohledně zásad podávání stravy se potvrdily i během zúčastněného pozorování, při kterém se ukázalo, že všechny sestry uměly poskytnout dopomoc při příjmu stravy a tekutin. Klientům, kteří potřebovali dopomoc, sestry umístily stravu k lůžku na neklouzavém podnose, pomohly nakrájet maso, knedlíky, namazat chleba, otevřít jogurt, podat lžící a poté již klienti byli schopni najíst se zcela samostatně. Větší pozornost byla věnována klientům, kteří měli potíže s polykáním, strava jim byla podávána kašovitá, jedli za dohledu sester. Jedné z klientek byla strava podávána sondou (PEG) přímo do žaludku za pomoci Janettovy stříkačky. Sestry prokázaly dovednosti i při tomto způsobu podávání stravy, při kterém je nutno dodržovat určité zásady. Patří mezi ně např. podávání stravy v pravidelných intervalech během dne, v noci je ponechán žaludek v klidu. Další zásady, které sestry dodržovaly, jsou popsány v časopise *Sestra* (Zatloukalová, 2011). Patří mezi ně například nutnost odložení podávání stravy, jestliže je podezření, že předchozí dávka se ještě nachází ve zvýšeném množství v žaludku. Tekutiny byly klientům aktivně nabízeny, nalévány do hrnečků, eventuálně do kojeneckých lahví, dle jejich přání.

Z kazuistik dále vyplynulo, že klienti po CMP mají potíže při vyprazdňování moči a stolice. PMK mělo zavedeno 5 klientů, plenkové kalhotky byly trvale používány u 5 klientů, 1 klientka vyžadovala plenkové kalhotky pro občasnou inkontinenci pouze

na noc. Trvale kontinentní byli 4 klienti, chodili na WC, 3 z nich občas v noci močili do močové lahve. Při zúčastněném pozorování bylo zjištěno, že 7 z 10 sester poskytuje pomoc klientům po CMP při vyprazdňování. Klientům, kteří byli schopni občas signalizovat nucení na stolicí, některé sestry dopomohly při přesunu na toaletní křeslo nebo na WC. Přednost plenkovým kalhotkám daly 3 sestry. Jako kontrast vidím zjištění, že klienti byli sice spokojeni s poskytovanou péčí v oblasti vyprazdňování, ale při zúčastněném pozorování bylo zjištěno, že není podporována soběstačnost klientů v maximálním možném rozsahu.

Zajímavým zjištěním bylo, že se u 9 z 10 klientů po CMP vyskytovaly problémy s pohyblivostí různého druhu, přes zhoršenou pohyblivost na lůžku, zhoršenou schopnost se přemístit, po zhoršenou pohyblivost v oblasti chůze. Postupně samostatnou chůzi zvládali 2 klienti včetně chůze do schodů, 4 klienti se znovu učili chodit za pomoci chodítka, 3 klienti nevydrželi samostatně sedět i přes opakované pokusy o vertikalizaci. U klientů po CMP je vhodné umístit noční stolek na postiženou stranu a z této strany ke klientům také přistupovat z důvodu otáčení se klienta na tuto stranu, což napomáhá jeho zotavení. V rámci ankety 6 sester z 10 dobře popsalo uspořádání pokoje u klientů s CMP a zároveň věděly, z které strany se ke klientům po CMP přistupuje, a toto uměly zdůvodnit. Zásady polohování klientů po CMP dobře popsalo rovněž 6 sester z 10. Při pozorování sester se ukázalo, že všech 10 sester se aktivně zapojilo do rehabilitační péče u klientů po CMP, ale některé z nich nedodrží pravidla stanovená pro klienty po CMP. Zásady správného polohování u klientů po CMP dodržovalo 6 sester, ze správné strany ke klientům rovněž přistupovalo pouze 6 sester. V rámci rehabilitačního ošetřovatelství sestry velmi úzce spolupracovaly s rehabilitační pracovníci. Někteří z klientů se postupně naučili samostatně se posazovat na lůžku za pomoci žebříčku, postupně se samostatně přemístili do křesla, které bylo postaveno u lůžka. Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že klienti byli spokojeni s poskytovanou péčí v oblasti mobility, postupně se jejich stav v průběhu hospitalizace zlepšoval, což se odrazilo i na jejich psychickém stavu a na jejich aktivní spolupráci. Z výše popsaného zjištění vyplývá, že u klientů po CMP je nutno intenzivně se zaměřit na péči

v oblasti mobility, což je i v souladu s článkem v časopise Florence (Nedvědová, 2007), ve kterém je tato problematika popisována.

Na základě výše uvedeného šetření bylo zjištěno, že u klientů po CMP se velmi často vyskytuje zhoršená verbální komunikace, klienti mají poškozenou paměť a porušené myšlení. Klienti jsou velmi často odkázáni na pomoc při stravování, vyprazdňování, hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku. Dále se u klientů často vyskytuje zhoršená pohyblivost, mají problémy s chůzí a s tím souvisí riziko pádů.

Tímto byla získána odpověď na výzkumnou otázku, která zní: Jaká existují specifika ošetrovatelské péče o klienty po CMP? Mezi tato specifika ošetrovatelské péče patří péče o výživu a příjem tekutin, péče o vyprazdňování moči a stolice, péče o hygienu včetně oblékání a úpravu zevnějšku, péče o mobilitu se zaměřením na rehabilitaci a podporu soběstačnosti a péče o komunikaci.

Výsledky zúčastněného pozorování jsou shrnuty v popisu tabulky 1 a výsledky z ankety v popisu tabulky 2.

