

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Jitka Kučerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Jitka Kučerová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY O PACIENTA S CÉVNÍ
MOZKOVOU PŘÍHODOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Dvořáková

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kučerová Jitka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelské postupy o pacienta s cévní mozkovou příhodou

Vedoucí práce: Mgr. Dvořáková Andrea

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované: 37

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: cévní mozková příhoda - ošetrovatelské postupy - rizikové faktory - prevence

Souhrn:

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na anatomii a fyziologii cévního řečiště mozku. Stručně popisuje cévní mozkovou příhodu, její dělení, rizikové faktory, příznaky a léčbu. Dále popisuje přednemocniční, nemocniční a ošetrovatelskou péči. Praktická část je zpracována formou kazuistik u dvou pacientů s cévní mozkovou příhodou, které vycházejí z modelu Marjory Gordonové.

Abstract

Surname and name: Kučerová Jitka

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Nursing procedures for a patient with stroke

Consultant: Mgr. Dvořáková Andrea

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered: 37

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 31

Keywords: stroke - nursing procedures - risk factors - prevention

Summary:

The theoretical part of the thesis is focused on the anatomy and physiology of the vascular bed of the brain. It briefly describes stroke, its division, risk factors, symptoms and treatment. It also describes pre-hospital, hospital and nursing care. The practical part is processed in the form of a case report in two patients with stroke, which is based on the model of Marjory Gordon.

Předmluva

Cílem bakalářské práce je poukázat na závažnost onemocnění cévní mozkové příhody, na nízkou informovanost populace o příznacích a zmapovat ošetrovatelské postupy u pacientů s rozdílným časem dojezdu do zdravotnického zařízení a podáním účinné terapie.

Bylo použito kvalitativní výzkumné šetření formou vypracování dvou kazuistik. Výstupem této práce je vytvoření informačního letáku pro širokou veřejnost o příznacích cévní mozkové příhody.

Poděkování

Děkuji Mgr. Andree Dvořákové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad, materiálních podkladů. Také děkuji své rodině a kolegům za podporu během studia.

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE CÉVNÍHO ZÁSOBENÍ MOZKU.....	13
1.1 Anatomie cévního zásobení mozku.....	13
1.2 Fyziologie cévního zásobení mozku.....	13
2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....	15
2.1 Epidemiologie CMP v číslech.....	15
2.2 Definice CMP.....	15
2.3 Základní dělení CMP.....	15
2.4 Rizikové faktory.....	16
3 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA ISCHEMICKÁ.....	19
3.1 Diferenciace ischemických příhod.....	19
3.1.1 Podle vztahu k tepennému povodí.....	19
3.1.2 Podle časového průběhu.....	19
3.1.3 Podle mechanismu vzniku.....	19
3.2 Klinický obraz.....	20
3.3 Diagnostika.....	20
3.4 Terapie.....	20
3.4.1 Sekundární prevence při ohrožení iktem a u TIA.....	21
3.4.2 Léčba postupujícího iktu.....	21
3.4.3 Léčba dokončeného iktu.....	21
3.5 Rehabilitace.....	21
4 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA HEMORAGICKÁ.....	22
4.1 Intracerebrální krvácení.....	22
4.1.1 Příčiny.....	22
4.1.2 Klinický obraz.....	22
4.1.3 Diagnostika.....	23
4.1.4 Léčba.....	23
4.2 Subarachnoidální krvácení.....	23
4.2.1 Příčiny.....	23
4.2.2 Klinický obraz.....	24
4.2.3 Diagnostika.....	24
4.2.4 Léčba.....	25
5 PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČE.....	26
6 NEMOCNIČNÍ PÉČE.....	27

6.1	Vyšetření.....	27
6.2	Terapie	27
6.3	Prevence a léčba komplikací.....	29
6.4	Následná péče a léčebná rehabilitace.....	29
7	PREVENTIVNÍ PROGRAM	30
8	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	31
8.1	Výživa.....	31
8.2	Sebepéče a soběstačnost	32
8.3	Pohybová aktivita	33
8.4	Komunikace	33
8.5	Jistota a bezpečí	34
8.6	Edukace.....	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	36
9	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
9.1	Hlavní cíl.....	37
9.2	Dílčí cíle.....	37
9.3	Výzkumné otázky	37
10	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	38
11	METODIKA PRÁCE	38
12	ORGANIZACE VÝZKUMU	38
13	KAZUISTIKA 1	39
13.1	Anamnéza.....	39
13.2	Shromažďování dat dle modelu Marjory Gordonové	41
13.3	Průběh hospitalizace.....	43
13.4	Ošetrovatelské diagnózy	46
13.5	Edukační plán.....	48
14	KAZUISTIKA 2	50
14.1	Anamnéza.....	50
14.2	Shromažďování dat dle modelu Marjory Gordonové	52
14.3	Průběh hospitalizace.....	55
14.4	Ošetrovatelské diagnózy	58
14.5	Edukační plán.....	65
	DISKUZE	67
	ZÁVĚR.....	72
	SEZNAM LITERATURY.....	73
	SEZNAM PŘÍLOH	76
	PŘÍLOHY	77

Příloha A - Cévní zásobení mozku	77
Příloha B - NIHSS + Karta CMP Iktové Centrum Karlovy Vary	78
Příloha C – FAST TEST.....	81
Příloha D – BPS.....	82
Příloha E – Hodnotící škály k posouzení soběstačnosti	83
Příloha F – Informační leták.....	84
Příloha G – souhlas s provedením výzkumného šetření.....	85
Příloha H – Informovaný souhlas.....	86
Příloha I – Rešerže.....	87

SEZNAM ZKRATEK

BPS.....	Behavioral Pain Scale
CMP.....	Cévní Mozková Příhoda
CT	Počítačová Tomografie
EKG.....	Elektrokardiograf, Elektrokardiogram
GSC.....	Glasgow Coma Scale
HDL.....	High Density Lipoproteins
CHOPN.....	Chronická Obstrukční Plicní Nemoc
iCMP	Ischemická Cévní Mozková Příhoda
IC.....	Iktové Centrum
i.v.....	intravenózně
JIP.....	Jednotka Intenzivní Péče
KCC.....	Komplexní Cerebrovaskulární Centrum
KKN.....	Karlovarská Krajská Nemocnice
LDL.....	Low Density Lipoproteins
min.....	minuta
mmHg.....	milimetr rtuťového sloupce
MR	Magnetická Rezonance
PEG	Perkutánní Endoskopická Gastrostomie
p.o.....	per orálně
RLP.....	Rychlá Lékařská Pomoc
RTG S+P.....	Rentgen Srdce a Plic
SAK.....	Subarachnoidální Krvácení
s.c.....	subkutánně
TIA.....	Tranzitorní Ischemická Ataka
tzv.....	takzvaný
VAS.....	Vizuální Analogová Škála

ÚVOD

V současné době je cévní mozková příhoda již druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Tuto smutnou statistiku by vylepšil fakt, kdyby byla vyšší informovanost populace o tomto onemocnění, zejména o rizikových faktorech a příznacích. V léčbě mozkové příhody hraje velkou roli čas. Včas vyhledat zdravotnické zařízení a včas dostat trombolytickou léčbu, která ve většině případů zmírní příznaky nedostatečné perfúze krve v mozku. V některých případech trombolytickou léčbou příznaky vymizí úplně. Tato léčba je bohužel časově omezena, a pokud postižený člověk váhá s vyhledáním zdravotnické pomoci, v postižené části mozku dojde k ischemii a tím k nenávratnému poškození. Péče o takového pacienta je náročná, finančně nákladná, a pokud pacient přežije, trvá rekonvalescence dlouho. Na psychiku nemocného to má nepříznivý vliv a je to období náročné nejen pro pacienta ale i pro jeho rodinné příslušníky. Návrat k životu, který nemocný žil před příhodou, je ve většině případů už bohužel nemožný.

Toto téma bakalářské práce jsme si zvolili proto, že z praxe zjišťujeme, že je stále velmi mnoho pacientů, kteří o mozkové příhodě neslyšeli nebo nedokázali vyjmenovat nejčastější příznaky a do nemocnice přišli pozdě.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je jednoduše popsáno anatomické a fyziologické zásobení mozku. Dále je zde přiblížena cévní mozková příhoda z hlediska dělení a rizikových faktorů, problematika ischemické a hemoragické příhody, včetně dělení, etiologie, klinického obrazu, diagnostiky, léčby a rehabilitace. V dalších kapitolách se věnujeme přednemocniční a nemocniční obecné i specifické, preventivní a následné péči. Poslední kapitola je věnována péči ošetrovatelské. V praktické části jsou rozepsány dvě kazuistiky pacientů s cévní mozkovou příhodou podle modelu Marjory Gordonové. Kazuistiky obsahují vypracovaný ošetrovatelský a edukační plán.

Informace a poznatky jsme čerpali z dostupné literatury a odborných článků, které nám v rešerši vypracovala Krajská knihovna Karlovy Vary.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE CÉVNÍHO ZÁSOBENÍ MOZKU

1.1 Anatomie cévního zásobení mozku

Z aortálního oblouku vychází čtyři velké tepny zásobující mozek. Přední cirkulaci zajišťují z 85 % vnitřní karotidy. Zadní cirkulaci zajišťují z 15% vertebrální tepny spojující se v tepnu bazilární. Na spodině mozku se obě povodí sbíhají a vytvářejí důležitou spojku tzv. Willisův okruh (viz příloha A). Tato spojka má velký význam tehdy, dojde-li v některé části ke sníženému nebo přerušnému krevnímu toku, který je pak díky těmto spojkám zachován.

Frontální lalok, parietální a přední část laloků temporálních zásobují párové aa. cerebri mediae s aa. cerebri anteriores vycházející z karotické části Willisova okruhu. Lalok okcipitální, zadní a střední část temporálního laloku a thalamus zásobují párové tepny aa. cerebri posteriores, které vychází z vertebrobazilárního povodí. Z Willisova okruhu odstupují i drobné arterie, které zásobují bazální ganglia, thalamus, hypothalamus a capsula interna. Větvemi bazilární arterie aa. pontis a aa. circumferentes je zásobován mozkový kmen. Třemi párovými tepnami z vertebrobazilárního povodí aa. cerebelli posteriores inferiores, aa. cerebelli anteriores inferiores a aa. cerebelli superiores je zásoben mozeček. (6, s. 26)

Žilní systém tvoří povrchové žíly, které odvádějí krev z mozkové kůry, podkorových oblastí. Hluboký žilní systém vv. cerebri internae, který se spojuje v nepárovou v. cerebri magna odvádí krev z centrálních mozkových struktur. Tyto žíly ústí do žilních splavů v tvrdé pleně a hlavními odvodnými žilami jsou vv. jugulares internae. (5, s. 172)

1.2 Fyziologie cévního zásobení mozku

Mozek je orgán s extrémní biologickou výkonností, má tedy i mimořádné nároky na oxidační a metabolickou dodávku. U dospělého jedince je uspokojující krevní průtok 750 ml/min, což se rovná přibližně 15 % minutového srdečního výdeje. Dodávka krve do konečného cévního rozvětvení je závislá na cerebrálním perfúzním tlaku, který je

rozdílem mezi středním arteriálním tlakem na arteriálním konci cévy a středním tlakem na venózním konci cévy. (2, s. 39)

Jelikož má mozek minimální energetické rezervy, musí být perfúze mozkem dostatečná, konstantní a adekvátní k metabolické potřebě mozku. Na konstantní perfúzi mozku se podílí tzv. autoregulace, která reaguje na změny arteriálního tlaku vazodilatací nebo vazokonstrikcí v dané oblasti mozku. Tento systém autoregulace se zhoršuje spolu s rigiditou cévní stěny. Ta je charakteristická pro vyšší věk pacientů. Na mozkové perfúzi se podílí i metabolická regulace, která se odehrává na podkladě metabolických změn pH mozkové tkáně, zahrnuje tedy hladinu kyslíku, oxidu uhličitého a pH na kapilární úrovni. (5, s. 172)

2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozkové postižení je nejfrekventovanější neurologické onemocnění, jehož příčinou je nejčastěji tepenný uzávěr nebo krvácení do mozku. (6, s. 25)

2.1 Epidemiologie CMP v číslech

- Mrtvice postihne každoročně v České republice takřka 30 tisíc lidí, každý den jich v průměru 28 zemře.
- V České republice je mrtvice druhou nejčastější příčinou úmrtí.
- Každé 4 vteřiny někoho na světě potká mrtvice a každých 40 vteřin na ni někdo zemře.
- Pouhých 5 minut trvá, než začnou odumírat první mozkové buňky.
- Přibližně 70 % pacientů se zcela zotaví, pokud je léčba zahájena do 1 hodiny od vzniku příznaků.
- K započetí léčby má pacient od vzniku příznaků maximálně 6 hodin času.
- Více než 70 % Čechů nepozná příznaky mozkové mrtvice.
- Ve více než 50 % případů můžeme cévní mozkové příhodě předejít prevencí. (24)

2.2 Definice CMP

Pojmem cévní mozková příhoda (CMP, iktus, mrtvice) označuje Světová zdravotnická organizace situaci, při které dochází k rychlému rozvoji klinických známek ložiskového, případně difúzního postižení mozku, trvající déle než 24 hodin nebo vede-li ke smrti. (1, s. 124)

2.3 Základní dělení CMP

Mozkové příhody se dělí na ischemické, jejichž výskyt je zastoupen v 80 % a zbylých 20 % jsou to příhody hemoragické. (1, s. 124)

Ischemické CMP

- Jsou způsobeny uzávěrem tepny mozku, jehož důsledkem dojde k částečnému nebo úplnému přerušení toku krve do postižené oblasti mozku. Záleží, jak dlouhou dobu tento uzávěr trvá, tím dochází k menší nebo větší nekróze či úmrtí mozkových buněk – **mozkový infarkt**.
- Pokud uzávěr trvá krátkou dobu, dochází pouze k přechodným příznakům, označuje se jako **TIA – tranzitorní ischemická ataka**.

Mozkové hemoragie

- Jsou způsobeny rupturou mozkové tepny, většinou v důsledku abnormalit.
- Při ruptuře tepny na povrchu mozku se krev dostane do subarachnoidálního prostoru, mluvíme tedy o **subarachnoidálním krvácení – SAK**.
- Při ruptuře tepny uvnitř mozku mluvíme o **intracerebrálním krvácení**.
- Pokud dojde k ruptuře v oblasti mozkových komor, jedná se o **intraventriculární (nitrokomorové) krvácení**.

Trombóza mozkových splavů

- Jedná se o relativně vzácné onemocnění, které vznikne na podkladě krevní sraženiny v odtokové oblasti mozkového řečiště – v žilách a splavech. (1, s. 124)

2.4 Rizikové faktory

Neovlivnitelné

- **Vyšší věk** - zde se kumulativně uplatňují ostatní faktory.
- **Pohlaví** – u mužů ve středním věku a časném starším věku je incidence CMP častější, po 80. roce se tento rozdíl vyrovná.
- **Genetické rozdíly** – patří sem familiární výskyt hypercholesterolemie, diabetes mellitus, cévní malformace a výskyt iktu v rodině. (2, s. 63)

Dle epidemiologické studie v USA je největší rozdíl v rasových dispozicích, zvýšenou zátěž má hispánská a černošská populace, oproti bílé (2, s. 80)

Ovlivnitelné

- **Arteriální hypertenze** – rozumí se opakovaně naměřené hodnoty tlaku nad hodnotu 140/90 mmHg při minimálně dvou návštěvách v ambulanci. Má významný vliv na vznik a růst aterosklerotických plátů s rozvojem postižení malých nitrolebečních cév. Arteriální hypertenze je rizikový faktor jak pro ischemickou CMP tak i pro nitrolebeční krvácení. (2, s. 63)
- **Srdeční onemocnění** – nejvýznamnějším rizikovým faktorem kardioembolického iktu je fibrilace síní. Nejvíce jsou ohroženi pacienti s dilatací síní z důvodu mitrální či trikuspidální vady, při selhávání a dilataci levé komory. Antikoagulační léčba při fibrilaci síní snižuje riziko ischemické mozkové příhody o 68%. (2, s. 67)
- **Diabetes mellitus** – je velmi časté onemocnění, které je charakteristické poruchou lipidového metabolismu a obezitou. Z důvodu dlouhodobé hyperglykemie dochází

k poškození či ke snížení funkce životně důležitých orgánů včetně centrální nervové soustavy. Rozvíjí se ateroskleróza, zvyšuje se hladina fibrinogenu a koagulačních faktorů V a VII. Kombinace rizik u diabetika je nutné bezprostředně řešit, riziko vzniku iktu například u obézního diabetika je dvojnásobné, při hypertenzi čtyřnásobné. (2, s. 69)

- **Dyslipidemie** – jedná se především o zvýšenou hladinu LDL cholesterolu nebo je snižená koncentrace HDL cholesterolu a zvýšená koncentrace triglyceridů. V souvislosti s mozkovou mrtvicí dochází k tvorbě aterosklerotických plátů v oblasti interní a externí karotidy a cerebrální arterie. (2, s. 70)
- **Kouření** – je velmi dobře ovlivnitelný faktor, avšak záleží na sebeovládání a vůli. Kuřák, který vykouří 40 a více cigaret za den, je ohrožen dvojnásobně než kuřák, jehož dávka nepřevyšuje 10 cigaret za den. Kouření je zatěžující nejen na mozkovou cirkulaci, ale i na srdce a ostatní vaskulární systém. Např. muž kouřící dlouhodobě 20 cigaret za den, má oproti nekuřákovi trojnásobnou pravděpodobnost, že onemocní akutním infarktem myokardu, kouřící žena dokonce šestinásobnou. (2, s. 74)
- **Nedostatek tělesného pohybu** – je velmi dobře ovlivnitelným rizikovým faktorem. Ve většině případů vede k obezitě, diabetu, hypertenzi a má vliv na vznik aterosklerózy. Sport je nejlepší prevencí kardiovaskulárních komplikací. (2, s. 75-76)
- **Alkohol** – jeho vliv se liší. Na ischemické poruchy mozku má mírná konzumace ochranný účinek, vysoká konzumace ho zatěžuje. U hemoragických příhod alkohol riziko zvyšuje, platí zde úměra, čím vyšší je spotřeba alkoholu, tím stoupá i riziko.
- **Obezita** – jak je již výše popsáno, má úzkou spojitost s hypertenzí a vysokou hladinou glykemie. (2, s. 76)
- **Krevní poruchy** – polycytémie a polyglobulie zatěžují cirkulaci krve v drobných cévách. Patří sem i některé syndromy např. nefrotický, syndrom antifosfolipidových protilátek, dále diseminovaná intravaskulární koagulopatie, leukémie, srpkovitá anemie.
- **Migréna** – perfúze mozku je ohrožena a tím je i 6 – 8násobné riziko budoucí cévní příhody spíše u migreniků trpících aurou. Jsou ohroženy zejména ženy kuřačky,

pokud užívají orální kontraceptiva, jejich riziko oproti zdravým stoupá 34x. (2, s. 78)