V rámci shrnutí praktických dovedností bylo zjištěno, že sestry umí poskytovat klientům pomoc při příjmu stravy a tekutin, aktivně se zapojují do rehabilitační péče ve spolupráci s rehabilitační pracovníci a velmi dobře spolupracují s rodinnými příslušníky klientů po CMP. Jako kontrast mi přijde zjištění, že se sestry sice aktivně zapojují do rehabilitační péče, ale přitom některé z nich přistupují ke klientům z nesprávné strany a nedodržují zásady správného polohování. Určité nedostatky také vyplynuly ze zúčastněného pozorování sester při poskytování hygienické péče, kdy některé sestry často raději klienty umyjí samy. Tím se dostávám k otázce podpory soběstačnosti klientů, která mi přijde nedostačující. Tímto způsobem sestry sice provedou ošetrovatelskou péči rychleji, ale zároveň nepodporují soběstačnost klientů v maximálním možném rozsahu. Tím se mnohdy zbytečně prodlužuje jejich závislost na druhých a často to má negativní dopad na psychiku nemocných. V rámci pozorování bylo zjištěno, že pouze 6 sester podporuje u klientů po CMP maximálně jejich soběstačnost. Problematika podpory soběstačnosti je popsána v časopise Florence (Nedvědová, 2007) a je v souladu se zjištěnou skutečností. Týká se to i problematiky vyprazdňování, kdy některé ze sester dají raději přednost plenkovým kalhotkám, než by

pomohly klientům na toaletu nebo na toaletní křeslo. Pro klienty je často ponižující vyprazdňovat se do plenkových kalhotek a v některých případech se to odrazí i na psychice a spolupráci klientů. Ze zúčastněného pozorování vyplývá, že jsou určité nedostatky v poskytování komplexní ošetrovatelské péče klientům po CMP.

Na základě odpovědí teoretických znalostí můžeme konstatovat, že všechny dotazované sestry umí charakterizovat onemocnění cévní mozková příhoda a umí popsat zásady první pomoci při tomto onemocnění. V kontrastu je zjištění, že 5 sester neumí popsat možnosti prevence CMP, a jen 6 sester z 10 dokázalo dobře vyjmenovat varovné příznaky iktu. Zajímavé zjištění přinesly otázky typu fatických poruch a zásad komunikace, které správně popisovaly pouze 4 z dotazovaných sester. Z dalších otázek, které se týkaly uspořádání pokoje, přístupové strany ke klientovi a zásad správného polohování, správně odpovědělo 6 sester. Jejich odpovědi byly v souladu s informacemi uváděnými v knize „Rehabilitace po cévní mozkové příhodě“ (WHO, 2004), která je jakýmsi průvodcem nejen pro rehabilitační pracovníky. Sestry dovedou velmi dobře popsat problematiku podávání stravy klientům včetně řešení příjmu stravy a tekutin při poruchách polykání. Toto se potvrdilo i během zúčastněného pozorování, kdy bylo zjištěno, že všechny sestry poskytují klientům po CMP dopomoc při příjmu stravy a tekutin.

Shrnutím praktických dovedností a teoretických znalostí byla získána odpověď na výzkumnou otázku, která zní: Má ošetrovatelský personál potřebné znalosti pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o klienty po CMP? Bylo zjištěno, že ošetrovatelský personál má omezené znalosti o CMP. Největší nedostatky byly zjištěny v oblasti zásad komunikace a znalostí fatických poruch u klientů po CMP. Omezené znalosti byly zjištěny v oblasti přístupové strany ke klientům po CMP, uspořádání pokoje a zásad správného polohování. Nedostatky v teoretických znalostech by bylo vhodné odstranit např. doporučením odborné literatury, eventuálně uspořádáním semináře, během kterého by sestry znalosti ohledně problematiky CMP získaly nebo si je obnovily. Při hledání literatury se mi nepodařilo nalézt žádnou knihu zaměřenou speciálně na problematiku ošetrovatelské péče o klienty po CMP.

## 6. Závěr

Problematika onemocnění cévní mozkovou příhodou se týká samotného klienta, jeho rodiny a v neposlední řadě celé společnosti. Výskyt cévních mozkových příhod se posouvá stále více do nižších věkových ročníků. Vlivem současné situace ve zdravotnictví, kdy je velký tlak na akutní lůžka, jsou klienti po CMP na akutním lůžku neurologických oddělení hospitalizováni po velmi omezenou dobu, která je nedostačující pro celkové zotavení se z nemoci. Z tohoto důvodu jsou stále častěji překládáni na oddělení následné péče k rehabilitaci a doléčení. Postupně vznikají oddělení následné péče, na kterých jsou soustředěni klienti po CMP. Péče o tyto klienty je velmi náročná a měla by být poskytována multidisciplinárním týmem. Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na popis cévních mozkových příhod včetně varovných příznaků, rizikových faktorů, poskytnutí první pomoci, prevence a léčby CMP, dále na problematiku ošetrovatelské péče.

Cílem práce bylo zjistit, jaké teoretické znalosti a praktické dovednosti jsou nutné u sestry při poskytování ošetrovatelské péče o klienty po CMP. Před samým začátkem tohoto šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Jaká existují specifika ošetrovatelské péče o klienty po CMP? Druhá výzkumná otázka: Má ošetrovatelský personál potřebné znalosti pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o klienty po CMP?

Na základě informací, které byly shrnuty do kazuistik, bylo zjištěno, jaká existují specifika ošetrovatelské péče o klienty po CMP. Na konci kazuistik byly stanoveny nejdůležitější ošetrovatelské problémy, které byly následně zpracovány do tabulky (Příloha 12). Klienti po CMP potřebují dopomoc především v oblasti mobility se zaměřením na rehabilitační péči, dopomoc při příjmu stravy a tekutin, dopomoc při vyprazdňování, hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku. Pozornost by měla být věnována i problematice poskytování logopedické péče klientům po CMP, ta je ze strany sester nedostačující.

V otázce, zda má ošetrovatelský personál potřebné znalosti a dovednosti pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o klienty po CMP, bylo zjištěno, že existují určité nedostatky jak v teoretických znalostech problematiky CMP, tak



v praktických dovednostech poskytované ošetrovatelské péče o tyto klienty. V oblasti teoretických znalostí byly zjištěny nedostatky především v oblasti přístupové strany ke klientům po CMP, v popsání uspořádání pokoje. Největší nedostatky byly zjištěny v problematice vyjmenování fatických poruch a následně v popsání zásad komunikace s klienty s afázií. V oblasti praktických dovedností byly zjištěny nedostatky v oblasti logopedické péče. Sestry se do této péče téměř nezapojují, nepřizpůsobují způsob komunikace s klienty po CMP jejich fatické poruše. Soběstačnost u klientů není podporována v maximálním možném rozsahu. Na druhé straně se však sestry aktivně zapojují do rehabilitační péče, celkem dobře poskytují pomoc při příjmu stravy, tekutin, vyprazdňování, hygienické péči. Velmi dobře spolupracují s rodinnými příslušníky.

Výsledky tohoto šetření nelze široce generalizovat, přesto mohou být prospěšné. Na základě výše uvedených informací lze konstatovat, že cíl bakalářské práce byl splněn. Výsledky této práce budou využity ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o klienty po CMP. Vedení Nemocnice následné péče v Humpolci bylo nakloněno ke zpracování této problematiky mimo jiné i z důvodu představy zaměření komplexní péče na klienty po cévní mozkové příhodě na jednom oddělení a tím vytvoření specializovaného pracoviště. Výsledky této práce budou podnětem k uskutečnění semináře, na kterém budou sestry blíže seznámeny s problematikou cévních mozkových příhod. Získané poznatky budou následně využity při odborném zaškolení ošetrujícího personálu se zaměřením na zjištěné nedostatky. Výstupem bakalářské práce je vložka do ošetrovatelské dokumentace - Plán ošetrovatelské péče s důrazem na nejčastější ošetrovatelské problémy v oblasti sebepéče, které se vyskytují u klientů po CMP (Příloha 13).

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. AMBLER, Z. *Základy neurologie: Učebnice pro lékařské fakulty*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Galén a vyd. Univerzita Karlova v Praze: Karolinium, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4 (Galén), ISBN 80-246-1258-5 (Univerzita Karlova v Praze).
2. BERLIT, P. *Memorix neurologie*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2007. 464 s. ISBN 978-80-247-1915-3.
3. BLÁHOVÁ, L. Trombolýza – léčba akutní ischemické CMP. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2010, roč. 6, č. 1, s. 18-19. ISSN 1801-1349.
4. CSÉFALVAY, Z. a kol. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-316-1.
5. ČEŠKA, Richard. *Prevence cévních mozkových příhod*. Medical Tribune [online]. 30. 11. 2010 č. 4, [cit. 2011-11-05]. Dostupné z WWW: <[www.tribune.cz/clanek/20245-prevence-cevnych-mozkovych-prihod](http://www.tribune.cz/clanek/20245-prevence-cevnych-mozkovych-prihod)>.
6. DOHNÁLEK, Jan. [www.ictus.cz](http://www.ictus.cz) [online]. 2009 [cit. 2011-11-05]. *Afatický slovník*. Dostupné z WWW: <<http://www.ictus.cz/co-je-cmp-a-co-delat/afaticky-slovník>>.
7. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie: učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. 2. přepracované a doplněné vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
8. FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
9. GUČKOVÁ, M. Práce sestry na neurologii. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2009, roč. 5, č. 2, s. 15. ISSN 1801-1349.
10. KALINA, M. a kol. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

11. KALINA, M. Cévní mozková příhoda. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2009, roč. 5, č. 1, s. 21-22. ISSN 1801-1349.
12. KALITA, Z. *Akutní cévní mozkové příhody: Příručka pro osoby ohrožené CMP, jejich rodinné příslušníky a známé*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 39 s. ISBN 978-80-204-2093-0.
13. KUNZ, Vladimír. *Léčba mozkových výdutí* [online]. 13. 9. 2006 [cit. 2011-11-14]. Dostupné z WWW: <[www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/nervovy-system/139-lec](http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/nervovy-system/139-lec)>.
14. LAURENČÍKOVÁ, E. Ošetrovatelská péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion, 2007, roč. 3, č. 2, s. 66-67. ISSN 1801-1349.
15. LOVE, R., WEBB, W. *Mozek a řeč: Neurologie nejen pro logopedy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 376 s. ISBN 978-80-7367-464-9.
16. McCracken, T. *Nový atlas anatomie člověka*. Praha: Columbus, 2002. 239 s. ISBN 80-7249-014-1.
17. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
18. MLČOCH, Zbyněk. *Cévní mozková příhoda, mrtvice - léčba* [online]. [cit. 2011-11-05]. Dostupné z <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/cevni-mozkova-prihoda-mrtvice-lecba>
19. NEDVĚDOVÁ, M., PÁTKOVÁ, O. Komplexní rehabilitační péče o pacienta po CMP. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. 3, č. 1, s. 18-19. ISSN 1801-464X.
20. POWEL, T. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeutu, rodinné příslušníky a pacienty*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
21. SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

22. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
23. SILBERNAGL, S., LANG, F. *Atlas patofyziologie člověka*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2001. 404 s. ISBN 80-7169-968-3.
24. SPENCE, D. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 255 s. ISBN 978-80-7387-058-4.
25. ŠEBLOVÁ, J. a kol. Akutní cévní mozkové příhody jako emergentní stav. *Urgentní medicína*. České Budějovice: Mediprax, 2009, roč. 12, č. 3, s. 21-26. ISSN 1212-1924.
26. TICHÁČEK, M., ŠEBLOVÁ, J. Přednemocniční péče o pacienty s akutním mozkovým infarktem, indikovanými k trombolytické léčbě. *Urgentní medicína*. České Budějovice: Mediprax, 2009, roč. 12, č. 2, s. 34-35. ISSN 1212-1924.
27. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
28. TYRLÍKOVÁ, I. a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
29. WHO. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.
30. ZATLOUKALOVÁ, I. Řešení poruchy polykání u nemocných s CMP. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 21, č. 1, s. 54-56. ISSN 1210-0404.
31. ZRNO, Petr. *Mozková příhoda* [online]. 27. 11. 2007 [cit. 2011-11-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/nervovy-system/161-mozkova-prihoda/>>.