- **Perorální antikoncepce, substituční hormonální léčba** – mnohé studie dokazují, že vyšší dávky hladiny estrogenů než je fyziologické, jsou estrogeny protrombogenní. (2, s. 79)
- **Zneužívání drog** – riziko hemoragických mozkových příhod zvyšuje amfetamin a kokain. Řadíme sem i iatrogenní hemoragické příhody, vzniklé při nedostatečně hlídání hladině INR u pacientů léčených Warfarinem.
- **Hypothyreóza** – působí na akceleraci aterosklerózy, omezení metabolického zpracování cholesterolu, ten se pak ukládá v cévní stěně. (2, s. 80)
- **Hyperhomocysteinémie** – je neobvyklou příčinou mozkové příhody, jde o vzácnou chorobu s četnými trombotickými komplikacemi. (3, s. 49)

3 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA ISCHEMICKÁ

Částečné nebo úplné přerušení přívodu krve v určitých oblastech mozku způsobuje ischemickou cévní mozkovou příhodu. Nejčastější příčinou je uzávěr arterie, méně častou pak hypoperfúze při plicní embolii, respiračním selhání a asfixii. (1, s. 125)

Při uzávěru některé z mozkových arterií pomocí autoregulačních mechanismů dochází k její vazodilataci, tím se kompenzuje pokles perfúzního tlaku. Při dalším poklesu tlaku se zvyšuje extrakce kyslíku, následně dochází k ischemii a rozvoji mozkového infarktu. (30)

3.1 Diferenciace ischemických příhod

3.1.1 Podle vztahu k tepennému povodí

- **teritoriální** - v povodí některé z mozkových tepen
- **interteritoriální** - na rozhraní povodí jednotlivých tepen
- **lakunární** - při postižení malých perforujících arterií (4, s. 140)

3.1.2 Podle časového průběhu

- **Tranzitorní ischemická ataka – TIA** - vzniká náhle, do 24 hodin zcela odezní. Trvání je často kratší než jednu hodinu. Dle WHO je považována za varovný signál kardiovaskulárního onemocnění.
- **Reverzibilní ischemický neurologický deficit – RIND** – vzniká akutně, trvá déle než 24 hodin a odeznívá do 14 dnů až 3 týdnů. Může zůstat neurologické reziduum v neurologickém nálezu.
- **Progredující mozková příhoda** – rozvíjí se postupně, v průběhu 24 hodin progreduje neurologická symptomatika. Příčinou je pokračující trombóza některé mozkové nebo přívodné tepny.
- **Dokončená mozková příhoda** – akutně vzniklá s těžkým a prakticky nezvratným ložiskovým výpadkem funkce mozku. (6, s. 32)

3.1.3 Podle mechanismu vzniku

Dle mechanismu vzniku rozeznáváme ischemie **obstrukční** (uzávěr je způsoben trombem nebo embolem) a **neobstrukční** (vzniká při hypoperfúzi)

- **aterotromboticko – embolické okluze** velkých a středních arterií (40%)

- **lakunární okluze** - arteriopatie malých cév (20%)
- **kardiogenní embolizace** (16%)
- **jiné** - neaterosklerotické poruchy, hemodynamické poruchy, hypoxicko-ischemické příčiny a koagulopatie (4%) (4, s. 140)

3.2 Klinický obraz

U ischemických příhod je symptomatologie velmi rozdílná, od velmi lehkých až po těžké, někdy i smrtelné stavy. (4, s. 141)

Klinický obraz je dán řadou faktorů, kdy záleží na lokalizaci, stavu kompenzačních mechanismů, rozsahu a rychlosti vzniku ischemie. Záleží na tom, která mozková cirkulace je postižena. Rozpoznání varovných příznaků je důležité jak pro odborníky, ale především je důležité pro laickou veřejnost. Mezi nejčastější příznaky patří slabost až ochrnutí jedné strany těla, její brnění či ztráta citlivosti. Dále se může projevit jako výpadek poloviny zorného pole nebo zastření zraku, porucha tvorby řeči nebo ztráta jejího chápání, prudká a velmi silná bolest hlavy, ztráta rovnováhy nebo vědomí, výjimečně se může objevit i záchvat křečí. (6, s. 30)

3.3 Diagnostika

- **Anamnéza** – nejdůležitější je zjistit čas vzniku příznaků kvůli případnému podání trombolýzy, dále kromě obecných věcí je také důležité zjistit rizikové faktory.
- **Klinický obraz** – náhle vzniklý ložiskový deficit se hodnotí podle NIHSS škály (viz příloha B). Tíže deficitu určuje etiologii, místo uzávěru, volbu léčby a prognózu. (1, s. 127)
- **Pomocná vyšetření** – CT angiografie, magnetická rezonance, neurosonologické vyšetření, EKG, laboratorní vyšetření, echokardiologické vyšetření, rentgen srdce a plic, angiografie (1, s. 131)

3.4 Terapie

Je důležité si uvědomit, že je CMP akutní, život ohrožující onemocnění. Časné rozpoznání příznaků, rychlý transport na specializované pracoviště, správná diagnostika a včas zahájená léčba hrají důležitou roli pro vývoj a další osud pacienta. (6, s. 34)

3.4.1 Sekundární prevence při ohrožení iktem a u TIA

- **Antiagregační léčba** – snižuje riziko o 25%.
- **Odstranění rizikových faktorů** – změna stravovacích návyků, abstinence, zanechání kouření, úprava nadváhy, kompenzace cukrovky, hypertenze a hyperlipidemie. (7, s. 52)

3.4.2 Léčba postupujícího iktu

- **Trombolytická léčba alteplázou** – nejúčinnější terapie, nejdůležitější je včasné přijetí pacienta na specializované pracoviště a podání alteplázy do 4 hodin od začátku potíží. Podání tohoto trombolýtika zvyšuje výskyt následného krvácení. Důležité je pečlivě sledovat stav pacienta.
- **Mechanická trombektomie** – odstranění trombu nebo embolu případně lokální aplikace trombolýtika při angiografii pomocí Merci - retriever katetru. Výhodou této metody je, že ji lze provést za 6 – 8 hodin od začátku příznaků a lze ji provést i po neúspěšné trombolýze.

3.4.3 Léčba dokončeného iktu

Bohužel zatím nebyla nalezena účinná léčba. Důležitá je tedy především úprava vnitřního prostředí, dostatečně zajištěná ventilace, snížení otoku mozku, kompenzace hypertenze a cukrovky, dostatečný přívod tekutin, vitamínů a živin. (7, s. 53)

3.5 Rehabilitace

S rehabilitací začínáme co nejdříve, pokud možno ihned po odeznění alterace celkového stavu. (4, s. 150)

Časnou mobilizací pacienta předcházíme četným komplikacím, jako je vznik dekubitů, pneumonie, hluboké žilní trombózy. Rehabilitace slouží také k návratu denních činností, pohybu s aktivní pomůckou, k podpoře návratu mozkových funkcí, motivuje k aktivnímu přístupu. Nedílnou součástí je i logopedická péče k reedukaci řeči, ovlivnění poruch polykání. Rehabilitací předcházíme kloubním kontrakturám a spastickým postižením pohybového aparátu. Pokud je to možné, zapojíme do rehabilitace i rodinné příslušníky. Nesmíme opomenout ani psychoterapii ke zmírnění psychických následků a deprese. (22)

4 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA HEMORAGICKÁ

Příčinou krvácení do mozkové tkáně je ruptura cévní stěny u některé mozkové tepny. Hemoragická příhoda tvoří 15% cévních onemocnění mozku a je zatížena větší mortalitou než příhoda ischemická. Krvácení může být ohraničené, tříštivé nebo atypické. Záleží na výši tlaku krve, na velikosti ruptury cévy a na odporu okolní tkáně. Klinicky dochází k rozvoji edému mozku, útlaku okolních cév a hypoxii příslušné části mozku. (5, s. 174)

4.1 Intracerebrální krvácení

Spontánní krvácení do mozkové tkáně. (6, s. 42)

4.1.1 Příčiny

- Nejčastější příčinou je **arteriální hypertenze**, kdy dochází k ruptuře stěny již postižené chronickou hypertenzí nebo dojde k ruptuře nepostižené tepny akutním vzestupem krevního tlaku. (7, s.54)
- Mezi méně časté příčiny patří **hematologická onemocnění** (leukémie, hemofilie), **mozkové nádory** (glioblastom, metastáza bronchogenního karcinomu), **ruptura cévní malformace, trombolytická, antikoagulační, antiagregační léčba, drogy** (kokain, crack, pseudoefedrin, amfetamin). (6, s. 43)

4.1.2 Klinický obraz

Rozvoj příznaků je pozvolný, plynulý. Častější je výskyt bolesti hlavy, zvracení, poruchy vědomí a epileptického záchvatu, než u ischemické příhody.

Dle lokalizace dělíme krvácení s následnými příznaky:

- **do bazálních ganglií** - hemiparéza, hemianestézie, afázie (42%)
- **do talamu** - hemihypestézie, hemiparéza a obrna pohledu vzhůru (15%)
- **do pointu** - koma, kvadruparéza, miotické zornice (16%)
- **lokální** - lokální bolest hlavy, kontralaterální hemiparéza, hemianopsie, afázie, hemihypestézie (10%)
- **do mozečku** - bolest hlavy v týle, zvracení s ataxií ve stoji a chůzi, během hodin rozvoj poruchy vědomí (12%) (7, s. 55)

4.1.3 Diagnostika

Základní diagnostikou u mozkových příhod je odebrání podrobné anamnézy, rozbor klinických příznaků a laboratorních výsledků. Z pomocných vyšetření je nejvýznamnější CT mozku a magnetická resonance. (5, s. 181)

4.1.4 Léčba

- **Konzervativní** – základem je komplexní intenzivní péče, korekce hypertenze, léčba edému mozku, úprava vodního a iontového hospodářství, úprava hemokoagulačních parametrů, prevence infekčních a tromboembolických komplikací, klid na lůžku, elevace horní poloviny těla do 30 – 45 stupňů, fyziologické polohování, pasivní cvičení.
- **Chirurgická** – je indikována u mozečkových hemoragií, kraniotomie při zhoršení vědomí a při lokalizaci pod povrchem do 1 cm, aspirace, pokud hematom komprimuje okolí, při hydrocefalu se provádí jeho drenáž.
- **Sekundární prevence** – nejdůležitější je korekce arteriální hypertenze, redukce soli v potravě, redukce hmotnosti, omezení konzumace alkoholu a zákaz kouření. (6, s. 46)

4.2 Subarachnoidální krvácení

Jedná se o spontánní krvácení do subarachnoidálních prostor. Jeho začátek je nečekaný, dramatický, vyskytuje se u zdravých, plně pracujících jedinců v produktivním věku. Mnoho z nich brzy zemře nebo přežívají s těžkými následky. (7, s. 56)

4.2.1 Příčiny

- **Vakovitá aneuryzmata** – až 85 %, příčina vzniku těchto výdutí je nejasná. Mohou být malá, ale někdy mohou dorůst do gigantických aneuryzmat. Riziko ruptury je vyšší u menších výdutí. U dětí je výskyt vzácný. Vyšší výskyt 3 – 7 % mají i přímí potomci nemocných s prasklou výdutí. (6, s. 48)
- **Arteriovenózní malformace** – 5%, vyskytují se u mladších jedinců, skládají se z rozšířených a stočených cév, které jsou zásobeny jednou nebo více velkými artériemi. Mají tendenci se zvětšovat, mozková tkáň v okolí trpí hypoxií a atrofuje, jsou zde časté kalcifikace, drobná subklinická krvácení a infarkty. Někdy je v místě malformace slyšet šelest. (6, s. 49)

- **Ostatní – méně časté** - venózní angiom, kavernózní hemangiom, abnormální tepny, koagulopatie, antikoagulační a fibrinolytická terapie, hormonální antikoncepce a kouření, antiagregační terapie, konzumace drog a alkoholu, arteriální hypertenze, diabetes mellitus. (6, s. 50)

4.2.2 Klinický obraz

V 50% vzniká subarachnoidální krvácení ve spánku, dále při zcela běžných aktivitách, někdy po tělesné námaze se zvýšenou nitrolební tenzí (koitus, skok, tlak na stolicí, zvedání těžkého břemene). Před rupturou mívá polovina nemocných dny až týdny varovné příznaky, jako je bolest hlavy, nauzea, porucha vízu, napjaté šíjové svaly. Mezi nejčastější příznaky patří:

- **náhlá bolest hlavy** – krutá, v týle, nemocný dosud takovou bolest nezažil, doprovází ji zvracení
- **meningeální syndrom** – nemusí být vždy přítomný, rozvoj po 12 až 24 hodinách
- **normální topický nález** – ojediněle iritační pyramidové jevy nebo snížené šlachové a okosticové reflexy na dolních končetinách, velmi vzácně výskyt hemisferálních příznaků
- **porucha vědomí** – lehká, přechodná, někdy rozvoj komatu, u 10 % případů se objevují epileptické záchvaty
- **subfebrilie** – někdy i vyšší teploty, výskyt několik dní po vzniku krvácení.

V prvních dnech po vzniku krvácení může dojít ke specifickým komplikacím, mezi něž patří **recidiva krvácení** s příznaky prohloubení bezvědomí, meningeálního syndromu, vznik **arteriospazmů**, které se objevují zpravidla po třetím dni a vedou ke vzniku **mozkového infarktu** a k rozvoji ložiskové symptomatiky, další komplikací je vznik **hydrocefalu** při bloádě resorpce likvoru s rozvojem **nitrolební hypertenze**. (7, s. 57)

4.2.3 Diagnostika

- **CT** – metoda první volby, senzitivita této metody je až 95%, detekuje krvácení hned po začátku
- **magnetická resonance** – umí plně nahradit CT, ale ne všude je dostupná
- **lumbální punkce** – pokud je negativní CT, ale podezření na krvácení trvá

- **mozková angiografie – panangiografie**, je nutné provést vždy, zobrazí karotické i vertebrobasilární řečiště, všechny cévní malformace včetně asymptomatických (6, s. 52)
- **diferenciální diagnostika** – vyloučení jiných příčin vedoucích k bolestem hlavy - např. cervikokraniální syndrom, neuroinfekci, migrénu či hypertenzní krizi (6, s. 53)

4.2.4 Léčba

- **Časná operace** – ve snaze zabránit recidivě se provádí do 24 – 48 hodin, je však spojena s celou řadou rizik jako je mozkový edém, vazospazmy s ischemizací tkáně, nepřehledné operační pole.
- **Odložená operace** – za 14 a více dní, pokud odezněl otok mozku a vazospazmy, nemocný je metabolicky stabilizovaný. V době čekání na operaci je pacient ohrožen recidivou krvácení a hydrocefalem.
- **Endovaskulární terapie** – ošetření cévních malformací v chirurgicky špatně přístupných místech nebo u nemocných pro operaci velmi rizikových. Do aneuryzmatu se používá výplň pomocí spirálek nebo stentů. Lze provést i embolizaci přírodních tepen u arteriovenózních malformací.
- **Radioterapie gamanožem** – ozáření menších cévních malformací, pokud nelze ošetřit jinak. Nevýhodou je radiační zátěž a ohrožení nemocného recidivou hemoragie kvůli delšímu trvání zajištění malformace.
- **Kombinovaná intervenční terapie** – u velkých malformací, které se nejdříve ozáří gama – nožem, poté endovaskulárně embolizuje přívodná arterie a v časovém odstupu extirpace zbytkové malformace.
- **Konzervativní terapie** – období před chirurgickým nebo endovaskulárním ošetřením, dále v případě kontraindikace těchto výkonů. Vždy neurochirurgická nebo neurologická jednotka intenzivní péče, absolutní klid na lůžku, mírná elevace horní poloviny těla, hydratace, prevence flebotrombózy, prevence zácpy, dle stavu sedativa, analgetika, hypnotika, antihypertenziva. (6, s. 54-55)

5 PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČE

Rychlá záchranná služba a její role je v péči o pacienty s CMP nezastupitelná a velmi důležitá. U pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou jde především o čas vzhledem k tomu, že tito pacienti výrazně profitují z včasné léčby. Ministerstvo zdravotnictví vydalo metodický pokyn k **triáži** (třídění) těchto pacientů v přednemocniční neodkladné péči v podobě klinických standardů. (26, s. 353)

Tato triáž je zaměřena na identifikaci pacienta s CMP na místě, kde onemocnění vzniklo, na klinickém obraze a délce trvání příznaků a na přidružených onemocněních. **Triáž pozitivní pacient** je ten, u kterého se během posledních 24 hodin náhle rozvine jeden hlavní nebo minimálně dva vedlejší klinické příznaky CMP, včetně pacientů s TIA s již odeznělými příznaky.

Hlavní náhlé klinické příznaky se hodnotí pomocí FAST testu (viz příloha C) – sem patří hemiparéza, porucha řeči, centrální léze VII. hlavového nervu. Mezi vedlejší příznaky řadíme poruchu vědomí kvalitativní i kvantitativní, poruchu cití na polovině těla, setřelou řeč, výpadek zorného pole, dvojité vidění, ztuhlost šíje, závrať, nauzeu a zvracení.