## **8. Klíčová slova**

Cévní mozková příhoda

Rizikové faktory

Varovné příznaky

Mozek

Ošetrovatelská péče

## **9. Přílohy**

Příloha č. 1 Glasgow scóre

Příloha č. 2 NIHSS skóre

Příloha č. 3 Barthelův test základních všedních činností ADL

Příloha č. 4 Skórovací systém vyhodnocení rizika vzniku proleženin podle Nortonové

Příloha č. 5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Bradena

Příloha č. 6 Ukázky polohování a posazování

Příloha č. 7 Ukázky z afatického slovníku

Příloha č. 8 Užitečné kontakty pro osoby po CMP

Příloha č. 9 Struktura rozhovoru s klienty

Příloha č. 10 Záznamový arch na zúčastněné pozorování

Příloha č. 11 Anketní otázky

Příloha č. 12 Nejčastější ošetrovatelské problémy

Příloha č. 13 Plán ošetrovatelské péče

## Příloha 1 Glasgow coma scale

### Glasgow coma scale (GCS)

(Podle: Teasdale G., Jennett B. /1976/, Assessment of coma and impaired consciousness, Acta Neurochir. /Wien/ 34, s. 45)

		Body
Otvírání očí	Spontánní	4
	Na vybídnutí	3
	Na bolestivý podnět	2
	Chybí	1
Verbální reakce	Orientuje se	5
	Zmatený	4
	Jednotlivá slova	3
	Pouze zvuky	2
	Chybí	1
Motorická odpověď	Následuje po vyzvání	6
	Cílená reakce na bolest	5
	Úhybové mechanizmy	4
	Atypické úhybové reakce	3
	Úlekové mechanizmy	2
	Chybí	1
Maximální počet bodů		15
Minimální počet bodů		3

### Glasgow outcome scale

(Podle: Jennett B., Bond M. /1975/, Assessment of outcome after severe brain damage. Lancet, s. 480–484)

- 1. Úmrtí (bez znovunabytí vědomí po mozkové lézi)**
- 2. Apalický syndrom (coma vigile, vegetativní stav) – s pacientem nelze navázat spojení, otevřené oči, vegetativní funkce intaktní**
- 3. Těžké postižení: pacient je odkázán na pomoc třetí osoby pro tělesné a/nebo duševní postižení**
- 4. Střední postižení: pacient je s různými pomůckami v běžném životě nezávislý, může používat veřejnou dopravu, pracovat v chráněných dílnách – je ale zřetelně postižen**
- 5. Lehké postižení: návrat do normálního života s lehkými neurologickými výpadky**

Zdroj:

BERLIT, P. *Memorix neurologie*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2007. s. 293. ISBN 978-80-247-1915-3.

## Příloha 2 NIHSS skóre

### CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA V MEDICÍNSKÉ PRAXI

### 3. NIHSS skóre (podle doporučení Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti, 2003)

NIHSS	Jméno	Rodné číslo				
		Hodnocení	PŘIJETÍ	2 HOD	24 HOD	72 HOD
<b>Datum</b>						
<b>1a. Úroveň vědomí</b> zvolit takový testovací impuls, aby obešel případné překážky (otrach, trauma, jazyk, bariera, intubace), testuje se vždy.	0 - plně při vědomí, spolupracující 1 - spavý, po mírné stimulaci poslechne, odpoví 2 - opakovaná stimulace k pozornosti, sopor 3 - koma (reflexní či žádná odpověď)					
<b>1b. Slovní odpovědi</b> ptáme se na věk pacienta a měsíc počítá se první a pouze zcela správná odpověď, bez nápodob.	0 - obě odpovědi zcela správně 1 - jedna správně, těžká dysarthrie či jiná bariera (OTI) 2 - obě špatně, afázie, kóma					
<b>1c. Vyhovění výzvam</b> požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.	0 - oba úkony správně 1 - jeden úkol správně 2 - žádný správně, kóma					
<b>2. Okulomotorika</b> testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (šlepotu, bandáž, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování). Testujeme i pac. v komatu.	0 - bez patologie 1 - izol. paresa okohybného nervu, deviace či pohledová paresa postlažetelná DC manévry 2 - nepotažitelná deviace či pohledová paresa					
<b>3. Zorné pole</b> vysvětlovat i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mrkacích reflexů.	0 - bez postižení 1 - částečná hemianopsie, fenomén extinkce 2 - kompletní hemianopsie 3 - oboustranná hemianopsie (šlepotu, včetně kortikální šlepoty)					
<b>4. Faciální paresa</b> Centrální zub, zavření očí, elevace obočí.	0 - symetrický pohyb, bez postižení 1 - lehká paresa (např. asymetrie NL rýhy) 2 - úplná nebo částečná paréza dolní větve centrální paresa 3 - kompletní (perif.) paréza uni- či bilaterální, kóma					
<b>5. a 6. Motorika</b> HKK do 90 st v sedě resp. 45 st. více DKK do 30 st, kolísání na HKK je tehdy, pokud klesá dříve než za 10 sekund a na DKK dříve než za 5 sekund. Testují se všechny končetiny. 9 se uděluje při jiném postižení končetiny - vysvětlit.	0 - bez kolísání 1 - kolísání nebo pokles, bez úplného pádu na podložku 2 - určitý pohyb proti gravitaci, neudrží nad podložkou 3 - pohyb po podložce 4 - šlepie, bez pohybu koma (pro všechny konč.) 9 - amputace, ankylóza a/až jiné patologie, nálezu nesouvisející s příhodou	LHK PHK LDK PDK				
<b>7. Ataxie končetin</b> testování prst-nos-prst na HKK a na DKK pato-šlepotu. Nehodnotí se u pac., který nerozumí. U šlepičích nos-natažená HK. V komatu, při plnoči atd. se hodnotí 0.	0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paresy, koma. 1 - na jedné končetině 2 - přítomna na více končetinách 9 - amputace, ankylóza aj.					
<b>8. Senzitivita</b> obouhř se osvojilým předmětem, u nespolupracujících algickým podnětem (úlnková reakce, grímase). Koma hodnotíme 2.	0 - bez poruchy čítí 1 - lehká a střední porucha sense (hypestazie, hypalgezie) 2 - těžká porucha sense až anestazie uni, či bilat. kóma.					
<b>9. řeč</b> testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA, DĚRUJ, ELEKTRINA, FOTBALOVÝ MÍČ Vše jak došlo na zem, jsem už z práce doma. Popis obrázku.	0 - bez afázie 1 - lehká fatická porucha, lze porozumět 2 - těžká fatická porucha 3 - globální afázie, mutismus, kóma					
<b>10. Dysartrie</b> Při fatické poruše hodnotíme výlovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).	0 - nepřítomna 1 - setřelá řeč, je mu rozumět 2 - výrazně setřelá výlovnost, není rozumět, mutismus, kóma 9 - intubace, jiná bariera					
<b>11. Neglect</b> Použij simulánní stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.	0 - nepřítomen 1 - neglektuje 1 kvalitu, anosognozie 2 - neglektuje více jak 1 kvalitu, kóma.					
<b>CELKOVÉ NIHSS</b>						
<b>12. Distanční motorika nezapočítává se do celkového skóre</b> Testujeme extenzi rukou a prstů HKK v předpažení. Pouze první odpověď.	0 - extenzuje plně na 5 sekund 1 - schopen částečné extenze po 5 sekund 2 - žádná extenze po 5 sekund. Koma	Levá HK Pravá HK				
<b>Vyšetřující</b>						

Zdroj:

KALINA, Miroslav a kol. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. s. 226. ISBN 978-80-7387-107-9.



### Příloha 3 Barthelův test základních všedních činností

Tab. č. 7: Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

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

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

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

Zdroj:

TRACHTOVÁ, Eva. A kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. s. 23. ISBN 80-7013-324-4.

## Příloha 4 Skórovací systém vyhodnocení rizika vzniku proleženin podle Nortonové

Tab. 2.1 Skórovací systém vyhodnocení rizika vzniku proleženin podle Nortonové

schopnost spolupráce	věk	pokožka	další onemocnění podle odp. stupně	fyzický stav	psychický stav	aktivita	mobilita		inkontinence
							4	3	
úplná	< 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 čilý	4 chodící	4 plná	4 žádná	4
malá	< 30	3 alergie	3 diabetes, teplota, anemie	3 velku dobrý	3 apatický	3 chodící s dopomocí	3 mírně omezená	3 občasná	3
částečná	< 60	2 vlhká	2 kachexie, ucpaní tepen	2 špatný	2 zmatený	2 sedící	2 velmi omezená	2 inkontinence moče	2
žádná	< 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 stimulý	1 ležící	1 nepohyblivý	1 inkontinence moče a stolice	1

**Celkové bodové hodnocení K/P:**

Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

**Datum:**

Zdroj:

MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. s. 46. ISBN 80-247-1442-6.

## Příloha 5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Bradena

Tab. 2.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Bradena (1992)

<i>body</i>	<i>senzitivní vnímání</i>	<i>vlhkost pokožky</i>	<i>aktivita</i>	<i>mobilita</i>	<i>výživa</i>	<i>tření a střížná síla</i>
1	úplně omezené	stále vlhká	trvale na lůžku	úplně imobilní	velmi chudá	problém
2	velmi omezené	často vlhká	trvale na vozíku	velmi omezená	pravděpodobně nepřiměřená	potencionální problém
3	lehce omezené	občas vlhká	občasná chůze	lehce omezená	přiměřená	bez problému
4	neporušené	zřídka vlhká	častá chůze	bez omezení		skvělá

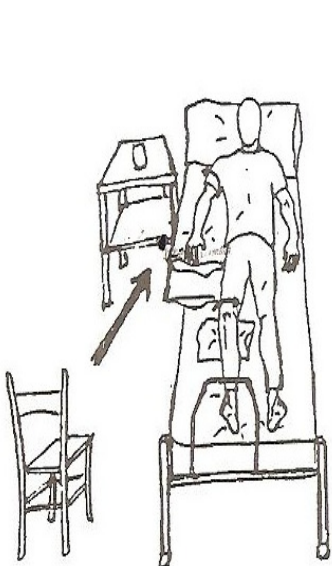
Celkové bodové hodnocení K/P:  
16 a méně = RIZIKO

Datum:

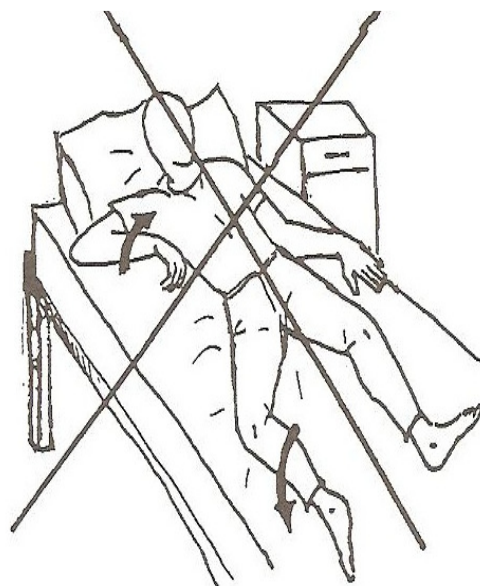
Zdroj:

MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* 1. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. s. 50. ISBN 80-247-1442-6.

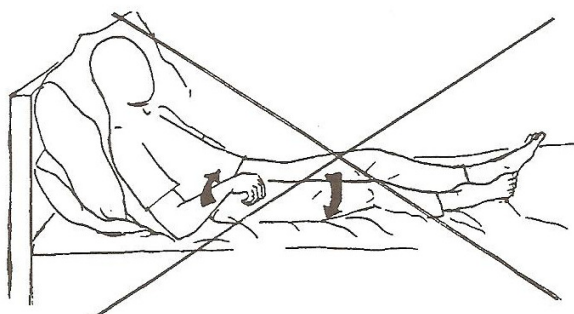
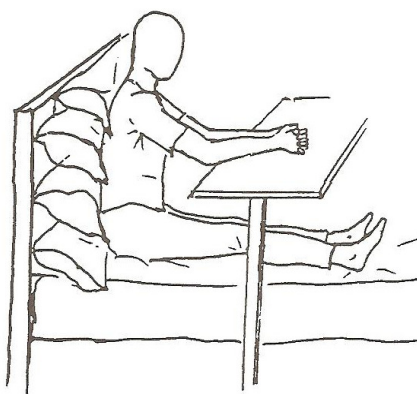
## Příloha 6 Ukázky polohování a posazování