Při pozitivitě je pacient urgentně směřován do nejbližšího komplexního cerebrovaskulárního centra (KCC), iktového centra (IC) nebo na nejbližší pracoviště disponující akutními lůžky. Vždy je nutné předem telefonicky kontaktovat lékaře centra. (25, s. 2)

Během transportu se kontinuálně monitorují fyziologické funkce, glykémie, GSC škála, dynamika neurologických příznaků. Zajistí a stabilizují se životní funkce podle potřeby. Dále se zajistí žilní vstup intravenózní kanylou. Pacient je uložen do drenážní polohy, je mu podán kyslík maskou a léčí se přidružené příznaky např. zvracení a bolest hlavy. (21, s. 26)

Pokud to lze, je nutné odebrat podrobnou anamnézu. Základní informací je přesný čas v minutách od začátku potíží. Pokud nelze zjistit přesný čas, je nutné zjistit, kdy byl pacient naposledy viděn v pořádku. Dále je nutné zjistit možné kontraindikace trombolýzy např. krvácivé komplikace, antikoagulační léčba, prodělaný operační nebo endoskopický zákrok či závažné poranění. (9, s. 268, 269)

6 NEMOCNIČNÍ PÉČE

Triáž pozitivní pacient je přivezen na oddělení akutního příjmu příslušné nemocnice. Lékař rychlé lékařské pomoci předá pacienta přímo lékaři iktového týmu, který byl dispečinkem předem informován. (16, s. 74)

Pokud je pacient indikován k trombolýze, doba od příjezdu pacienta, provedení základní diagnostiky a podání trombolýzy, by neměla přesáhnout 45 minut, optimální čas je 30 minut. (17, s. 442)

Pacienti jsou hospitalizováni na iktových jednotkách či na iktovém lůžku víceoborové jednotky intenzivní péče. Na anesteziologicko – resuscitačním oddělení jsou hospitalizováni pacienti s potřebou resuscitační péče. Hospitalizace na těchto akutních lůžkách snižuje mortalitu a morbiditu. (26, s. 353)

6.1 Vyšetření

- **NIHSS škála** (viz příloha B) je standardizované neurologické vyšetření sloužící k popsání deficitu u pacientů s iktem. Cílem této škály je, aby různí vyšetřující hodnotili pacienty obdobně a výsledky tak byly srovnatelné.
- **Laboratorní vyšetření** se provádí jak pomocí bed – side analyzátoru, který umožní rychlé vyšetření přímo u lůžka pacienta bez nutnosti transportu biologického materiálu do laboratoře (INR, glykemie, acidobazická rovnováha, ionty), tak prostřednictvím centrální laboratoře, kam se odešlou základní odběry na krevní obraz, biochemii a koagulaci.
- **Vyšetření krevního tlaku, dechové frekvence a saturace krve kyslíkem**
- **EKG vyšetření**
- Vyšetření pomocí zobrazovacích metod – nativní **CT mozku** doplněné **CT angiografií** nebo lze provést **MR**.
- Kontinuální **monitorace vitálních a neurologických funkcí** (9, s. 275)

6.2 Terapie

- **Trombolýza** – cílem je obnovit průtok krve tepnou, která byla uzavřena trombem či embolem. Zde je velmi důležité zahájit léčbu včas. Pokud je postižena karotická oblast, podáváme alteplázu venózní infuzí do 4,5 hodin od prvního příznaku CMP.

Je-li uzávěr bazilární tepny, je takzvané terapeutické okno širší a to až do 6 hodin od vzniku. (17, s. 443)

- **Mechanická trombektomie** – extrakce trombu pomocí katetru punkcí arteria femoralis, provádí se pouze v KCC do 6 hodin od počátku příznaků (26, s. 358). Provádí se v kombinaci s intravenózní trombolýzou ale i samostatně, pokud je např. trombolýza kontraindikována nebo je pacient mimo trombolytické okno – 4,5 - 6 hodin od počátku příznaků. Pokud jde o uzávěr tepny arteria basilaris, lze provést trombektomii i později, než za 6 hodin. (9, s. 283)
- **Chirurgická léčba** – u pacientů s maligním infarktem, při ischemickém rozsáhlém postižení mozečkové hemisféry, s rozvojem nitrolební hypertenze se provádí dekompresní kraniotomie. Karotická endarterektomie je indikována u pacientů s TIA po průkazu významné stenózy karotické tepny. (17, s. 444)
- **Udržení normální saturace krve kyslíkem** – při poklesu saturace pod 95% nutno podávat kyslík maskou nebo nosními brýlemi
- **Léčba poruch kardiovaskulárního systému** – léčba arytmií, srdečního selhání a ostatních přidružených srdečních onemocnění
- **Stabilizace hodnot glykemie** – hladina glykemie je ideální v rozmezí 7,8 – 10 mmol/l, hyperglykemie v prvních 24 hodinách se spojuje s horším klinickým výsledkem (19, s. 115)
- **Stabilizace hodnot krevního tlaku** – pouze u pacientů s tlakem nad 220/120 mmHg, bezpečné snížení tlaku je o 15% (26, s. 357)
- Udržení stálosti vnitřního prostředí (**homeostázy**) je velmi důležité. V prvních 24 hodinách se doporučuje fyziologický roztok, antiemetika při zvracení, doplnění iontů dle jejich aktuální hladiny v séru
- **Udržení normální tělesné teploty** – při teplotě nad 37,5°C je nutné aplikovat antipyretika a vypátrat zdroj infekce. (26, s. 358)
- **Vyváženost nutriční** - zamezuje se tím rozvoj metabolického rozvratu, katabolismu a imunodeficitu. Pokud má pacient poruchu polykání, podává se výživa pomocí nasogastrické nebo nasojejunální sondy. Je-li porucha polykání dlouhodobá, provádí se perkutánní endoskopická gastrostomie. U intubovaných pacientů se podává výživa parenterální.
- **Rehabilitace** – je nedílnou součástí intenzivní péče a pomocí ergoterapeutů, fyzioterapeutů a logopedů je zahájena již v prvních hodinách po iktu. Rehabilitace se

zaměřuje nejen na poruchy hybnosti, ale také na posílení oběhově – respirační funkce, na prevenci dekubitů a kontraktur, zácpy, prevenci žilní trombózy. (17, s. 443)

6.3 Prevence a léčba komplikací

Úkolem preventivní léčby je předejít recidivě iktu. Proto se od prvního dne podává **antiagregační** terapie kyselinou acetylsalicylovou. Pacienti léčení trombolýzou jsou ohroženi krvácením, antiagregaci zahajujeme až za 24 hodin. Pokud je příčinou iktu disekce tepny, zahajuje se v akutní fázi **antikoagulační** terapie nízkomolekulárním heparinem. Nízkomolekulární heparin se používá jako prevence hluboké žilní trombózy. (17, s. 444)

Velmi důležitá v prevenci dekubitů, pneumonie a hluboké žilní trombózy je časná **mobilizace** pacienta, dostatečná **hydratace a výživa**. Je nutné posoudit polykací schopnosti a v případě dysfagie zahájit výživu nasogastrickou sondou. Pacienti po iktu jsou ohroženi po psychické stránce depresemi. Je nutné sledovat jejich psychický stav, velmi zde pomáhá spolupráce s rodinou.

Sekundární prevence se zaměřuje na snížení pravděpodobnosti opakování ischemické CMP. Zde je důležité, aby měl pacient normální hodnoty krevního tlaku a docházel pravidelně na jeho kontroly. Pravidelně by měl docházet i na kontroly glykemií a krevních tuků. Doporučuje se zákaz kouření a také nadměrné konzumace alkoholu. Také se doporučuje pravidelná fyzická aktivita, redukce hmotnosti, dietní opatření s omezením soli a nasycených tuků a strava bohatá na ovoce, zeleninu a vlákninu. (26, s. 358)

6.4 Následná péče a léčebná rehabilitace

Prognóza u pacientů po mozkové příhodě je závažná. I přes veškerou adekvátní prevenci a léčbu do 3 měsíců po iktu dosáhne plné soběstačnosti asi 50% pacientů, 10 – 20% jich zemře a zbylých 30 – 40% má trvalé postižení s nějakým stupněm nesoběstačnosti.

Rehabilitace u pacientů po iktu je dlouhodobý proces a musí se přizpůsobovat vyvíjejícímu se klinickému stavu. Tento proces musí být ucelený, přes léčebnou, ale i sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitaci. Na tomto procesu se podílí multidisciplinární tým a jejich cílem je zkvalitnit život pacienta, minimalizovat jeho závislost a maximalizovat sociální integraci. (18, s. 133)

7 PREVENTIVNÍ PROGRAM

29. říjen je každoročně vyhlášen **Světovým dnem mozkové mrtvice**. Evropská iktová organizace vydala evropský akční plán, jehož cílem je snížit počet mrtvic v Evropě o 10% a zajistit, aby alespoň 90% populace postižené mrtvicí viděl kvalifikovaný neurolog. Dále by měl mít každý národ vypracovaný jednotný komplexní plán péče o pacienty s mrtvicí. Vést vnitrostátní strategie na podporu v oblasti veřejného zdraví, napomáhat zdravému životnímu stylu a snižovat zátěž životního prostředí (včetně znečištění ovzduší, socioekonomické a vzdělávací faktory, které zvyšují riziko mrtvice) (27)

Tým erudovaných a vzdělaných neurologických odborníků se v roce 2019 shodl, že i přes veškerou osvětu, která trvá již několik let, stále přicházejí pacienti s mrtvicí pozdě. Jedním z důvodů udávají, že CMP nebolí na rozdíl třeba od infarktu. Proto doma pacienti čekají, zda to přejde. Zásadní je tedy správné a včasné rozpoznání příznaků zavedením FAST testu (viz Příloha C) do našich doporučení. (28)

V roce 2015 vznikl pod vedením Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti projekt s názvem **Čas je mozek**. Jeho cílem je seznámení veřejnosti s tím, co to vlastně mozková mrtvice je, jaké má příznaky a jaké jsou možnosti léčby. (24)

8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelství je vědní disciplína zaměřená na systematické a všestranné uspokojování potřeb člověka vzniklých nemocí a pomáhá tam, kde není možné pečovat o sebe sama. Je tvořena ošetřovatelským týmem, jehož cílem je spokojený a zdravý pacient. Uspokojuje biologické, psychické a sociální potřeby pacienta, provádí činnosti zaměřené na udržování, podporu a návrat zdraví, pečuje o nevléčitelně nemocné, zmírňuje utrpení, zajišťuje klidné umírání a důstojnou smrt. (8, s. 14-15)

Ošetřovatelská péče o pacienta s mozkovou příhodou je velmi náročná, nese sebou i velkou psychickou zátěž. V péči o nemocné je nejdůležitější multidisciplinární komplexní péče o pacienta a je důležitá spolupráce uvnitř týmu, jehož členy jsou nejen sestry a lékaři, ale také ergoterapeuti, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, psychologové, ošetřovatelé, sanitáři a další. (8, s. 14)

8.1 Výživa

Výživa je základní biologická potřeba nezbytná k udržení biologické homeostázy organismu. Adekvátní výživa je složená z bílkovin, tuků, cukrů, minerálů, vitamínů a vody. (10, s. 83)

Tyto složky musí být vyvážené, zajišťují pro organismus energii a látky potřebné pro jeho stavbu a funkci. Jsou důležité pro vývoj, růst a obnovení tkání, dále jsou důležité pro jeho pohyb a práci psychickou i fyzickou a v neposlední řadě pro obranyschopnost proti nemocem. Výživa je pro pacienta součástí péče a musí být přiměřená zdravotnímu stavu. (8, s. 168)

Pacient může přijímat stravu perorálně, což je ideální, enterálně pomocí sond, stomií nebo parenterálně cévním řečištěm. Při příjmu pacienta i v průběhu hospitalizace se hodnotí nutriční stav. Je-li pacient v ohrožení malnutrice, zjistíme dle příjmového nutričního screeningu (viz Příloha E) a je nutné kontaktovat nutričního terapeuta, který nastaví výživový plán. (8, s. 171)

Při lehké poruše polykání je pacient krmen ve vysokém sedu a tekutiny se podávají zahuštěné pomocí speciálních zahušťovadel. Při těžké poruše polykání je nutné zavést nasogastrickou sondu. Před podáním výživy se zkontroluje správnost zavedení, aspiruje se reziudální obsah ze žaludku, změří se množství, odstraní vzduch a napojí se sonda na enterální výživu. Pravidelně se kontroluje fixace sondy a musí se zaznamenávat přesná

bilance tekutin za 24 hodin. Po skončení výživy je třeba sondu vždy propláchnout a uzavřít. Předpokládá-li se nutriční intervence déle než 2 – 3 týdny, je pacientovi zaveden přes břišní stěnu PEG, pacient je krmen přímo do žaludku.(11, s. 76-77)

8.2 Sebepečce a soběstačnost

Sebepečce znamená, že pacient je schopen vykonávat denní aktivity jako je stravování, hygiena, oblékání a vyprazdňování, zcela sám. Zdravý člověk tyto aktivity vykonává bez pomoci druhých. Pokud je však člověk nemocný, upoutaný na lůžko, nemůže nebo nezvládá se o sebe postarat sám, podílí se na uspokojování těchto potřeb ošetrovatelský personál.

Úroveň sebepečce se hodnotí při příjmu i v průběhu hospitalizace pacienta pozorováním a rozhovorem s nemocným nebo s rodinným příslušníkem. Je nutné správně určit úroveň sebepečce pomocí například Barthelova testu základních činností (viz Příloha E) a podporovat pacientovu nezávislost. (10, s. 19–20)

Pacient po mozkové příhodě často není schopen dostatečně provádět osobní hygienu a je odkázán na ošetrovatelský personál. Péči o hygienu pacienta se předchází nejen nozokomiálním nákazám, zabraňuje komplikacím vzniklým z nedostatečné hygieny, ale především se zlepšuje subjektivní pocit pacienta a sestra navazuje kontakt s nemocným. Hygienická péče je časově i fyzicky náročná aktivita a zároveň také nejosobnější, je tedy důležité dbát na intimitu. K hygienické péči patří péče o osobní a ložní prádlo, které musí být čisté, suché a účelné. Každý den se provádí ranní a večerní hygiena včetně péče o dutinu ústní, celková koupel ve sprše nebo na mycím lůžku, péče o vlasy, vousy a nehty. Je nutné dbát na to, aby pacient zůstal v co největší míře soběstačný.

Vlivem hospitalizace a nemoci může být narušeno vyprazdňování. Sestra kontroluje pravidelnost vyprazdňování, odchod plynů. Pokud má pacient zavedený permanentní močový katétr, sestra sleduje výdej, příměs v moči, okolí genitálu. Je-li pacient inkontinentní, nesoběstačný, má zavedený močový katétr nebo vykonává svoji potřebu do plenkových kalhotek, je důležité poskytnout pacientovi kvalitní hygienickou péči. Kůže v okolí genitálu a na predilekčních místech musí být čistá a suchá. Důležité je tato místa promazávat masážní emulzí nebo ochrannými nedráždivými krémy, které pokožku chrání.(8, s. 128-151)

8.3 Pohybová aktivita

Potřeba pohybu a nároky, jak uspokojit tuto potřebu, jsou u každého člověka individuální. Pro jednoho člověka je pohyb formou relaxace, duševní pohody, pozitivního naladění. Pro dalšího, který tráví většinu života vsedě, všude jezdí autem, nechodí nikde pěšky, není omezení pohybu dramatické neuspokojení potřeby.

Dostatečná tělesná aktivita má však pro organismus velký význam. Je důležitá pro zpevnění pohybového aparátu, pro lepší spánek, k navození duševní pohody, snižuje výskyt neuróz a depresí. Pohyb je také důležitý z hlediska zdraví jako prevence kardiovaskulárních onemocnění, obezity a bolestivosti pohybového aparátu. Pohybem se zlepšuje kondice a prodlužuje se délka života.

Pokud je omezena hybnost, funkce hybnosti nebo její ztráta, je to zásah do psychiky nemocného, odráží se v sociální oblasti vztahů a v sebekoncepci. Porucha hybnosti může vyústit v imobilizační syndrom, který postihuje všechny orgánové systémy. (10, s. 27-28)

Rehabilitace pacientů po mozkové příhodě je dlouhodobá a náročná. Pomáhá nemocnému zmírnit následky nemoci a co nejdříve umožnit návrat do společnosti. V dnešní době je k dispozici spousta polohovacích potřeb od polohovacího lůžka po různá kolečka, válce, botičky, polštáře. (8, s. 78-79)

V akutním stadiu onemocnění je jako první ošetrovatelsko-rehabilitační výkon polohování, jehož cílem je zabránit nejen dekubitům a spaticitě, ale také kontrakturám, ankylozám a deformitám. Polohu pacienta je třeba měnit během dne po 2-3 hodinách, v noci pak po 3-4 hodinách. Nejlepší poloha pro pacienta po mozkové příhodě je na postiženém boku. Umožňuje to posilovat vjemy na ochrnuté polovině těla. (11, s. 21)

8.4 Komunikace

Komunikace je vzájemná výměna informací a je potřebná pro fungování sociálních vztahů a společnosti. Lidskou formou komunikace je řeč mluvená a psaná.

Některé pacienty s mozkovou příhodou postihne fatická porucha, tedy afázie. Jde o ztrátu již získané schopnosti komunikace mluvou, která vzniká na podkladě poškození korových center specializovaných na produkci a rozumění řeči. **Afázie** se projevuje

neschopností řeč tvořit nebo jí rozumět. Může dojít i k postižení řeči psané, kreslené. Může být postižena paměť, vzpomínání i schopnost počítat.

Afázii lze dělit na **expresivní** (motorickou), která se charakterizuje sníženou schopností až neschopností řečového projevu, kdy je porozumění neporušené. **Proreceptivní** (senzorickou) afázii je charakteristická porucha porozumění řeči, kdy je zachována schopnost vyjadřovat se. **Amnestickou** afázií se označuje porucha pojmenování předmětů a činností. Při **globální** (totální) afázii pacient nerozumí vnější ani vnitřní řeči, má výraznou poruchu orientace. U **sémantické** afázie je narušena gramatická struktura řeči. A pokud dojde ke kombinaci příznaků patřícím dvěma i více typům afázií, mluvíme o afázii **smíšené**. (29)

Pokud to stav pacienta dovolí, je potřeba co nejdříve zajistit péči logopeda, který se snaží všemi prostředky obnovit komunikační schopnosti pacienta. V komunikaci s pacientem je možné využívat různé komunikační kartičky, piktogramy, prstovou abecedu, tužku a papír, obličejová gesta. Důležitá je trpělivost ošetřujícího personálu a podpora pacienta. (8, s. 66-67)

8.5 Jistota a bezpečí

Mezi základní lidské potřeby, které souvisejí s pudem sebezáchovy, přežitím a vyhnutí se nebezpečí, je jistota a bezpečí. V uspokojování těchto požadavků hraje velkou roli individualita člověka, rysy, vlohy, uvědomování si sebe sama. Pokud má člověk narušenou sebekoncepci, cítí se nejistě a úzkostně. V oblasti sebekoncepcie je významným faktorem určité postavení člověka ve společnosti, v zaměstnání, v rodině a v neposlední řadě také životní prostředí.