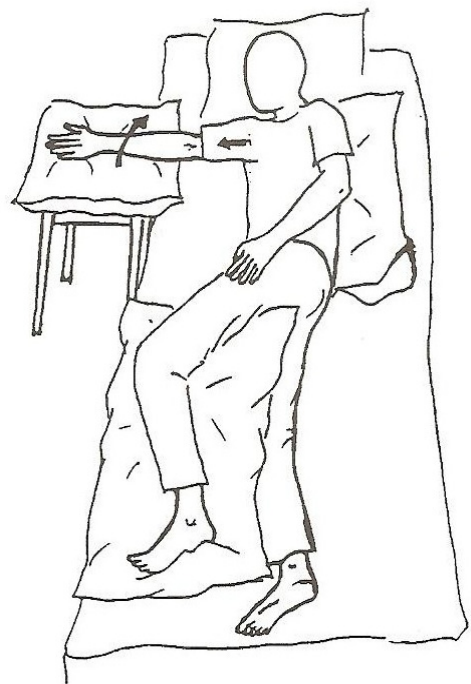
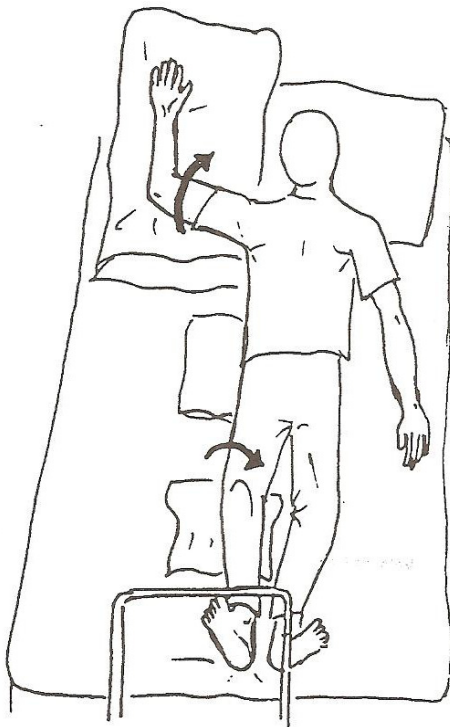
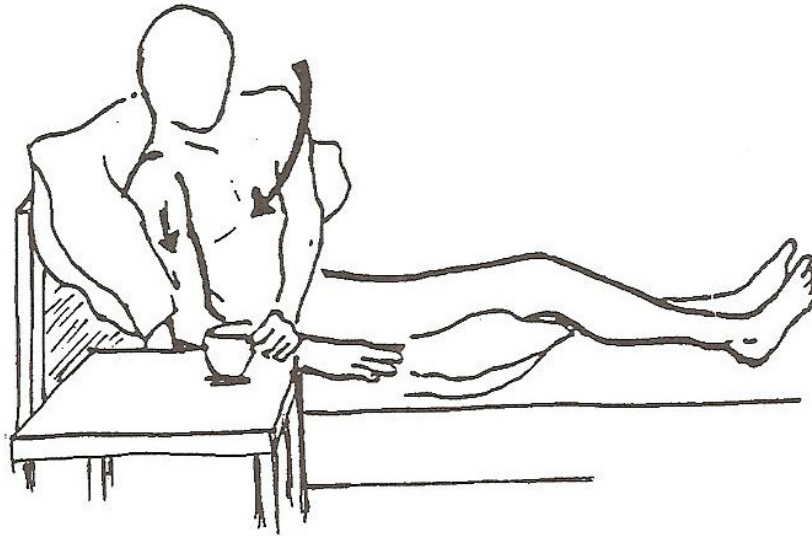


SPRÁVNĚ



ŠPATNĚ





Zdroj:




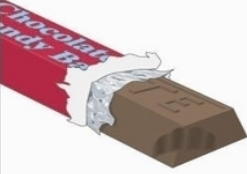


WHO. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. s. 21, 25, 29, 32, 35. ISBN 80-247-0592-3.

## Příloha 7 Ukázky z afatického slovníku





### Podstatná jména

 <p>TELEVIZE televize <i>televize</i></p>	 <p>RÁDIO rádio <i>rádio</i></p>	 <p>OBRÁZEK obrázek <i>obrázek</i></p>	 <p>ZRCADLO zrcadlo <i>zrcadlo</i></p>
 <p>KOHOUTEK kohoutek <i>kohoutek</i></p>	 <p>UMYVADLO umyvadlo <i>umyvadlo</i></p>	 <p>VANA vana <i>vana</i></p>	 <p>ZÁCHOD záchod <i>záchod</i></p>

### Přídavná jména

 <p>HOŘKÝ hořký <i>bořký</i></p>	 <p>KYSELÝ kyselý <i>kyselý</i></p>	 <p>HORKÝ horký <i>bořký</i></p>	 <p>STUDENÝ studený <i>studený</i></p>
 <p>SLANÝ slaný <i>slaný</i></p>	 <p>SLADKÝ sladký <i>sladký</i></p>	 <p>PLNÝ plný <i>plný</i></p>	 <p>PRÁZDNÝ prázdný <i>prázdný</i></p>

## Slovesa

 <p>JDE jde jde</p>	 <p>BĚŽÍ běží běží</p>	 <p>CVIČÍ cvičí cvičí</p>	 <p>LETÍ letí letí</p>
 <p>LEZE leze leze</p>	 <p>LEŽÍ leží leží</p>	 <p>KLEČÍ klečí klečí</p>	 <p>HLADÍ hladí hladí</p>

## Situace



## Zdroj:

DOHNÁLEK, Jan. [www.ictus.cz](http://www.ictus.cz) [online]. 2009 [cit. 2011-11-05]. *Afatický slovník*. Dostupné z WWW: <<http://www.ictus.cz/co-je-cmp-a-co-delat/afaticky-slovník>>.