Pokud je narušen pocit bezpečí a jistoty, ať už z důvodu nemoci, finanční nestability, ztráty zaměstnání nebo invalidity, dostaví se negativní pocity jako je strach, úzkost, smutek, hněv, beznaděj a bezmoc. (10, s. 142, 145)

8.6 Edukace

Pojem edukace vznikl z latinského překlady vést, vychovávat. Edukaci lze tedy definovat jako „*Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince.*“ (14, s. 9)

U edukačního procesu je důležitá příprava, která nejen že usnadní sestře práci, ale dokáže i namotivovat pacienta. Tento proces lze rozdělit na 3 kroky:

1. krok – posouzení pacienta – sestra zjišťuje údaje o pacientovi, názory na jeho vlastní zdraví, připravenost a ochotu pacienta se učit. Dále se zaměřuje na jeho věk, etnikum, emoční stav a úroveň vzdělání. Tyto informace jsou důležité pro přípravu vhodného edukačního materiálu.

2. krok – stanovení edukačních témat – druh edukace se definuje dle ošetrovatelské diagnózy. Pokud je pacient edukován při nově diagnostikovaném onemocnění, jedná se o **základní edukaci**. **Komplexní edukace** je určena pro určité diagnózy, které postihují pacienta celoživotně (např. zásah do stravovacích zvyklostí nebo do pohybového režimu). **Reedukace** je opakovaná, navazující, rozvíjející nebo napravující. Poskytuje aktuální informace.

3. krok – vyhodnocení výsledků edukace – sestra průběžně hodnotí dosažené výsledky, při závěrečném zhodnocení se ujišťuje, zda pacient pochopil cíl edukace, zda si osvojil znalosti a dovednosti, přizpůsobil denní režim a je schopen jej dodržovat i po propuštění z nemocnice. K ověření sestra použije kontrolní písemný test, klade kontrolní otázky, pacient provede konkrétní úkon.

Při edukaci je důležitý individuální přístup, empatie, takt a trpělivost. Sestra bere ohled na celkový stav pacienta, plán přizpůsobí a upravuje dle jeho aktuálních potřeb. (15, s. 33 – 35)

Cévní mozková příhoda postihuje jedince v širokém věkovém rozmezí. Riziko vzniku stoupá s věkem. Toto riziko je ovlivněno pohlavím, rodinnou predispozicí a přidruženými chorobami, zejména u pacientů s vysokým krevním tlakem, cukrovkou, hyperlipidemií. Edukace pacientů s rizikovými faktory je důležitá k prevenci cévní mozkové příhody. Tito pacienti by měli být informováni o svém základním onemocnění a jeho komplikacích. Měli by pochopit závažnost tohoto onemocnění a podílet se na realizaci zdravého způsobu života, získat nové návyky a vyvarovat se vzniku komplikací. Pokud již pacient mozkovou příhodu prodělal, záleží na míře a lokalitě postižení mozkové tkáně. Dále také záleží na povaze pacienta, na jeho psychickém rozpoložení, rodinném zázemí, zda má motivaci ke zlepšení svého zdravotního stavu.

PRAKTICKÁ ČÁST

V České republice je cévní mozková příhoda druhou nejčastější příčinou úmrtí. Ze své praxe zjišťujeme, že informovanost české populace o tomto vážném onemocnění je na nízké úrovni. Lidé znají pouze pojem mrtvice, ale rizikové faktory a příznaky nedokážou specifikovat. Pokud však mrtvice udeří, jde především o čas. Znamená to včas vyhledat zdravotnické zařízení. Lidé netuší, jaké jsou možnosti léčby, kde právě čas hraje stěžejní roli.

Cévní mozková příhoda je velmi závažné onemocnění, které je náročné nejen pro nemocného, ale má dopad na celou jeho rodinu. A nejde pouze o postižení jako takové, kdy záleží i na jeho rozsahu. Problém může nastat jak s dopravou na různá vyšetření či rehabilitaci, ale také s nastalou ekonomickou situací.

Pacienti po proběhlé mozkové příhodě, kteří nevyhledali lékařskou pomoc včas, bývají hospitalizováni delší dobu. Péče je náročnější, finančně nákladná a doba rekonvalescence mnohem delší. Návrat k životu, který nemocný žil před příhodou, je ve většině případů nemožný. Má to velmi negativní vliv na psychiku nemocného i jeho nejbližších.

V praktické části se zabýváme otázkou: „Jaké jsou rozdíly v ošetrovatelské péči o pacienta s ischemickou mozkovou příhodou, kdy jeden pacient vyhledal lékařskou pomoc brzy po objevení příznaků a druhý pacient ošetření odkládal?“

9 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

9.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem je rozlišit specifika ošetrovatelské péče o pacienta s ischemickou mozkovou příhodou, kdy jeden pacient vyhledal lékařskou pomoc brzy po objevení příznaků a druhý pacient ošetření odkládal.

9.2 Dílčí cíle

1. Vypracovat 2 kazuistiky pacientů s iCMP.
2. Porovnat náročnost péče u pacientů s iCMP, kdy jeden pacient vyhledal včas lékařskou pomoc a druhý pacient ošetření odkládal.
3. Analyzovat rozdílnost délky hospitalizace a rekonvalescence u pacientů po iCMP, kdy jeden pacient vyhledal včas lékařskou pomoc a druhý pacient ošetření odkládal.
4. Vypracovat informační materiál pro veřejnost s hlavními příznaky CMP

9.3 Výzkumné otázky

1. Bude náročnost v péči o pacienta s iCMP přicházejícího ihned po objevení příznaků rozdílná oproti péči o pacienta s iCMP, který ošetření odkládal?
2. Bude délka hospitalizace a rekonvalescence u pacienta s iCMP přicházejícího ihned po objevení příznaků rozdílná oproti délce hospitalizace a rekonvalescence u pacienta s iCMP, který ošetření odkládal?

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

V tomto šetření byl výběr pacientů záměrný. Základním kritériem byli pacienti s diagnózou ischemické mozkové příhody hospitalizovaní na neurologickém oddělení. Dalším kritériem byl pacient léčený včas trombolýzou a pacient přicházející po uzavření terapeutického okna k podání trombolýzy.

Oba pacienti byli seznámeni se sběrem informací, a s tím, že uvedené informace budou anonymní. Na základě toho podepsali informovaný souhlas (viz Příloha H)

11 METODIKA PRÁCE

K získání informací v této práci byl použit kvalitativní výzkum, jehož metoda není zaměřena na výpočty s čísly. Zaměřuje se na jednotlivce, zkoumá, získává a analyzuje fenomény a fakta ze života lidí, z jejich chování a vztahů. (Kutnohorská, 2009, s. 22)

Metodou zpracování tohoto kvalitativního výzkumu bylo vypracování dvou kazuistik. Informace jsme získali pomocí polostrukturovaného rozhovoru, pozorováním a analýzou dokumentace. Následně jsme získané informace zpracovali formou ošetřovatelského procesu dle koncepčního modelu Marjory Gordonové zaměřeného na člověka jako na bytost s bio-psycho-sociálními potřebami.

12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal na neurologickém oddělení KKN od 4. 11. do 20. 12. 2019 se souhlasem náměstkyně pro nelékařská povolání Mgr. Gabriely Fritsch Píchové (viz Příloha G)

13 KAZUISTIKA 1

84letý muž přivezen rodinou na neurologickou ambulanci v 19.59 hodin pro poruchu řeči trvající hodinu. Dle rodiny hledal a komolil slova, vyjadřoval se ve větách, které nedávaly smysl.

13.1 Anamnéza

Aktuální lékařské diagnózy:

- mozkový infarkt způsobený neurčitou okluzí nebo stenózou mozkových tepen
- od prosince 2019 se léčí s otitis media

Chronické diagnózy:

- Chronická obstrukční plicní nemoc
- Fibrilace síní
- Chronický vertebrogenní algický syndrom
- Dna
- Stav po cholecystektomii (v 52 letech)
- Stav po operaci menisku (v 58 letech)

Rodinná anamnéza

Pacient žije ve společné domácnosti s manželkou. Manželka je chodící, soběstačná, prodělala infarkt myokardu a má diabetes mellitus 2. typu. Mají spolu 2 syny, kteří jsou zdraví a žijí se svými rodinami. Otec pacienta zemřel na cévní mozkovou příhodu v 74 letech a matka zemřela stářím v 96 letech.

Sociální anamnéza

Pacient žije s manželkou v panelovém bytě v 5. patře s výtahem. Poblíž domu mají zahrádku.

Pracovní anamnéza

Pacient je nyní v důchodu, dříve pracoval ve státním podniku jako ekonomický náměstek.

Farmakologická anamnéza

Pacient užívá Rytmonorm, Purinol, Urizia, Gabanox, Seretide diskus, Spiriva, Ventolin, Ciplox, Ciloxan. Všechny předepsané léky užívá přesně dle rozpisu lékaře.

Alergická anamnéza

Pacient alergie neudává.

Abúzus

Pacient nepije alkohol a nekouří

Fyzikální vyšetření sestrou při přijetí

Výška: 165 cm

Váha: 85 kg

BMI: 31,22 kg/m²

Tlak: 191/92mmHg

Srdeční frekvence: 69/min.

Saturace: 95%

Tělesná teplota: 36,7 °C

GCS: 15

Ošetřovatelská anamnéza při přijetí

Vědomí: orientován místem, časem, osobou

Komunikace: spolupracuje, sluch i zrak je dobrý, občas komolí slova

Výživa: obezita I. stupně, výrazný váhový úbytek neguje, dieta racionální

Vylučování: bez potíží, stolice byla včera večer, močí spontánně

Dýchání: mírná dušnost pro CHOPN, zejména při námaze

Stav kůže: spíše suchá, bez defektů

Kompenzační pomůcky: brýle na čtení, horní a spodní zubní protéza

Bolest: neguje

Spánek: v domácím prostředí nenarušený

Víra: ateista

Hodnotící škály při přijetí (viz příloha E)

Barthelův test běžných denních činností – 55 bodů = **závislost středního stupně**

Nutriční screening – 0 bodů = není nutné kontaktovat nutriční terapeutku

Riziko pádu – 4 body = **pacient je ohrožen pádem**

Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové: 28 bodů = pacient není ohrožen vznikem dekubitu

Hodnotící škály při překladech na oddělení (17. 11. 2019)

Barthelův test - 100 bodů = nezávislý

Riziko pádu – 1 bod = není ohrožen pádem

Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové: 32 bodů = pacient není ohrožen vznikem dekubitu

Nutriční screening - 0 bodů = není nutné kontaktovat nutriční terapeutku

Medikace při příjmu na emergency

Isoket 2 mg /hodinu i.v. dávkovačem, stop ve 21.01 hodin

Actilyse 7 mg i.v. bolusem a 67 mg i.v. dávkovačem na 2 hodiny do 21.23 hodin

Medikace na JIP

Chronická medikace ponechána

Nově Plasmalyte i.v. 80 ml/ hodinu infuzní pumpou

13.2 Shromažďování dat dle modelu Marjory Gordonové

Shromažďování dat trvalo během celé hospitalizace od 15. 11. do 21. 11. 2019. Hlavní rozhovor s pacientem byl proveden druhý den hospitalizace 16. 11. 2019

Vnímání zdravotního stavu

Subjektivně: Pacient udává uspokojivé zdraví přiměřené svému věku. V mládí prý dost kouřil, nyní nekouří již 50 let. Snažil se žít aktivním životem, rekreačně sportoval. Na otázku, jak se momentálně cítí, udává, že včera mu nebylo dobře. Nejvíc ho trápilo, že se nedokázal vyjádřit. Ale po podání infúze na oddělení akutního příjmu se vše upravilo. Na otázku, zda znal před příhodou příznaky mozkové příhody, odpovídá, že ano. Zemřel na ni jeho otec. Nyní se cítí dobře, nechce se mu ležet v lůžku. 4 hodiny před příhodou pocíťoval bolest hlavy. Hlava ho již od příjmu nebolí.

Objektivně: Pacient vypadá mladší, než je jeho biologický věk. Mluví klidně, orientovaně, přetrvává lehká dysartrie.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Na dotaz, zda se pacientovi špatně polyká, odpovídá negativně. Chuť k jídlu má a nemocniční strava mu chutná. Doma mu vaří manželka, která je dle jeho slov „vynikající kuchařka“.

Objektivně: Pacient má dietu č.3 - racionální. Jí samostatně a polyká bez potíží. Obezita I. stupně.

Vylučování

Subjektivně: Pacient udává doma časté nutkání na močení, má prý zvětšenou prostatu a užívá na to léky. Stolicí udává pravidelnou jednou denně.

Objektivně: Pacient má zavedený permanentní močový katétr z oddělení akutního příjmu. Na JIPu se sleduje diuréza po 3 hodinách. Moč je čirá, bez známek krve.

Aktivita – cvičení

Subjektivně: Pacient se již cítí dobře. Dříve hrál pasivně fotbal a kuželky s kamarády. V posledních letech tráví volný čas na zahrádce, kterou si stále zútulňuje. Pacient udává, že se již těší na standardní oddělení, kde bude moct chodit. Nerad lenoší.

Objektivně: V rámci lůžka plně soběstačný, doporučený klidový režim dodržuje. Manželka mu donesla časopis a knihu. Snaží se číst nahlas, ale pouze tak aby nerušil ostatní pacienty a tím se znovu učí správně artikulovat.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: Pacient si na spánek doma nestěžuje. Pravidelně doma usíná u knihy. Na JIPu se vyspal málo, neboť ho budil hluk z přístrojů, časté měření fyziologických funkcí a péče o ostatní pacienty. Těší se na standardní oddělení, kde nebude tolik rušivých vlivů.

Objektivně: Na pacientovi není znát, že se vyspal málo. Je plný optimismu, snaží se plnit vše, co mu zdravotnický personál doporučí. Na chvíli usíná po obědě.

Vnímání, citlivost a poznávání

Subjektivně: Pacient udává, že brýle nosí pouze na čtení a slyší, jen to, co chce. Paměť trénuje luštěním křížovek, čtením knih a stále se aktivně zajímá o politické dění. Na otázku, zda často zapomíná, odpovídá negativně. Bolest udává jen občasnou v zádech, navštěvuje pravidelně svého neurologa, který mu předepíše rehabilitace a pacient je pak spokojený a jak říká: *“Mám pak na půl roku pokoj“*.

Objektivně: Pacient slyší a na dálku vidí dobře. Na čtení má brýle. Je plně orientovaný časem, místem i osobou. Při rozhovoru mluví klidně, chvílemi je ještě řeč setřelá. Je na něm vidět velká snaha se uzdravit.

Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně: Pacient se popisuje jako věčný optimista, občas je výbušný, ale rychle se umí se vším vypořádat. Z ničeho si nedělá hlavu, ani z nynějšího onemocnění. Má touhu se uzdravit a říká: *„Ještě tady budu strašit do sta let“*.

Objektivně: Svě onemocnění bere vážně a dodržuje veškeré pokyny zdravotnického personálu, chvílemi až úzkostně chce řešit každý detail.

Role a mezilidské vztahy

Subjektivně: Pacient bydlí s manželkou v třípokojovém bytě panelového domu. Spolu mají 2 syny, kteří žijí se svými manželkami. Pacient má 2 vnuky, 2 vnučky a 1 pravnučku. Děti mu prý dělají velkou radost. Celá rodina se pravidelně navštěvuje, nejraději se schází na zahradě, kde rádi posedí u grilu, hrají na kytaru a zpívají.

Objektivně: Za pacientem na návštěvu přišla manželka i oba synové. Je vidět, že mají velmi pěkné rodinné vztahy.

Sexualita a reprodukční schopnost

Subjektivně: Na téma sexuality vtipkuje a odpovídá: „*Na takové věci už nemám čas. Od toho jsou tu mladí*“.

Objektivně: Nehodnoceno

Stres a zátěžové situace

Subjektivně: Pacient udává, že stres snáší dobře. Když se toho nahromadí víc, prý se neudrží a vybuchne. Ale jen na chvíli. Tím se mu uleví a je zase klidný.

Objektivně: Zde je pacient klidný, vyrovnaný, spolupracující. Na nemocniční prostředí se adaptoval dobře.

Víra, životní hodnoty

Subjektivně: Pacient udává na otázku, zda je věřící: „*Jsem nevěřící Tomáš, co si neudělám a nazařídím sám, tak nemám*“. Pacient věří v uzdravení.

Objektivně: U pacienta nebyly pozorovány známky víry.

13.3 Průběh hospitalizace

15. 11. 2019 – příjem a 1. den hospitalizace

Pacient byl přivezen rodinou na neurologickou ambulanci Karlovarské krajské nemocnice dne 15. 11. 2019 v 19.59 hodin pro asi hodinu trvající poruchu řeči, hledal slova, komolil je, vyjadřoval se nesmyslně. Poruše řeči předcházela asi dvouhodinová bolest hlavy. Ve 20.02 hodin byl pacient převezen na oddělení akutního příjmu KKN, kde ho vyšetřil neurolog, který stav zhodnotil a stanovil diagnózu mozkový infarkt způsobený neurčitou okluzí nebo stenózou mozkových tepen s expresivní afázií. Lékař naordinoval

provedení základních biochemických a hematologických odběrů, rentgen srdce a plic, CT mozku a CT angiografii. Sestra zavedla pacientovi dvě periferní kanyly a asistovala lékaři při zavádění permanentního močového katétru. Ve 20.22 hodin bylo pacientovi podáno 74 mg léku Actilyse a 2 mg léku Isoket intravenózní infúzí prostřednictvím lineárního dávkovače v průběhu 1 hodiny. Léčebným efektem této infúze byla trombolýza a snížení krevního tlaku. Po podání infúze měl pacient krevní tlak v normě a další aplikace Isoketu již nebyla nutná. Na oddělení akutního příjmu byl pacient ústně seznámen s nutností hospitalizace na JIP, na zápěstí byl pacientovi připnut identifikační náramek, byl seznámen se svými právy a povinnostmi. Pořadí činností bylo upraveno vzhledem k akutnímu stavu, informace byly podány nejprve ústně, poté je pacient stvrdil písemným souhlasem s hospitalizací. O tomto pořadí rozhodl ošetřující lékař. Ve 21.30 hodin byl pacient převezen na iktovou jednotku intenzivní péče, kde byl napojen na monitor, byla odebrána ošetřovatelská anamnéza a následně byl seznámen s režimem iktové jednotky a používáním signalizačního zařízení. U pacienta byla nastavena kontrola fyziologických funkcí po 1. hodině, hodnocení GSC, bolesti a diurézy po 3. hodinách, kontrola tělesné teploty a glykémie po 6. hodinách. Bilance tekutin měřením příjmu a výdeje byla sledována po 1. hodině. Infúzní pumpou byl podáván kontinuálně roztok Plasmalyte rychlostí 80 ml/hodinu. Po celou dobu se sledovalo, zda nedochází ke vzniku krvácivých projevů, které mohou být komplikací trombolýzy. Spánek měl pacient přerušovaný častým monitorováním fyziologických funkcí a rušivými vlivy na oddělení. Pacient byl celou noc stabilizovaný, bez krvácivých projevů, fyziologické funkce byly v normě, bolesti neudával.

16. 11. 2019 – 2. den hospitalizace

Ráno byla pacientovi provedena hygiena na lůžku s jeho dopomocí a poté se sám nasnídal. Pokračovalo se v nastaveném režimu monitorování fyziologických funkcí, kontroly diurézy, glykémie, GSC a tělesné teploty. Před obědem přišel pacienta vyšetřit klinický logoped, který mu doporučil různá cvičení zaměřená na expresivní afázii. U pacienta došlo v důsledku včasné trombolýzy k výraznému zlepšení této poruchy. Po obědě pacient asi na hodinu usnul z důvodu přerušovaného nočního spánku. Odpoledne za ním přišla na návštěvu manželka a oba synové. Donesli mu oblíbenou knihu a časopisy s křížovkami poskytli mu důležitou psychickou podporu. Po večeři si pacient chvíli četl. Noční spánek měl opět přerušovaný, vadily mu zvuky spojené s provozem iktové jednotky.

Celých 24 hodin byl pacient z hlediska fyziologických funkcí stabilizovaný, bez bolestí, bez krvácivých projevů.

17. 11. 2019 – 3. den hospitalizace

Ráno si pacient provedl sám hygienu na lůžku a po snídani byl přeložen na standardní oddělení neurologie. Zde byl seznámen s režimem oddělení jeho organizací a signalizačním zařízením. Na zápěstí dostal nový aktualizovaný identifikační náramek. Byla odebrána nová ošetrovatelská anamnéza a přehodnotil se Barthelův test, riziko pádu a riziko vzniku dekubitů. Bylo provedeno kontrolní CT mozku s negativním výsledkem a nově v medikaci začal pacient dostávat p.o. Warfarin 5mg v poledne, Fraxiparine 0,3 ml s.c ve 21.00 hodin. Fyziologické funkce se měřily ráno a večer. Byly zrušeny obě periferní kanyly a odstraněn permanentní močový katétr. Na pokoji byl spolupacient se stejnou diagnózou, oba si společně povídali. Po obědě spal pacient dvě hodiny, než za ním přišla na návštěvu manželka. Byl se s manželkou trochu projít po chodbě a večer se díval na televizi. Na oddělení byl pacient stabilní, bez bolestí, bez nových potíží. Spal celou noc nepřerušovaně.

18. 11. – 20. 11. 2019 – 4. až 6. den hospitalizace

Hygienickou péči prováděl pacient sám a byl plně soběstačný i v dalších oblastech sebezpěče. Hodně četl a cvičil dle doporučení klinického logopeda. Afázie se velmi zlepšila. Tyto dny probíhala venózním odběrem kontrola srážlivosti krve z důvodu převedení pacienta na léčbu Warfarinem, kdy bylo potřeba nastavit jeho účinnou hladinu v séru. Léčba Warfarinem vyžaduje určitou pacientovu ukázněnost, proto byl pacient edukován o přípravku, jeho účinku, komplikacích a dietních opatřeních. Pacientovi byl předán o tomto léku informační leták. Po celou dobu byl pacient stabilizovaný a bez potíží. Spal dobře.

21. 11. 2019 – 7. den hospitalizace

Dnes byla nastavena účinná hladina Warfarinu, pacient byl ve stabilizovaném stavu a opakovaně poučen a propuštěn do domácího ošetřování. Domlouváme s pacientem jeden telefonický hovor přibližně za měsíc k získání informací o dalším vývoji jeho stavu. Pacient souhlasí.

16. 12. 2019

Pacienta jsme telefonicky kontaktovali. Dle jeho sdělení na logopedii nedochází, již je bez afázie. Léčbu plně dodržuje, výsledky hemokoagulačního vyšetření má v normě, hladina Warfarinu je tedy účinná. Domluvil se s manželkou, že budou spolu vařit zdravější jídla a denně chodit procházkou na zahrádku. Na 15. 2. 2020 má naplánovanou kontrolu v iktové poradně.

13.4 Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy jsou citovány z knihy Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace NANDA International:

Problém č. 1:

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 4. Kardiovaskulární/pulmonální reakce

00201 Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfúze

Snížená hladina kyslíku v krvi s následným selháním výživy tkání se projevuje poruchou řeči, změnou chování, neklidem, polykacími obtížemi, poruchou motoriky a vědomí.

Očekávané výsledky: u pacienta se obnoví průtok krve v mozkové tkáni a zabrání se rozvoji otoku mozku.

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnot' schopnost pacienta dorozumět se a najdi způsob, jak se dorozumět.
- Sleduj duševní stav, event. stavy zmatenosti.
- Sleduj bolesti hlavy, závratě.
- Sleduj základní fyziologické funkce, saturaci krve kyslíkem a úroveň vědomí pacienta.
- Podávej medikaci dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Pacient má vitální funkce v normě, má zlepšen neurologický stav, pacient je schopen se dorozumět, pacient je schopen udržet pozornost, pacient je schopen maximální možné sebepěče.

Problém č. 2

Doména 5. Percepce/komunikace

Třída 5. Komunikace

00051 Zhoršená verbální komunikace

Snížená, zpožděná či neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat nebo využívat systém symbolů se projevuje potížemi porozumět komunikaci, potížemi verbálně vyjádřit myšlenky, potížemi s tvorbou vět, potíže vyjadřovat se, špatnou artikulací, drmoláním.

Očekávané výsledky: pacient obnoví schopnost verbální komunikace.

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnot' a zdokumentuj schopnost pacienta mluvit, poslouchat, psát, aby byla umožněna komunikace mezi pacientem a personálem.
- Informuj pacienta o důvodu narušené schopnosti komunikovat verbálně.
- Během rozhovoru udržuj s pacientem oční kontakt, hovoř pomalu a srozumitelně.
- Zajisti logopedickou konzultaci.
- Nauč pacienta používat k vyjádření svých potřeb alternativní prostředky (blok a tužku, gesta).
- Zaznamenávej míru úzkosti, projevy hněvu a frustrace a informuj pacienta, že je to jeho přirozená reakce.
- Sleduj a zaznamenávej pokrok v komunikaci do dokumentace.

Hodnocení: Pacient používá správná slova, mluví pomaleji, ale srozumitelně, čte nahlas.

Problém č. 3

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 1. Spánek/odpočinek

00095 Nespavost

Narušení množství a kvality spánku souvisí s provozem na JIP, světlem, hlukem z přístrojů, častým měřením fyziologických funkcí, častým probouzením během noci, nespokojeností pacienta se spánkem, nedostatečným odpočinkem, únavou.

Očekávané výsledky: u pacienta dojde ke zlepšení spánku, bude odpočatý a v celkové pohodě.

Ošetrovatelské intervence:

- Zjistí všechny faktory ovlivňující spánek.
- Zajisti před spaním klidné prostředí.
- Zajímej se o subjektivní pocity a pacientovy stížnosti na spánek, průběžně je zaznamenávej.
- Sleduj důsledky poruchy spánku.

Hodnocení: Pacient spí nejméně 6 hodin, budí se odpočatý, během noci se nebudí.

Problém č. 4

00206 Riziko krvácení

Souvisí s antikoagulační léčbou.

Očekávané výsledky: U pacienta nedojde ke vzniku krvácení.

Ošetřovatelské intervence:

- Edukuj pacienta o možných rizicích souvisejících s antikoagulační léčbou.
- Pátrej po krvácivých projevech.
- Pravidelně prováděj odběr krve na hemokoagulační vyšetření.

Hodnocení: U pacienta nedošlo ke vzniku krvácení.

Problém č. 5

00004 Riziko infekce

Souvisí se zavedenými invazivními vstupy.

Očekávané výsledky: U pacienta nedojde k rozvoji infekce.

Ošetřovatelské intervence:

- Dodržuj aseptické postupy při zavádění i.v. vstupů a močového katetru.
- Dodržuj správné postupy při aplikaci i.v. léků.
- Sleduj známky infekce v místě invazivních vstupů.
- Hodnot' známky infekce a zapiš do dokumentace.
- V případě známek infekce odstraň i.v. vstupy nebo močový katetr.

Hodnocení: U pacienta nedošlo k rozvoji infekce.

13.5 Edukační plán

Účel: Seznámit pacienta se základními logopedickými metodami.

Cíl: Pacient se snaží o obnovu řeči.

Výuková metoda: Rozhovor, popis, praktický nácvik.

Pomůcky: Brožura, literatura, internet, slabikář.

Psychomotorická oblast

Specifický cíl: Pacient se snaží o obnovení řeči.

Hlavní body plánu: Sestra názorně předřikává slabiky, pacient je po ní opakuje. Sestra zpívá známé dětské písně, pacient se k sestře přidá. Sestra vyzve pacienta k vyjmenování dnů v týdnu, jak jdou po sobě, pacient odpovídá.

Časová dotace: 20´

Hodnocení: Pacient čte nahlas, opakuje slabiky, zpívá písně, vyjmenuje dny v týdnu, řeč má srozumitelnou.

Kognitivní oblast

Specifický cíl: Pacient bude znát logopedické možnosti vedoucí k obnově řeči.

Hlavní body plánu: Sestra vyjmenuje možnosti základního logopedického cvičení, ukáže brožury, nasměruje pacienta na internetové odkazy.

Časová dotace: 10´

Hodnocení: Pacient dokáže vyhledat internetové odkazy, použít informační brožury.

Afektivní oblast

Specifický cíl: Pacient chápe důležitost opakovaně používat doporučené logopedické možnosti.

Hlavní bod plánu: Sestra pacientovi vysvětlí, proč je důležité řeč procvičovat, pacient může vyjádřit dotazy.

Časová dotace: 10´

Hodnocení: Pacient chápe důvod edukace, chápe důležitost těchto základních logopedických cvičení, neklade žádné dotazy.

14 KAZUISTIKA 2

77letá žena byla přivezena na oddělení akutního příjmu Karlovarské krajské nemocnice dne 2. 11. 2019 v 18.35 minut. Posádka RLP hlásila akutní CMP s pravostrannou hemiparézou a s dysartrií. RLP přivolala dcera, která pacientku pravidelně navštěvuje při cestě z práce.

14.1 Anamnéza

Aktuální lékařská diagnóza:

- Ischemická cévní mozková příhoda neurčená jako krvácení nebo infarkt

Chronické diagnózy:

- Arteriální hypertenze
- Chronická renální insuficience
- Chronická žilní insuficience
- Paroxysmální fibrilace síní
- Stav po appendektomii (v 56 letech)
- Stav zlomenině ramínka stydké kosti (v 72 letech)
- Stav po cholecystektomii (v 73 letech)

Rodinná anamnéza

Matka pacientky zemřela v 54 letech na karcinom žlučníku, otec zemřel v 68 letech na infarkt myokardu. Pacientka má 2 dcery, obě jsou zdravé. Manžel zemřel před 3 lety na rakovinu plic.

Sociální anamnéza

Pacientka žije sama ve 2. patře panelového domu s výtahem.

Pracovní anamnéza

Pacientka je nyní v důchodu. Dříve pracovala jako účetní.

Gynekologická anamnéza

Pacientka udává menopauzu v 55 letech. Porodila fyziologicky dvě dcery a prodělala jeden potrat.

Farmakologická anamnéza

Pacientka užívá léky podle rozpisu lékaře - Bisoprolol, Detralex, Stacyl.

Alergie

Pacientka udává alergii na antibiotika Ofloxin a Penicilin, další alergie nejuje.

Abúzus

Pacientka nepije alkohol a nekouří.

Fyzikální vyšetření sestrou při přijetí

Výška: 162 cm

Váha: 73 kg

BMI: 27,82 kg/m²

Tlak: 149/90 mmHg

Srdeční frekvence: 74/min.

Saturace: 95%

Tělesná teplota: 36,6 °C

GCS: 15

Ošetřovatelská anamnéza při přijetí

Vědomí: orientována místem, časem i osobou

Komunikace: pro dysartrii je ztížená, s velkými obtížemi řekne jméno, slyší dobře

Výživa: přiměřené výživy

Vylučování: na dotaz, zda chodí pacientka pravidelně na stolicí, kladně odpovídá kývnutím hlavy, močí spontánně

Dýchání: klidné, bez známek dušnosti

Stav kůže: suchá, na pravé paži a na lokti jsou drobné odřeniny, u pravého oka má otlak

Kompenzační pomůcky: brýle na čtení, horní a spodní zubní protéza

Bolest: dle BPS 4 - mírná bolest (viz Příloha D)

Spánek: na dotaz, zda spí dobře, odpovídá pacientka kladným kývnutím hlavy

Víra: na otázku, zda je věřící, pacientka odpovídá záporným otočením hlavy

Hodnotící škály při přijetí

Barthelův test běžných denních činností – 15 bodů = **vysoce závislá**

Nutriční screening – nelze hodnotit

Riziko pádu – 5 bodů = **pacientka je ohrožena pádem**

Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové: 17 bodů = **pacientka je ohrožena vznikem dekubitu**

Hodnotící škály při překladi na oddělení (4. 11. 2019)

Barthelův test běžných denních činností – 15 bodů = **vysoce závislá**

Nutriční screening - 0 bodů = není nutné kontaktovat nutriční terapeutku

Riziko pádu – 5 bodů = **pacientka je ohrožena pádem**

Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové 17 bodů = **pacientka je ohrožena vznikem dekubitu**

Hodnotící škály na oddělení – přehodnocení po 7 dnech hospitalizace

Barthelův test běžných denních činností – 25 bodů = **vysoce závislá**

Riziko pádu – 5 bodů = **pacientka je ohrožena pádem**

Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové - 23 bodů = **pacientka je ohrožena vznikem dekubitu**

Medikace na oddělení akutního příjmu

Plasmalyte 80 ml/hodinu

Medikace na JIP

Plasmalyte 80 ml/ hodinu

O2 nosními hroty 2 l/minutu

Fraxiparine 0,4 ml s.c.ve 20.00 hodin

Chronická medikace ponechána

Medikace na oddělení

Chronická medikace ponechána

Plasmalyte 1000 ml ráno 8 – 12 h (250 ml/hodinu)

Fraxiparine 0,4 ml s.c. ve 20.00 hodin, 11. den navýšena dávka na 0,6 ml s.c. v 8.00 a 20.00 hodin

nově od 4. dne hospitalizace Prenessa 4 mg 1 – 0 – 0

od 11. dne Stacyl vysazen a naordinován Anopyrin 100 mg 1 – 0 – 0

14.2 Shromažďování dat dle modelu Marjory Gordonové

Shromažďování dat trvalo po celou dobu hospitalizace, hlavní rozhovor s pacientkou byl proveden 4. 11. 2019. Pro přetrvávající dysartrii bylo shromažďování dat pomocí rozhovoru ztížené. Použili jsme tabulku s abecedou.

Vnímání, citlivost a poznávání

Subjektivně: Pacientka udává, že než se jí stala tato příhoda, žila bez větších potíží. Chronické nemoci přisuzuje věku, nijak ji to netrápilo. O mozkové příhodě toho moc neví. Na tento dotaz jsem se ptala i dcer a ty také nic neví. Určitě se chtějí dozvědět co nejvíce a informační leták by byl jistě pro ně přínosem.

Objektivně: Na pacientce je znát, že ji trápí její neschopnost se vyjádřit a neschopnost hýbat pravými končetinami. Snaží se s personálem maximálně spolupracovat, ale je vidět, že je velmi unavená a smutná.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Pacientka doma problém s jídlem neměla, vařila si hlavně omáčky na více dní. Teď se jí hůře polyká, zejména tekutiny, kdy hrozí riziko jejich vdechnutí. Sestřička jí do vody přidává zahušťovací prášek a pak lze tekutiny přijímat lžičkou. S pevnou stravou tento problém neudává.

Objektivně: Pacientka po podání nezahuštěné tekutiny kašle, zahuštěné tekutiny a pevnou stravu spolkne. Nemá chuť k jídlu, od každého jídla sní trochu. Dietu má 3 – racionální, kašovitou.

Vylučování

Subjektivně: Pacientka udává inkontinenci pouze v případě, že si kýchne nebo zakašle. Jinak moč udrží. Se stolicí nikdy problém neměla, chodila pravidelně každý den ráno.

Objektivně: Pacientce byl zaveden při příjmu permanentní močový katétr. Potřeba na stolicí se řešila podložní mísou.

Aktivita – cvičení

Subjektivně: Pacientka udává, že v mládí hodně sportovala, moc ráda jezdila na kole, plavala a bruslila. Nyní chodí pouze v létě plavat k dceři do bazénu a ráda hlídá svá 3 vnoučata. Před 5 lety měla zlomeninu stydké kosti po úraze, občas jí to bolí a podle dcer si stěžuje i na bolesti nohou.

Objektivně: Pacientka byla upoutána na lůžko. Fyzioterapeut ukázal pacientce cviky, které si může cvičit sama po celý den a pacientka jeho rady uposlechla. V průběhu hospitalizace se postupně dokázala udržet na lůžku v sedě a ke konci hospitalizace dokázala s pomocí vstát.

Spánek a odpočinek

Subjektivně: Pacientce doma stačilo spát 5 hodin. Velmi brzy se budila. Dcera dodává s úsměvem, že to doháněla po obědě u televize. Na JIP se jí spalo špatně. Vadil jí zde hluk a světlo, jednu noc si dokonce nepamatuje. Na standardním oddělení se jí již spí dobře. Leží na pokoji s milou paní, která jí občas s něčím pomůže.