## **Příloha 8 Užitečné kontakty pro osoby po CMP**

Sdružení CMP

U Michelského lesa 366

telefon: 241 721 518, 776 721 519

e-mail: [scmpa@volny.cz](mailto:scmpa@volny.cz)

[www.sdruzenicmp.cz](http://www.sdruzenicmp.cz)

Neurologické a rehabilitační centrum – denní stacionář pacientů po CMP

V Benátkách 1750

149 00 Praha 11

telefon: 267 913 969

e-mail: [harmonie.praha@iol.cz](mailto:harmonie.praha@iol.cz), [hareha@iol.cz](mailto:hareha@iol.cz)

CEREBERUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin

Jagellonská 18

130 00 Praha 3

tel: 773 540 589

e-mail: [info@cereberum2007.cz](mailto:info@cereberum2007.cz)

[www.cereberum2007.cz](http://www.cereberum2007.cz), [www.poranenimozku.cz](http://www.poranenimozku.cz)

ICTUS-CLUB

Jan Dohnálek

telefon: 603 500 718

e-mail: [dohnalek@ictus.cz](mailto:dohnalek@ictus.cz)

[www.ictus.cz](http://www.ictus.cz)



Dílny tvořivosti

V Pevnosti 4

128 41 Praha 2

telefon: 241 083 273, 608 246 112

e-mail: [dilny\\_tvorivosti@seznam.cz](mailto:dilny_tvorivosti@seznam.cz)

[www.dilnytvorivosti.cz](http://www.dilnytvorivosti.cz)

Zdroj:

FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. české vyd. Praha: Galén, 2007. s. 188. ISBN 978-80-7262-428-7.

POWEL, T. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 195 – 197. ISBN 978-80-7367-667-4.

## **Příloha 9 Struktura rozhovoru s klienty**

### ***Základní údaje o klientce/klientovi***

- Pohlaví
- Věk
- Den hospitalizace
- Diagnóza

### ***Podpora zdraví***

- Víte, jaký typ CMP jste prodělal/la?
- Jedná se o první nebo opakovanou příhodu?
- Znal/la jste varovné příznaky iktu?
- Za jak dlouho jste se dostal/la do nemocnice?
- Jak dlouho jste byl/la hospitalizována na akutním lůžku?
- Byl/la jste seznámena se způsobem léčby v naší nemocnici?

### ***Výživa***

- Máte potíže s polykáním?
- Můžete popsat Váš typický denní příjem potravy?
- Můžete popsat Váš typický denní příjem tekutin?
- Jak byste popsal/la stav kůže?

### ***Vylučování a výměna***

- Můžete popsat vyprazdňování stolice?
- Můžete popsat vyprazdňování moči?

### ***Aktivita - odpočinek***

- Můžete popsat Váš spánek?
- Jaké máte obtíže?
- S čím potřebujete pomoci?
- Jak jste spokojen/na s nácvikem soběstačnosti?
- Jak jste spokojen/na se způsobem rehabilitace?
- Je Vám umožněno docházet na ergoterapii?

### ***Vnímání – poznávání***

- Máte potíže se sluchem
- Máte potíže se zrakem?
- Jak jste spokojen/na se způsobem komunikace, přizpůsobily sestry komunikaci Vaší fatické poruše?
- Jste v péči logopeda?
- Byl/la jste poučena o svém stavu?
- Schází Vám další informace?

### ***Vnímání sebe sama***

- Jak se cítíte? Jak se Vám daří?
- Změnil se nějakým způsobem Váš tělesný vzhled nebo se omezila činnost, kterou nemůžete vykonávat? Jaké důsledky to pro Vás má?
- Jak prožíváte současnou situaci?
- Existuje něco, co Vás zneklidňuje? Máte obavy, stres, úzkost?

### ***Vztahy***

- Kde a s kým bydlíte?
- Jak rodina prožívá Vaši nemoc a hospitalizaci?
- Podporuje Vás Vaše rodina?
- Jsou Vám umožněny návštěvy?
- Jak vidíte spolupráci sester s rodinou?
- Jak byste popsal/la přístup a chování sester k Vaší osobě?

### ***Sexualita***

- Počet těhotenství u žen
- Problémy s prostatou u mužů.

### ***Zvládání zátěže – odolnost proti stresu***

- Vyskytla se v poslední době nějaká větší změna ve Vašem životě, kterou byste označil/la za krizi?
- Od koho očekáváte pomoc?

### ***Životní princip***

- Jaké plány máte do budoucna?
- Jste věřící? Máte nějaké přání ohledně poskytnutí náboženské služby?

### ***Bezpečnost – ochrana***

- Má klient/ka zavedenou PŽK, PMK ?
- Má klient/ka porušenou kožní integritu ve smyslu proleženiny?
- Stalo se vám, že jste někdy spadl/la?
- Trpíte nějakou formou alergie?

### ***Komfort***

- Bolí Vás něco?

### ***Růst – vývoj***

- Výška, váha, BMI

***Chcete mi ještě sdělit nějaké pro Vás důležité informace?***

Zdroj: vlastní

## Příloha 10 Záznamový arch na zúčastněné pozorování

Oblasti zúčastněného pozorování	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6	Sestra 7	Sestra 8	Sestra 9	Sestra 10
Přistupuje sestra ke klientům po CMP ze správné strany.										
Přizpůsobuje sestra způsob komunikace s klienty po CMP jejich fatické poruše.										
Poskytuje sestra klientům po CMP domopoc při příjmu stravy a tekutin.										
Poskytuje sestra klientům po CMP domopoc při vyprazdňování.										
Provádí sestra u klientů po CMP správně hygienickou péči.										
Podporuje sestra u klientů po CMP maximálně jejich soběstačnost.										
Dodržuje sestra zásady správného polohování u klientů po CMP.										
Zapojuje se sestra aktivně do rehabilitační péče u klientů po CMP.										
Zapojuje se sestra aktivně u klientů po CMP do logopedické péče.										
Spolupracuje sestra s rodinnými příslušníky klientů po CMP.										

Zdroj: vlastní

## **Příloha 11 Anketní otázky**

Umí sestra charakterizovat CMP?

Umí sestra popsat možnosti prevence CMP?

Umí sestra vyjmenovat varovné příznaky CMP?

Umí sestra popsat zásady poskytnutí první pomoci u CMP?

Umí sestra vyjmenovat typy fatických poruch včetně projevů?

Umí sestra popsat zásady komunikace u klientů s Brockovou a Wernickeho afázií?

Umí sestra popsat zásady podávání stravy u klientů po CMP?

Umí sestra popsat uspořádání pokoje u klientů po CMP?

Umí sestra popsat, z které strany se přistupuje ke klientům po CMP a toto zdůvodnit?

Umí sestra popsat zásady polohování klientů po CMP?