Objektivně: Na pacientce je znát únava a nevyspání. Každý den po obědě spí, než za ní přijdou dcery na návštěvu. Druhý den pobytu na JIP byla zmatená, celou noc nespala. V průběhu hospitalizace nabírala sílu a spánek se jí viditelně zlepšil.

Vnímání, citlivost a poznávání

Subjektivně: Pacientka udává, že dřív v mládí nosila brýle na dálku, ale ve stáří vidí dobře. Neměla moc silné dioptrie. Na čtení brýle využívá. Nyní se nemůže vyjádřit slovně, vadí jí to. Na dotaz, zda má bolesti odpovídá, že „ano, ale úplně jiné, než jsem zvyklá, to je z toho ležení.“ Na dotaz, zda chce medikaci na tlumení bolesti, odpovídá negativně. Prý musí něco vydržet. Dcery jí přinesly knihy z edice červené knihovny, ty čte nejraději. Ráda poslouchá rozhlas.

Objektivně: Pacientka druhý den na JIP nebyla orientována, ale od následujícího dne se tento stav již neopakoval. Byla plně při vědomí a orientovaná po celou dobu hospitalizace. Bolesti na sobě nedává znát a tlumit je odmítá. Při čtení využívá brýle a na komunikaci tabulku s písmeny. V průběhu hospitalizace se jí velmi zlepšila schopnost vyjádřit se. Na pacientce bylo vidět, jak moc se snaží a jak jí každý pokrok dělá radost.

Sebepojetí a sebeúcta

Subjektivně: Pacientka bývala velmi houževnatá, pracovitá, zodpovědná a aktivní osoba. Teď na stáří polevila. Snadno se prý rozčílí, což potvrzují i dcery. Ale prý vydrží naštvaná jen chvíli. Pacientka si velmi přeje uzdravit se. Necítí se ještě tolik stará, aby byla závislá na druhých.

Objektivně: Během hospitalizace byla na pacientce vidět chuť spolupracovat, cvičit, zlepšovat svůj stav. Dcery ji zde navštěvovaly každý den, velmi jí to pomáhalo hlavně po psychické stránce, že není na své postižení sama.

Role a mezilidské vztahy

Subjektivně: Pacientka se cítila osaměle v době, co jí zemřel manžel. Hodně navštěvuje svoje dcery a nejvíc miluje svá vnoučata. Často je hlídá a dávají jejímu životu opět smysl.

Objektivně: Dcery pacientku navštěvovaly každý den, což jí velmi těšilo a dodávalo jí to sílu. Po jejich návštěvě byla vždy plná energie.

Sexualita a reprodukční schopnosti

Nehodnoceno

Stres a zátěžové situace

Subjektivně: Pacientka uvádí, že je: „*hodně vznětlivá, hned vyletím jako čertík z krabičky. Ale za chvíli o ničem nevím.*“ Dále pacientka udává, že na stres je zvyklá celý život a nejhůře zvládala úmrtí manžela.

Objektivně: Na nemocniční prostředí se pacientka adaptovala velmi dobře. Vyjímkou byla druhá noc na JIP, kdy byla pacientka zmatená a chvílemi i mírně agresivní. Po zbytek hospitalizace velmi dobře spolupracovala.

Víra, životní hodnoty

Subjektivně: Na dotaz, v co pacientka věří, odpovídá: „*Věřím ve svou rodinu. Ta mi dává sílu. Věřím, že tuhle prokletou nemoc porazím.*“

Objektivně: U pacientky nebyly pozorovány známky jakékoliv víry.

14.3 Průběh hospitalizace

2. 11. 2019 – příjem a 1. den hospitalizace

Pacientka byla přivezena rychlou záchrannou službou 2. 11. 2019 v 18.35 hodin na oddělení akutního příjmu KKN s diagnózou akutní cévní mozková příhoda s pravostrannou hemiparézou a dysartrií. Zde byly provedeny základní odběry, natočeno EKG, provedlo se RTG vyšetření srdce a plic, CT mozku a CT angiografie, kde byl nález již rozvinuté ischemie, proto pacientka nebyla indikována k trombolýze. Byl zaveden permanentní močový katétr. Periferní kanylu měla pacientka zavedenou již v sanitce RLP. Sestra na oddělení akutního příjmu pouze zkontrolovala její funkčnost a podala infuzní roztok dle ordinace lékaře. Sestra seznámila pacientku s právy a povinnostmi pacienta. Po podepsání souhlasu s hospitalizací a nasazení identifikačního náramku byla v 19.55 hodin pacientka převezena na iktovou JIP, kde byla hospitalizována 2 dny. Zde provedla sloužící sestra s pacientkou vstupní pohovor, seznámila ji s režimem iktové jednotky a se signalizačním zařízením. Pacientka byla napojena na monitor zaznamenávající fyziologické funkce, které byly měřeny po jedné hodině a zaznamenávány do dokumentace. Dále byla sledována bilance tekutin, kontrola vědomí a hodnocení bolesti po 3 hodinách. Infuzní roztok Plasmalyte se podával infúzní pumpou rychlostí 80 ml/hodinu, aplikoval se lék Fraxiparine 0,4 ml s.c. a pacientce byl podán kyslík nosními hroty rychlostí 2 l/minutu. Hemodynamicky byla pacientka stabilní celou noc, bolest udávala pouze mírnou, bez nutnosti medikace. Tekutiny sestra podávala zahuštěné, pacientka je takto tolerovala. Při vstupním vyšetření sestra objevila na paži a lokti pravé horní končetiny oděrku na kůži a

v okolí hematom. Sestra oděrku i hematom ošetřila. Pacientka byla velmi unavená, spala celou noc klidně.

3. 11. 2019 – 2. den hospitalizace

Ráno byla u pacientky provedena hygiena na lůžku. Pacientka si sama omyla obličej levou rukou. V průběhu hygieny byla pacientce ošetřena oděrka na paži a na lokti a hematom namazán mastí. Na sakrum sestra nalepila speciální ochrannou náplast, která slouží k prevenci vzniku dekubitů. Sestra zkontrolovala periferní žilní kanylu, zda nejeví známky infekce. Žádné známky infekce nebyly nalezeny. Po hygieně byla pacientka napolohována do vysokého sedu a sestra ji pomalu pomohla nakrmit. Pacientka snědla čtvrt porce. S polykáním léků problém neměla. Dopoledne navštívil pacientku klinický logoped spolu s fyzioterapeutkou. Klinický logoped vyšetřil míru postižení a doporučil jeden základní léčebný postup, který může pacientka zkoušet i sama. Fyzioterapeutka prováděla lehkou rehabilitaci pravých končetin na lůžku. Sestra pacientku pravidelně polohovala a podkládala predilekční místa antidekubitními pomůckami. Po obědě udávala pacientka zhoršení bolesti zad a pravé dolní končetiny, dle ordinace lékaře sestra aplikovala infuzní roztok Paracetamol 1 g infuzní pumpou. Po této medikaci cítila pacientka úlevu. Do odpoledne pacientka spala, poté ji navštívily dcery, které jí pomohly s večeří. Po večerní hygieně pacientka opět usnula. Vzbudila se ve 23.11 hodin, neklidná, zmatená, chvílemi mírně agresivní. Tento stav trval přibližně hodinu, sestra vše vyřešila domluvou a trpělivým přístupem. Kolem jedné hodiny ráno pacientka usnula a spala až do rána. Celou noc byla pacientka hemodynamicky stabilní, bilanci tekutin měla vyváženou.

4. 11. 2019 – 3. den hospitalizace

Ráno se pacientka vzbudila a na noční zmatenost si nevzpomínala. Opět pomáhala levou rukou při ranní hygieně a snažila se mluvit. Chvílemi jí šlo vyslovit celé slovo správně, řekla své jméno i příjmení. Při snídani spolupracovala a snědla celou porci. Při vizitě jí lékař informoval, že ji dnes dopoledne přeloží na standardní oddělení. Pacientka viditelně pookřála a těšila se, že se zbaví „všech hadiček“. Před obědem byla pacientka přeložena na neurologické oddělení. Zde byla seznámena s režimem oddělení, organizací oddělení a signalizačním zařízením. Na zápěstí dostala nový aktualizovaný identifikační náramek. Na pokoji měla jednu spolupacientku, se kterou se seznámila a byla jí velmi sympatická. Bylo na pacientce vidět, že má chuť bojovat a těšila se na dcery. Dcery přišly odpoledne a opět pomohly pacientce s večeří. Na chvíli přišla i vnučata. To pacientku

povzbudilo ještě víc. Po večeři si chvilku četla, poté byla poprvé za dobu hospitalizace na stolici a ulevilo se jí. Spala celou noc. Hemodynamicky byla pacientka stabilní, měla pouze mírně zvýšenou hodnotu krevního tlaku, bilanci tekutin měla vyrovnanou, tělesnou teplotu měla normální a bolesti neudávala. Noční zmatenost se neopakovala. Pacientka byla polohována po dvou a v noci po třech hodinách. Na kůži se neobjevily žádné nové defekty.

5. 11. – 8. 11. 2019 – 4. až 7. den hospitalizace

Na oddělení byly studentky ze zdravotnické školy na praxi. O pacientku se staraly celý týden od rána do odpoledne. Každý den jí provedly hygienu na mycím lůžku v koupelně, pomáhaly pacientce se stravou, nabízely tekutiny, polohovaly ji a po celou dobu péče s pacientkou komunikovaly. Odpoledne vždy přišla jedna z dcer, hodně si s maminkou společně povídaly a tím také procvičovaly zhoršenou řeč. Mluvení se pacientce výrazně zlepšilo. Hodně si zpívala a četla nahlas. Také se snažila cvičit s pravými končetinami. Začala s fyzioterapeutkou trénovat sed na lůžku s dopomocí a nacvičovat stabilitu. Pacientka se velmi snažila, 7. den již vydržela stabilně sedět 10 minut sama bez pomoci. 4. den byl do medikace přidán lék Prenessa 4 mg pro přetrvávající mírnou hypertenzi. Jinak byla pacientka hemodynamicky stabilní, bilance tekutin byla vyrovnaná, stolici měla pravidelnou, afebrilní, bez bolestí. Po psychické stránce byla dobře naladěná a spolupracující. Oděrka na pravé horní končetině se zhojila a hematom ustupoval.

9. 11. – 11. 11. – 8. až 10. den hospitalizace

Schopnost sebepéče se u pacientky velmi zlepšila, u hygieny však stále potřebuje pomoc. Dokáže již stabilně sedět s nohama dolů z lůžka půl hodiny. Jí dobře, tekutiny nebylo nutné již zahušťovat. Po psychické stránce byla pacientka v dobré kondici. Se spolupacientkou navštěvovala denní místnost, kam ji sestra vždy dovezla na kolečkovém křesle. Zde sledovala televizi. Hemodynamicky byla stabilní, spolupracovala, bolesti žádné neudávala, zvýšenou teplotu neměla, bilance tekutin byly vyrovnaná a stolice pravidelná.

12. 11. 2019 – 11. den hospitalizace

Pacientka neměla v průběhu celého dopoledne žádné potíže. Odpoledne za ní přišla na návštěvu dcera, která v 17.52 hodin přivolala sestru s tím, že se mamince udělalo zle a špatně se jí dýchá. Pacientka byla dušná, schvácená a sestra naměřila zvýšenou hodnotu krevního tlaku. Sestra neprodleně přivolala ošetřujícího lékaře. Podle jeho ordinace byl proveden krevní odběr na biochemické vyšetření Troponinu a D-dimerů, pod jazyk byl

pacientce podán Isoket spray 2 vstříky a byla podána nebulizace 2 ml Berodualu s fyziologickým roztokem nebulizační kyslíkovou maskou. Z výsledků laboratorního vyšetření byl zjištěn pozitivní výsledek D-dimerů, proto bylo pacientce provedeno ještě CT plicnice, kde se potvrdila nemasivní plicní embolie. Následně lékař změnil u pacientky ordinaci dávky léku Fraxiparinu. Ve 21.08 hodin se již pacientka cítila lépe, krevní tlak se stabilizoval, bylo ponecháno podávání kyslíku nosními hroty 2 l/minutu, hodnota saturace krve kyslíkem byla v normě a pacientka byla bez dušnosti. Spala celou noc klidně.

13. 11. – 15. 11. 2019 – 12. až 14. den hospitalizace

Pacientka se opět se cítí lépe, hygienu prováděly studentky na mycím lůžku a později také ve sprše. V mluvení se pacientka velmi zlepšila, někdy dokáže říct i více slov za sebou, někdy je to horší, kvalita řeči má kolísavý charakter. V oblasti hybnosti se stav pacientky také zlepšil, 14. den dokázala s pomocí vstát z lůžka. Stabilně sedět již dokáže bez pomoci. Jí a pije dostatečně. Hemodynamicky je stabilní, bez dušnosti a neudává žádnou bolest. Teplotu má normální, kůže je bez defektů, stolice je pravidelná. Dne 15. 11. 2019 bylo u pacientky na základě ordinace lékaře ukončeno podávání Anopyrinu a nově byla zahájena terapie Warfarinem. Dne 18. 11. 2019 byla pacientka přeložena na rehabilitační oddělení KKN.

20. 12. 2019

Telefonicky jsme kontaktovali jednu z dcer pacientky a zeptali jsme se na vývoj stavu. Pacientka byla hospitalizována do 18. 12. 2019 na rehabilitačním oddělení, kde dělala velké pokroky. Nyní bydlí u dcery v rodinném domě, kam za pacientkou v pravidelných intervalech dojíždí fyzioterapeutka z agentury domácí péče. Pacientka je schopna dojít s chodítkem sama na toaletu. Dcera pacientce připraví snídani a oběd, který si pacientka sama zvládne ohřát. Dcera pomáhá i s hygienickou péčí. Velmi se pacientce zlepšil pohyb, síla a koordinace pohybů postižené horní končetiny. Potíže s komunikací pacientka již neudává, mluví pomalu a srozumitelně.

14.4 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy cituji z knihy Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace NANDA International:

Problém č. 1

00201 Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfúze

Snížená hladina kyslíku v krvi s následným selháním výživy tkání se projevuje poruchou řeči, změnou chování, neklidem, polykacím obtížemi, poruchou motoriky, ochrnutím.

Očekávané výsledky: U pacientky se obnoví průtok krve v mozkové tkáni a zabrání se rozvoji otoku mozku.

Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnot' schopnost pacientky dorozumět se a najdi způsob, jak se dorozumět.
- Nacvičuj s pacientkou komunikaci.
- Sleduj duševní stav, event. stavy zmatenosti.
- Sleduj bolesti hlavy, závratě.
- Sleduj základní fyziologické funkce, saturaci O₂ a úroveň vědomí pacientky.
- Podávej medikaci dle ordinace lékaře.
- Zajisti dietu, která bude vyhovovat pacientce s polykacími obtížemi.

Hodnocení: Pacientka má vitální funkce v normě, má zlepšený neurologický stav, pacientka je schopna se dorozumět, pacientka je schopna udržet pozornost, pacientka je bez bolestí, orientovaná.

Problém č. 2

00051 Zhoršená verbální komunikace

Snížená, zpožděná či neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat nebo využívat systém symbolů se projevuje potížemi porozumět komunikaci, potížemi verbálně vyjádřit myšlenky, potížemi s tvorbou vět, potížemi vyjadřovat se, špatnou artikulací, drmoláním.

Očekávané výsledky: Pacientka obnoví schopnost verbální komunikace.

Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnot' a zdokumentuj schopnost pacientky mluvit, poslouchat, psát, ať je umožněna komunikace mezi pacientem a personálem.
- Informuj pacientku o důvodu narušené schopnosti komunikovat verbálně.
- Během rozhovoru udržuj s pacientkou oční kontakt, hovoř pomalu a srozumitelně.
- Zajisti logopedickou konzultaci.
- Nauč pacientku používat k vyjádření svých potřeb alternativní prostředky (blok a tužku, gesta).

- Zaznamenávej míru úzkosti, projevy hněvu a frustrace a informuj pacientku, že je to její přirozená reakce.
- Sleduj a zaznamenávej pokrok v komunikaci do dokumentace.

Hodnocení: Pacientka se snaží mluvit. Zpočátku odpoví jednoslovně, v průběhu hospitalizace je schopnost mluvit zlepšena, má však kolísavý charakter. Používá psací pero a blok, tabulku s abecedou.

Problém č. 3

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 2. Aktivita/cvičení

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost

Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin, se projevuje zhoršením, prováděním jemných motorických dovedností, zhoršením provádění hrubých motorických dovedností, omezeným rozsahem pohybu, potížemi při otáčení.

Očekávané výsledky: pacientka zlepší tělesnou pohyblivost postižených končetin.

Ošetrovatelské intervence:

- Zhodnot' a zaznamenej rozsah imobility dle používaných klasifikací.
- Denně monitoruj a zaznamenávej intenzitu, charakter a rozsah bolesti.
- Denně dbej na fyziologické postavení jednotlivých částí těla dle polohovacího režimu.
- Zajisti konzultaci s fyzioterapeutem pro vypracování rehabilitačního programu.
- Zajisti vhodné pomůcky na prevenci imobility a předcházej vzniku komplikací z imobility.
- Zapoj rodinu do péče o pacientku a nauč je, jak zvládat problémy související s imobilitou.
- Ved' pacientku k soběstačnosti nebo částečné nezávislosti.

Hodnocení: Pacientka v průběhu dne provádí pasivní cvičení na zlepšení rozsahu pohybů. Silnější bolest udávala pacientka pouze na začátku hospitalizace, další průběh hospitalizace pacientka bolest neudávala. Pacientka nevykazovala žádné známky imobilizačního syndromu. S dcerami trénovala posazování a stoj. V průběhu hospitalizace se pohyblivost pravostranných končetin zlepšovala.

Problém č. 4

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebepéče

00108 Deficit sebepéče při koupání

Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání se projevuje zhoršenou schopností dostat se do koupelny, zhoršená schopností regulovat vodu, zhoršená schopností umýt a usušit si tělo.

Očekávané výsledky: Pacientka získá schopnost postarat se o sebe a být nezávislá na pomoci druhých.

Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnot' a zaznamenej stupeň závislosti v aktivitách denního života dle používaných škál.
- Zajisti pomoc při hygienické péči s ohledem na bezpečnost a prevenci úrazu.
- Dbej, aby pacientka vykonávala péči o sebe nepostiženými částmi těla.
- Dopřej pacientce dostatek času při vykonávání sebepéče.
- Poskytni pacientce podpůrné pomůcky k usnadnění sebepéče.
- Denně spolupracuj s fyzioterapeutem.
- Pochval pacientku.
- Zapoj rodinu do péče o pacientku a nauč je, jak zvládat problémy související s deficitem sebepéče.
- Dbej na soukromí pacientky.

Hodnocení: Pacientka se od začátku hospitalizace zapojovala zdravou končetinou do hygieny a zvládala to každým dnem lépe. Pacientka využívá podpůrné pomůcky k usnadnění sebepéče.

Problém č. 5

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebepéče

00109 Deficit sebepéče při oblékání

Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání se projevuje zhoršenou schopností zapnout si oblečení, zhoršenou schopností obléknout a svléknout si potřebné části oděvu, zhoršenou schopností používat zipy, knoflíky, tkaničky.

Očekávané výsledky: Pacientka získá schopnost postarat se o sebe a být nezávislá na pomoci druhých.

Ošetřovatelské intervence:

- Zajisti pomoc při oblékání s ohledem na bezpečnost a prevenci úrazu.
- Zhodnot' a zaznamenej stupeň závislosti v aktivitách denního života dle používaných škál.
- Dopřej pacientce dostatek času při vykonávání sebepéče.

- Nauč pacientku se správně oblékat zdravou končetinou.
- Pozitivně motivuj pacientku k další činnosti a oceňuj aktivitu.
- Dbej na soukromí pacienta.
- Zapoj rodinu do péče o pacientku a nauč je, jak zvládat problémy související s deficitem sebedpěče.

Hodnocení: Pacientka se postupně naučila využívat zdravou končetinu k sebedpěči. Dcery se velmi ochotně do nácviu péče o maminku zapojily.

Problém č. 6

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebedpěče

00110 Deficit sebedpěče při vyprazdňování

Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování, se projevuje zhoršenou schopností přemístit se na toaletu, zhoršenou schopností sedět na toaletě, zhoršenou schopností vstát z toalety, zhoršenou schopností provést správnou hygienu po vyprázdnění, zhoršenou schopností manipulovat s oblečením za účelem vyprazdňování, pocitem studu, strachem.

Očekávané výsledky: Pacientka provádí péči o vyprazdňování na úrovni svých schopností.

Ošetřovatelské intervence:

- Dbej na soukromí pacientky.
- Zajisti pomoc při vyprazdňování s ohledem na bezpečnost a prevenci úrazu.
- Ved' pacientku k aktivní úloze v péči o sebe sama.
- Zajisti příslušné pomůcky.
- Pozitivně motivuj pacientku a oceňuj aktivitu.
- Zapoj rodinu do péče o pacientku a nauč je, jak zvládat problémy související s deficitem sebedpěče.

Hodnocení: Pacientka se v průběhu hospitalizace dokázala vyprázdnit do podložní mísy. Přesun na toaletní židli pacientka nezvládla. Stolicí měla pacientka pravidelnou.

Problém č. 7

Doména 4. Aktivita/odpočinek

Třída 5. Sebedpěče

00102 Deficit sebedpěče při stravování

Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování, se projevuje zhoršenou schopností zacházet s příborem, zhoršenou schopností otevírat

nádoby a obaly, zhoršenou schopností připravit si jídlo, zhoršenou schopností uchopit hrnek nebo sklenici v postižené ruce.

Očekávané výsledky: pacientka je schopna připravit si jídlo, otevřít nádoby a obaly, uchopit nádobí, hrnek, sklenici, zacházet s příborem.

Ošetřovatelské intervence:

- Začni s jednoduššími úkoly.
- Dávej pozor na aspiraci jídla nebo tekutin.
- Nabádej pacientku, ať si vkládá malé množství potravy do nepostižené části úst, na konci zkontroluj, zda v ústech nezůstaly zbytky.
- Udržuj přiměřenou hydrataci.
- Podporuj účast rodiny na řešení problému v oblasti stravování.
- Průběžně motivuj pacientku i členy rodiny.

Hodnocení: Pacientka v průběhu hospitalizace nebyla schopna si připravit jídlo, nedokázala otevřít obal, ani nádobu. Uchopit hrnek postiženou končetinou dokázala, ale velmi nestabilně. S příborem se pacientka nedokázala naučit zacházet.

Problém č. 8

Doména 12. Komfort *Třída 1. Tělesný komfort*

00132 Akutní bolest

Nepříjemný smyslový a emoční prožitek způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání se projevuje obranným chováním pacientky, bolestivým výrazem v obličeji, grimasami, sdělením, označením bolesti.

Očekávané výsledky: Pacientka udává, že je bolest mírnější, bolest je zvládnutá.

Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnot' bolest dle VAS nebo BPS.
- Pozoruj neverbální projevy bolesti.
- Sleduj fyziologické funkce, které se při bolesti mění.

Hodnocení: Pacientka udává, že bolest je zmírněna, zvládnuta.

Problém č. 9

Doména 11. Bezpečnost/ochrana *Třída 1. Infekce*

00004 Riziko infekce

Souvisí se zavedenými invazivními vstupy.

Očekávané výsledky: U pacientky nedojde k rozvoji infekce.

Ošetřovatelské intervence:

- Dodržuj aseptické postupy při zavádění i.v. vstupů a močového katetru.
- Dodržuj správné postupy při i.v. aplikaci léků.
- Sleduj známky infekce v místě invazivních vstupů.
- Hodnot' známky infekce a zapiš do dokumentace.
- V případě známek infekce odstraň i.v. vstupy nebo močový katetr.

Hodnocení: U pacientky nedošlo k rozvoji infekce.

Problém č. 10

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné poškození

00249 Riziko dekubitu

Náchylnost k lokalizovanému poranění kůže nebo podkožních tkání obvykle v místech kostních výčnělků v důsledku tlaku se projevuje změnou barvy kůže, lézí na kůži.

Očekávané výsledky: Pacientka nemá dekubity.

Ošetřovatelské intervence:

- Zhodnot' a zaznamenej stupeň ohrožení vzniku dekubitu u pacientky dle používané škály.
- Pravidelně pacientku polohuj dle časového harmonogramu.
- Informuj pacientku i rodinu o důležitosti polohování, veď k aktivní rehabilitaci.
- Pečuj o hygienu kůže, udržuj kůži suchou, promazávej a masíruj predilekční místa.
- Používej antidekubitní pomůcky.
- Udržuj lůžko čisté a suché.
- Zajisti dostatečný přísun tekutin a potravy.

Hodnocení: U pacientky nedošlo ke vzniku dekubitu.

Problém č. 11

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné postižení

00155 Riziko pádu

Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu a tím ohrozit zdraví pacientky.

Očekávané výsledky: Prostředí a okolí pacientky je bezpečné, pacientka se chová tak, aby pádu předešla. Pacientka umí používat kompenzační pomůcky.

Ošetřovatelské intervence:

- Zajisti bezpečné prostředí a okolí pacientky.
- Nad pacientkou zajisti dohled.

- Všímej si správnosti používání kompenzačních pomůcek.
- Seznam pacientku se všemi bezpečnostními opatřeními.

Hodnocení: Pacientka svým chováním a správným používáním kompenzačních pomůcek neupadla.

Problém č. 12

Doména 11. Bezpečnost/ochrana

Třída 2. Tělesné postižení

00039 Riziko aspirace

Náchylnost k proniknutí pevných látek nebo tekutin do tracheobronchiálních cest pacientky souvisí s dysartrií a poruchou polykání

Očekávané výsledky: Pacientka zná rizikové faktory vyvolávající aspiraci. Pacientka nejeví známky aspirace.

Ošetřovatelské intervence:

- Podávej jídla dle ordinace lékaře ve vhodné konzistenci.
- Nepodávej stravu příliš horkou či studenou.
- Zajišťuj zvýšenou polohu pacientky během jídla.
- Nabádej pacientku k důkladnému rozmělnění potravy.
- Na pacientku nespěchej, dopřej jí dostatek času.
- Léky podávané dle ordinace lékaře předem řádně rozmělni k usnadnění polykání.

Hodnocení: Pacientka v průběhu hospitalizace polykala pevnou stravu bez potíží. Tekutiny musela dostávat zahuštěné. Během hospitalizace k aspiraci nedošlo.

14.5 Edukační plán

Účel: Seznámit pacientku s nácvikem soběstačnosti.

Cíl: Pacientka se snaží o obnovení motorických funkcí a řeči.

Výuková metoda: Rozhovor, popis, praktický nácvik.

Pomůcky: Brožura, literatura, internet, slabikář, praktický nácvik.

Psychomotorická oblast

Specifický cíl: Pacientka se snaží o obnovení motorických funkcí, řeči.

Hlavní body plánu: Sestra pacientku učí pasivně procvičovat končetiny. Sestra s pacientkou nacvičuje úchop příboru, kartáčku na zuby. Sestra vysvětlí pacientce techniku bezpečného polykání potravy a tekutin. Sestra s pacientkou nacvičuje oblékání osobního prádla. Sestra předříkává pacientce slabiky, pacientka se přidá. Sestra pacientce zpívá

známé písně, pacientka se přidá ke zpěvu. Sestra předřikává dny v týdnu, pacientka opakuje po sestře. Sestra předčítá pacientce ze slabikáře, pacientka čte ze slabikáře.

Časová dotace: 30´

Hodnocení: V průběhu hospitalizace došlo u pacientky ke zlepšení řeči, avšak mělo kolísavý charakter, kdy jeden den pacientka zvládla vyslovit vše a další den vyslovila pouze několik slov. Motoricky se pacientka zlepšila v úchopové oblasti ruky, dokázala udržet příbor, avšak nakrájet maso nezvládla. Aplikovat zubní pastu na kartáček pacientka zvládla, vyčistit si zuby pacientka zvládla. Pacientka se naučila polykat potravu a tekutiny bez rizika aspirace.

Kognitivní oblast

Specifický cíl: Pacientka bude znát logopedické možnosti vedoucí k obnově řeči. Pacientka bude znát postupy při manipulaci s věcmi denní potřeby, při oblékání, posazování. Pacientka chápe důležitost dodržovat pokyny sestry kvůli bezpečnosti. Pacientka chápe možné komplikace poruchy polykání. Pacientka chápe komplikace imobilizace.

Hlavní body plánu: Sestra vyjmenuje možnosti základního logopedického cvičení, ukáže brožury. Pacientka má k dispozici pomůcky k rehabilitaci. Pacientka zopakuje sestře možné komplikace poruchy polykání. Pacientka zopakuje sestře možné komplikace imobilizace. Pacientka vyjmenuje sestře bezpečnostní pokyny.

Časová dotace: 20´

Hodnocení: Pacientka se orientuje v informační brožuře. Pacientka zná komplikace imobilizace a poruchy polykání. Pacientka umí využít pomůcky k rehabilitaci.

Afektivní oblast

Specifický cíl: Pacientka vyjádří dotazy a obavy ohledně možných komplikací spojených s poruchou polykání, s imobilizací, s bezpečností.

Hlavní body plánu: Pacientka může vyjádřit dotazy a obavy. Sestra zmírní obavy pacientky, na dotazy odpoví, na pacientku nespěchá a vždy ji pochválí.

Časová dotace: 10´

Hodnocení: Pacientka chápe důvod edukace, chápe důležitost základních cvičení, neklade žádné dotazy.

DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo rozlišit specifika péče o pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou, kdy jeden pacient vyhledal lékařskou pomoc brzy po objevení příznaků a druhý ošetření odkládal. K dosažení tohoto cíle jsme si stanovili několik dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo **vypracovat 2 kazuistiky pacientů** s ischemickou cévní mozkovou příhodou, kdy jeden pacient vyhledal lékařskou pomoc brzy po objevení příznaků a druhý (resp. jde o ženu) ošetření odkládal. Ke sběru dat jsme použili koncepční model podle Marjory Gordonové – model funkčních vzorců zdraví. Potřebné informace jsme získali rozhovorem s pacienty, pozorováním a ze zdravotnické dokumentace.

V kazuistice č. 1 se pacient dostavil do jedné hodiny od vzniku příznaků, kterými byla zhoršená řeč, komolení slov, neschopnost se vyjádřit. Těmto příznakům předcházela bolest hlavy. Po příjezdu na oddělení akutního příjmu KKN a následném rychlém neurologickém vyšetření se provedlo CT mozku a mozkových tepen, kde se neprokázaly známky mozkové ischemie. Následně se aplikoval nitrožilně lék Actilyse za účelem trombolýzy. Od příjezdu pacienta do aplikace uvedeného léku uběhlo pouze 23 minut. Pacient byl následně převezen na iktovou jednotku intenzivní péče. Po aplikaci léku Actilyse se porucha řeči výrazně zlepšila, slova pacient komolil až po delší době hovoru. Třetí den se pacient ve stabilizovaném stavu přeložil na standardní oddělení, kde intenzivně trénoval řeč. Po nastavení účinné hladiny Warfarinu byl sedmý den propuštěn do domácího prostředí bez afázie.

V rámci hospitalizace bylo stanoveno 5 ošetrovatelských diagnóz. Nejzávažnější diagnózou bylo Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfúze a Zhoršená verbální komunikace. Včasným zahájením účinné terapie došlo k obnově mozkové perfúze, a ischemie se následně na kontrolním CT mozku nepotvrdila. Zhoršená verbální komunikace se výrazně zlepšila. Pacient spolupracoval, byl efektivně edukován a řádně cvičil. Výsledkem včasné léčby a ošetrovatelské péče bylo propuštění pacienta bez afázie. Jako další byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy Nespavost, Riziko krvácení, Riziko infekce. Nespavost byla způsobena provozem iktové jednotky. Po přeložení na standardní oddělení spal pacient dobře, nevykazoval známky únavy. Během hospitalizace u něj nedošlo k rozvoji krvácení ani infekce.

Pacientka z **kazuistiky č. 2** pociťovala dopoledne slabost pravostranných končetin, šla si lehnout a čekala na dceru, která k ní chodila každý den v odpoledních hodinách po práci. Dcera po příchodu ihned zavolala RLP. Po přijetí pacientky na oddělení akutního příjmu KKN bylo provedeno neurologické vyšetření a CT mozku a mozkových tepen, kde již byla diagnostikována rozvinutá ischemie. Pacientka byla přivezena k lékařskému ošetření asi až po 8 hodinách od prvních příznaků, terapeutické okno již nesplnila a tím u ní nebyla shledána indikace k aplikaci trombolytické terapie.

V rámci hospitalizace bylo stanoveno 12 ošetrovatelských diagnóz. Nejzávažnější diagnózou bylo Riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfúze. Účinná terapie nemohla být u pacientky zahájena z důvodu uzavření terapeutického okna a k obnovení cerebrální tkáňové perfúze tedy nedošlo. Další aktuální diagnózou byla Zhoršená verbální komunikace, která se během hospitalizace zlepšila pouze částečně. Měla spíše kolísavý charakter po celou dobu hospitalizace, kdy jeden den pacientka komunikovala bez potíží, dokázala vyjádřit vše, co chtěla a další den toho nebyla schopna. Následující aktuálními ošetrovatelskými diagnózami byly Zhoršená tělesná pohyblivost, Deficit sebeděže při koupání, Deficit sebeděže při oblékání, Deficit sebeděže při vyprazdňování, Deficit sebeděže při stravování. Pacientka se od začátku hospitalizace snažila spolupracovat, zapojovala do sebeděže zdravou končetinu. V průběhu hospitalizace pacientka pasivně i aktivně rehabilitovala. Postupně získala stabilitu, dokázala se udržet vsedě, v den překlada na rehabilitační oddělení dokázala s dopomocí vstát z lůžka. Dle doporučených postupů pacientka zvládla s pomocí zdravé končetiny provést základní hygienu a obléknout se. Při stravování pacientka potřebovala pomoc další osoby. Nevládla otevřít obal ani nádobu, hrnek v postižené končetině udržela nestabilně, příbor nedokázala použít oběma rukama. Jako další ošetrovatelská diagnóza byla stanovena Akutní bolest. Pacientka ji pociťovala začátkem hospitalizace na JIP, kdy si stěžovala na bolest zad a pravé dolní končetiny. Po aplikaci léků bolest ustoupila a v dalším průběhu již byla na snesitelné úrovni a pacientka nežádala další analgetika. Potencionálními diagnózami byly Riziko infekce, Riziko dekubitu, Riziko pádu, Riziko aspirace. V průběhu hospitalizace se tato rizika neprojevila.

Druhým dílčím cílem bylo **porovnat náročnost péče** u pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou, kdy jeden pacient vyhledal lékařskou pomoc včas a druhý ošetření odkládal. Předpokládali jsme, že péče bude náročnější a komplikovanější u pacientky z kazuistiky č. 2, která byla do nemocnice přijata pozdě a pro uzavřené terapeutické okno jí nemohla být poskytnuta účinná léčba.

Tento předpoklad se potvrdil. U pacienta z kazuistiky č. 1 došlo v důsledku podání trombolytické terapie k obnově perfúze krve mozkiem a následnému rychlému zlepšení zdravotního stavu. Pacient se dokázal o sebe postarat ve všech bodech sebezpečí, měl zachovanou hybnost všech končetin, deficit vykazoval pouze v poruše verbální komunikace. I přes svůj věk byl velmi aktivní, spolupracoval, dodržoval doporučené postupy. V den propuštění byl bez poruchy verbální komunikace. Pacient byl v průběhu hospitalizace ohrožen komplikací trombolytické léčby, tedy krvácením, které se neprojevovalo. Po celou dobu byl soběstačný, v žádné oblasti nepotřeboval dopomoc. Důležitá byla edukace pacienta zaměřená na obnovení verbální komunikace a na důležitost antikoagulační léčby.

U pacientky z kazuistiky č. 2 nedošlo v důsledku velké časové prodlevy k obnově perfúze krve mozkiem a zůstalo zde postižení pravé poloviny těla a řeči. Pacientka měla deficit ve všech oblastech běžných denních činností s nutnou dopomocí. I u ní byla zahájena během hospitalizace pasivní i aktivní rehabilitace. Pacientka byla ohrožena větším počtem rizik, které vyplývaly z imobilizace a poruchy hybnosti, jako jsou například vznik dekubitu, rozvoj infekce nebo pád z lůžka. K žádnému problému však v důsledku těchto rizik nedošlo. Pacientka dělala velké pokroky za podpory svých dcer, které jí dodávaly chuť bojovat s osudem. Avšak přes veškerou snahu nedosáhla úrovně sebezpečí jako před mozkovou příhodou. Byla odkázána na dopomoc od zdravotnického personálu po celou dobu hospitalizace.