Zdroj: vlastní

## Příloha 12 Nejčastější ošetrovatelské problémy

NÁZEV OŠETŘOVATELSKÉHO PROBLÉMU	POČET KLIENTŮ
00051 Zhoršená verbální komunikace	9
00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně	8
00131 Poškozená paměť	7
00088 Porušená chůze	6
00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku	6
0004 Riziko infekce	6
00102 Deficit sebeděče při jídle	6
00155 Riziko pádů	5
00130 Porušené myšlení	5
00021 Úplná inkontinence moči	5
00014 Inkontinence stolice	5
00085 Zhoršená pohyblivost	4
00090 Zhoršená schopnost se přemístit	4
00103 Porušené polykání	4
00110 Deficit sebeděče při vyprazdňování	3
00121 Porušená identita	3
00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku	2
00046 Porušená kožní integrita	2
00095 Porušený spánek	2
00040 Riziko imobilizačního syndromu	2
00132 Akutní bolest	1
00118 Porušený obraz těla	1
00078 Neefektivní léčebný režim	1
00128 Akutní zmatenost	1
00028 Riziko deficitu tělesných tekutin	1

Zdroj: vlastní

### Příloha 13 Plán ošetřovatelské péče

PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE				
ČÍSLO DIAGNÓZY	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	OŠETŘOVATELSKÝ CÍL	OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE	KRITÉRIA - stanoví sestra
00108	Deficit sebedpěče při koupání a hygieně v souvislosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient si udrží schopnost sebedpěče</li> <li>• klient si zvýší schopnost sebedpěče</li> <li>• klient zná způsob pomoci</li> <li>• klient zná způsob externí pomoci</li> <li>• klient si osvojí způsoby umožňující opětovné provádění činností</li> <li>• klient je schopen sebedpěče v rozsahu své funkční úrovně</li> <li>• klient zvládá používání kompenzačních pomůcek</li> <li>• klient je maximálně soběstačný</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zjistí stupeň soběstačnosti klienta do 1 hodiny</li> <li>• zajisti intimitu klienta vždy</li> <li>• zajisti dopomoc při hygieně vždy</li> <li>• prováděj hygienickou péči 2 x denně a dle potřeby</li> <li>• zajisti dopomoc při celkové koupeli dle potřeby</li> <li>• proved' celkovou koupel 1 x týdně a dle potřeby</li> <li>• pečuj o oči, uši a nos pravidelně</li> <li>• prováděj nácvik hygieny denně</li> <li>• pečuj o zuby a zubní protézu 2 x denně a dle potřeby</li> <li>• ved' klienta k maximální soběstačnosti vždy</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	
Datum	projevující se			
Podpis				
00109	Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient si udrží schopnost sebedpěče</li> <li>• klient si zvýší schopnost sebedpěče</li> <li>• klient zná způsob pomoci</li> <li>• klient zná způsob externí pomoci</li> <li>• klient si osvojí způsoby umožňující opětovné provádění činností</li> <li>• klient je schopen sebedpěče v rozsahu své funkční úrovně</li> <li>• klient zvládá používání kompenzačních pomůcek</li> <li>• klient je maximálně soběstačný</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zjistí stupeň soběstačnosti klienta do 1 hodiny</li> <li>• zajisti intimitu klienta vždy</li> <li>• zajisti dopomoc při oblékání dle potřeby</li> <li>• prováděj nácvik oblékání denně</li> <li>• zajisti dopomoc při úpravě zevnějšku dle potřeby</li> <li>• prováděj nácvik úpravy zevnějšku denně</li> <li>• ved' klienta k maximální soběstačnosti vždy</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	
Datum	projevující se			
Podpis				



## ZHODNOCENÍ

Deficit sebepéče  
při koupání a  
hygieně

Deficit sebepéče  
při oblékání a  
úpravě zevnějšku

## PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

ČÍSLO DIAGNÓZY	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	OŠETŘOVATELSKÝ CÍL	OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE	KRITÉRIA - stanoví sestra
00102	Deficit sebezpečí při jídle v souvislosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient si udrží schopnost sebezpečí</li> <li>• klient si zvýší schopnost sebezpečí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zjistí stupeň soběstačnosti klienta do 1 hodiny</li> <li>• umístí jídlo a pití na dosah ruky klienta vždy</li> </ul>	
Datum	.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient zná způsob pomoci</li> <li>• klient zná způsob externí pomoci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zajisti dopomoc při příjmu stravy a tekutin dle potřeby</li> <li>• prováděj nácvik samostatného příjmu stravy a tekutin dle potřeby</li> </ul>	
Podpis	..... ..... ..... ..... .....	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient si osvojí způsoby umožňující opětovné provádění činností</li> <li>• klient je schopen sebezpečí v rozsahu své funkční úrovně</li> <li>• klient zvládá používání kompenzačních pomůcek</li> <li>• klient je maximálně soběstačný</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zajisti krmení a dostatečnou hydrataci dle potřeby</li> <li>• aktivně nabízej tekutiny vždy</li> <li>• ved' klienta k maximální soběstačnosti vždy</li> <li>• pečuj o NG sondu vždy</li> <li>• pečuj o PEG vždy</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	
00110	Deficit sebezpečí při vyprazdňování v souvislosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient si udrží schopnost sebezpečí</li> <li>• klient si zvýší schopnost sebezpečí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zjistí stupeň soběstačnosti klienta do 1 hodiny</li> <li>• zajisti dopomoc při vyprazdňování dle potřeby</li> </ul>	
Datum	.....	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient zná způsob pomoci</li> <li>• klient zná způsob externí pomoci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zajisti nácvik přesunu klienta na toaletní křeslo dle potřeby</li> <li>• sleduj bilanci tekutin dle potřeby</li> <li>• sleduj vzhled moči dle potřeby</li> </ul>	
Podpis	..... ..... ..... .....	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient si osvojí způsoby umožňující opětovné provádění činností</li> <li>• klient je schopen sebezpečí v rozsahu své funkční úrovně</li> <li>• klient zvládá používání kompenzačních pomůcek</li> <li>• klient je maximálně soběstačný</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sleduj vzhled stolice vždy</li> <li>• sleduj střevní peristaltiku a odchod plynů vždy</li> <li>• zajisti intimitu klienta vždy</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	

## ZHODNOCENÍ

Deficit sebepéče při jídle	
Deficit sebepéče při vyprazdňování	

Zdroj: vlastní