Po shrnutí výše uvedených ošetrovatelských problémů a možnost porovnat dva pacienty s cévní mozkovou příhodou, je zřejmé, že pokud pacient rozpozná příznaky mozkové příhody a vyhledá lékařskou pomoc co nejdříve, má menší následky a větší šanci na uzdravení. Zde si myslíme, na základě zkušeností z praxe i po rozhovoru s pacientkou a dcerami z kazuistiky č. 2, že laická veřejnost je stále málo informovaná o tomto onemocnění, o jejich rizikových faktorech a příznacích. V podvědomí veřejnosti jsou více známé příznaky infarktu myokardu, než příznaky cévní mozkové příhody.

V bakalářské práci na téma „Cévní mozková příhoda před branami nemocnice“ se touto problematikou také zabývala autorka Nikol Koulová (30). Z dotazníkového šetření z roku 2016 vyplývá, že nejhůře informovaní byli respondenti věkové kategorie 15 - 20 let, kteří byli úspěšní ve znalostech příznaků CMP v 53,8%. Respondenti z ostatních věkových kategorií 21 – 40, 41 – 60 a 61 a více let, byli úspěšní kolem 64%. Vzhledem k tomu, že

mozková příhoda je druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice, měla by být laická veřejnost lépe informována.

V jiné bakalářské práci „Cévní mozková příhoda z pohledu laické veřejnosti“, se autor Jan Šimek zabývá otázkou, kolik příznaků mozkové příhody rozpozná laická veřejnost. Podle výsledků jeho šetření byla laická veřejnost informována dobře. Ze 144 respondentů vybralo 89 z nich poruchu hybnosti a 85 vybralo poruchu řeči. Další zajímavou otázkou v této bakalářské práci je počet respondentů, kteří mají zkušenosti s mozkovou příhodou. Ze 144 jich 27 odpovědělo, že mají zkušenost s úmrtím nebo postižením v rodině. (31)

Dle Evropské iktové organizace (ESO) je hlavní podmínkou rozpoznání příznaků a přivolání lékařské pomoci co nejdříve, aby nedocházelo k časové prodlevě. Tato organizace udává, že pouze 50% evropské populace zavolá RLP a dokáže popsat příznaky. Evropská iktová organizace vydala plán, jehož cílem je snížit počet mrtvic v Evropě o 10% (27). Do tohoto plánu je zahrnuta i lepší informovanost laické veřejnosti. Světovým dnem mozkové příhody byl zvolen 29. říjen. Konají se každoročně různé semináře, mítinky, vysílají se reklamní spoty v televizi, v rozhlase, rozdávají se informační letáky. Na internetu lze nalézt několik stránek, které se plně této nemoci věnují, informují veřejnost a jsou obohaceny i o vlastní zkušenosti pacientů, kteří toto onemocnění prodělali. Příkladem je portál www.casjemozek.cz (24)

Druhým dílčím cílem práce bylo **analyzovat rozdílnost délky hospitalizace a rekonvalescence** u pacientů po iCMP, kdy jeden pacient vyhledal včas lékařskou pomoc a u druhého pacienta došlo k časovému prodloužení. Předpokládali jsme, že délka hospitalizace a rekonvalescence u pacienta, který vyhledal lékařskou pomoc pozdě, bude dlouhá a náročná. Hospitalizace pacienta č. 1 trvala **7 dní**. Během celé hospitalizace byl pacient soběstačný a jeho deficit úplně vymizel. Po propuštění pacient dochází pouze na kontroly účinnosti antikoagulancií a po třech měsících má naplánovanou kontrolu v iktové poradně pro pacienty po podání trombolytické terapie.

Hospitalizace pacientky č. 2 trvala **14 dní**. Během celé hospitalizace měla pacientka deficit sebepěče ve všech oblastech běžných denních činností. Byla odkázána na dopomoc druhých. Z neurologického oddělení byla pacientka přeložena na rehabilitační oddělení, kde byla hospitalizována dalších 29 dní. Pacientka se zde naučila mluvit, hybnost pravých končetin se výrazně zlepšila. Pacientka se sama posadí na lůžku, dokáže sama

vstát z lůžka a za pomoci chodítka udělat několik kroků. Nyní je v domácím léčení u dcery a dojíždí za ní fyzioterapeutka z agentury domácí péče.

Z výše uvedených informací vyplývá, že náš předpoklad byl správný. Délka hospitalizace a rekonvalescence je u pacienta, který nevyhledal včas lékařskou pomoc, znatelně delší a náročnější a to nejen pro pacienta samotného, ale i pro rodinné příslušníky.

Efektivitou trombolytické léčby a kvalitou péče o pacienta se zabývá mezinárodní organizace Angels, která vyhodnocuje výsledky zadávané do databáze od zapojených nemocnic z celého světa. Každoročně pak uděluje ocenění v podobě zlaté, platinové a diamantové plakety. Tato organizace spustila program nazvaný helsinská výzva, jejíž cílem je učinit takové kroky, aby se doba přijetí pacienta a aplikace trombolýzy zkrátila na 20 minut a méně. Celý svět se zabývá otázkou prevence, včasného rozpoznání příznaků a aplikace trombolýzy v co možná nejkratším čase.

Posledním dílčím cílem bylo **vypracovat informační materiál** pro veřejnost s hlavními příznaky CMP. Cévní mozková příhoda je v České republice druhou nejčastější příčinou úmrtí. Toto onemocnění nejen že způsobuje tak vysokou mortalitu, ale pokud není zahájena léčba včas, způsobuje také méně či více závažnou invaliditu. Důležité je si uvědomit, že nepostihuje jen staré, ale také čím dál mladší lidi. Z epidemiologického hlediska je zajímavé, že dle výzkumu z roku 2007, zveřejněného v roce 2009 časopisem Remedia bylo zjištěno, že každým desetiletím se po 55. roce života zdvojnásobuje riziko vzniku mozkové příhody. Do 85 let života prodělá mozkovou příhodu jeden ze čtyř mužů a u žen jedna z pěti. (20, s. 128). Domníváme se, že lidé po prodělané mozkové příhodě jsou velmi frustrováni tím, že jsou odkázáni na jiné a často se po proděláním tohoto závažného onemocnění nedokáží o sebe postarat. Myslí si, že jsou na obtíž, bojí se chodit do společnosti. Zde je velice důležitá podpora rodiny a přátel.

Žijeme v uspěchané době, v neustálém stresu, v době fastfoodu, honí nás termíny a peníze. Tento životní styl vede k hypertenzi, ateroskleróze, obezitě, což jsou rizikové faktory mozkové příhody. Lidé by měli být více informováni, nejen o příznacích, ale také o rizikových faktorech a co je nejdůležitější vědět, že v rozhodující chvíli hraje hlavní roli především čas. V příloze F je vypracovaný výsledný informační leták.

ZÁVĚR

Cévní mozková příhoda je vážné onemocnění, u kterého jde především o čas. Pozdní diagnostika tohoto onemocnění znamená uzavření terapeutického okna a nemožnost podat trombolýzu. Následkem toho je pacient v lepším případě invalidizován, v horším případě zemře. V tomto případě je nejdůležitější prevence a osvěta.

Tématem této bakalářské práce byly ošetrovatelské postupy o pacienta s cévní mozkovou příhodou. Teoretická část je zaměřena na anatomii a fyziologii cévního zásobení mozku, cévní mozkovou příhodu, její dělení, rizikové faktory, diagnostiku a léčbu. Dále je zde popsána přednemocniční, nemocniční a následná péče, ošetrovatelská péče a preventivní program.

Hlavním cílem bylo rozlišit specifika ošetrovatelské péče o pacienta s ischemickou mozkovou příhodou, kdy jeden pacient vyhledal lékařskou pomoc brzy po objevení příznaků a druhý pacient ošetření odkládal. Dále byly stanoveny čtyři dílčí cíle. Vypracovat dvě kazuistiky, porovnat náročnost péče u pacientů s iCMP, kdy jeden pacient vyhledal včas lékařskou pomoc a druhý pacient ošetření odkládal, analyzovat rozdílnost délky hospitalizace a rekonvalescence u pacientů po iCMP, kdy jeden pacient vyhledal včas lékařskou pomoc a druhý pacient ošetření odkládal. K dosažení těchto cílů jsme si položili dvě výzkumné otázky. Bude náročnost v péči o pacienta s iCMP přicházejícího ihned po objevení příznaků rozdílná oproti péči o pacienta s iCMP, který ošetření odkládal? Bude délka hospitalizace a rekonvalescence u pacienta s iCMP přicházejícího ihned po objevení příznaků rozdílná oproti délce hospitalizace a rekonvalescence u pacienta s iCMP, který ošetření odkládal?

Z vypracovaných kazuistik porovnaných s literaturou vyplynulo, že pacienti, kteří vyhledali lékařské ošetření včas, mají menší následky, kratší dobu hospitalizace a rekonvalescence. Snadněji se zařadí zpět do svého zaběhnutého života.

Posledním cílem a výstupem naší práce bylo vytvoření informačního materiálu pro laickou veřejnost. Tento materiál poskytne informace o příznacích mozkové příhody.

SEZNAM LITERATURY

1. TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 305 s. ISBN 978-80-7012-540-2.
2. KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-2765-3.
3. KALINA, Miroslav. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.
4. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
5. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jirí TICHÝ a Evžen RŮŽIČKA. *Neurologie*. Praha: Galén, 2002. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.
6. KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 336 s. ISBN 978-80-244-1664-9.
7. KADAŇKA, Zdeněk a Martin BAREŠ. *Učebnice speciální neurologie*. 3., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 301 s. ISBN 978-80-210-5320-5.
8. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. 228 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
9. TOMEK, Aleš. *Neurointenzivní péče*. Třetí, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 607 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5119-4.
10. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 183 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
11. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 2014. 232 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4868-9.
12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
13. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
14. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.

15. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
16. BAUER, Jiří. Léčba ischemické cévní mozkové příhody. Interní medicína pro praxi. *Sborník odborných článků: u příležitosti 120. výročí založení nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově, 120. výročí narození ředitele prim. doc. MUDr. Adolfa Fürsta, 90. výročí narození ředitele prim. MUDr. Jiřího Khuna, 81. výročí otevření moderního chirurgického pavilonu a operačních sálů v roce 1937 : 1898-2018*. Benešov: Nemocnice Rudolfa a Stefanie, 2018. ISBN 978-80-270-3678-3. 17. 2010, 12(9), 442-444. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/09/12.pdf>
18. BAR, Michal a Irina CHMELOVÁ. *Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě*. Postgraduální medicína. Psychiatrie. 2011, 13(2), 128-135. ISSN 1212-4184.
19. ČERNÝ, Vladimír. *Doporučení pro časnou péči u pacientů s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou* (2018). Anesteziologie a intenzivní medicína. 2018, 29(2), 114-117. ISSN 1214-2158.
20. BRUTHANS, Jan, 2009. *Epidemiologie a prognóza cévních mozkových příhod*. Remedia. 19(2), 128-131. ISSN 0862-8947.
21. ŠEBLOVÁ, Jana, Aleš TOMEK, Milan TICHÁČEK, et al. *Přednemocniční péče o pacienty s akutní cévní příhodou – Aktualizace doporučeného postupu SUMMK ČLS JEP*. Urgentní medicína. 2016, 19(4), 25-27. ISSN 1212-1924.
22. ŠKODA, Ondřej. *Léčba ischemických CMP v České republice – pohled neurologa*. Postgraduální medicína. 2016, 18(3), 250-255. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-ischemicky-ch-cmp-v-ceske-republicepohled-neurologa>
23. Doporučený postup sekundární prevence u ICMP - Česká neurologická společnost. *Česká neurologická společnost - Česká neurologická společnost je odborná vědecká společnost, jejímž cílem je dbát o rozvoj neurologie jako významné lékařské a vědecké disciplíny v České republice*. [online]. Copyright © Copyright 2020 [cit. 17.04.2020]. Dostupné z: <https://www.czech-neuro.cz/pro-odborniky/doporucene-postupy/doporuceni-pro-prakticke-lekare/doporuceny-postup-sekundarni-prevence-u-icmp/>
24. Čas je mozek. *Čas je mozek* [online]. Copyright © [cit. 07.04.2020]. Dostupné z: <https://www.casjemozek.cz/>
25. Věstník č. 10/2012. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Copyright © 2010 [cit. 09.04.2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c10/2012_7175_2510_11.html
26. Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou – schváleno výborem ČNS dne 28.1.2012 - Česká neurologická společnost. *Česká neurologická společnost - Česká neurologická*

společnost je odborná vědecká společnost, jejímž cílem je dbát o rozvoj neurologie jako významné lékařské a vědecké disciplíny v České republice. [online]. Copyright © Copyright 2020 [cit. 07.04.2020]. Dostupné z: <https://www.czech-neuro.cz/pro-odborniky/doporucene-postupy/klinicke-standardy/klinicky-standard-pro-diagnostiku-a-lecbu-pacientu-s-ischemickou-cekni-mozkovou-prihodou-a-s-tranzitorni-ischemickou-atakou-schvaleno-vyborem-cns-dne-28-1-2012/>

27. Stroke action plan europe 2018-2030. *Eso european stroke organisation* [online]. ©2020 [cited 2020-07-04]. Available from <https://eso-stroke.org/action-plan-stroke-europe-2018-2030-2/>

28. MEDICAL TRIBUNE CZ > Prof. Havrdová: *Čas je mozek.* [online]. Copyright © 2020 [cit. 07.04.2020]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/44361-prof-havrdova-cas-je-mozek>

29. E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc. *E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na UP Olomouc* [online]. Copyright © 2020 [cit. 07.04.2020]. Dostupné z: <http://pfyziolmysl.upol.cz/>

30. KULOVÁ, Nikol. \textit{Cévní mozková příhoda před branami nemocnice} [online]. Plzeň, 2016 [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/3seyuk/>>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Roman Sviták.

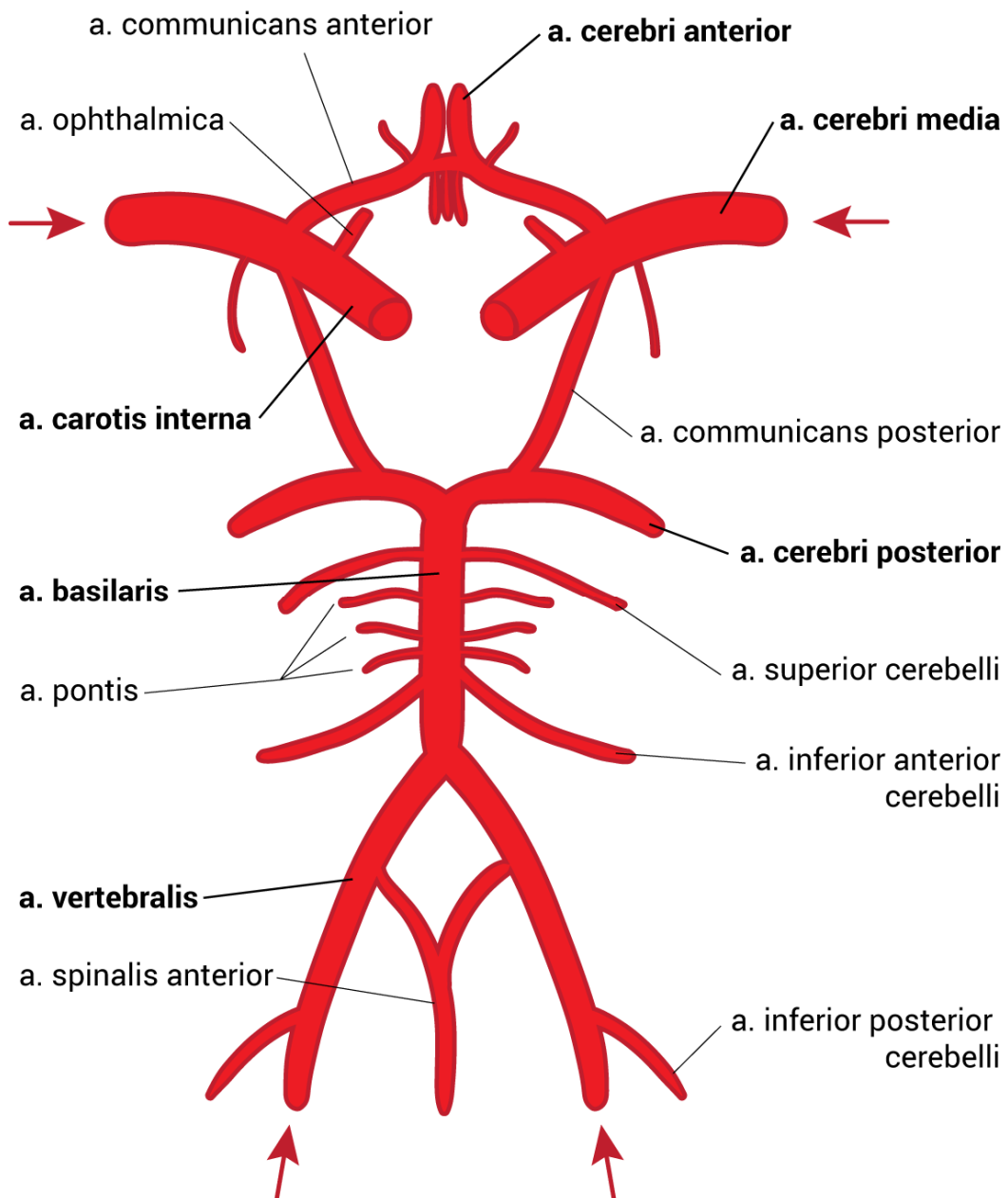
31. ŠIMEK, Jan. \textit{Cévní mozková příhoda z pohledu laické veřejnosti.} [online]. Pardubice, 2018 [cit. 2020-03-14]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/kxzhx2/>>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Patrik Zelinka

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A - Cévní zásobení mozku
- Příloha B - NIHSS + Karta CMP Iktové Centrum Karlovy Vary
- Příloha C - FAST TEST
- Příloha D - BPS
- Příloha E - Hodnotící škály k posouzení soběstačnosti
- Příloha F - Informační leták
- Příloha G - Souhlas s provedením výzkumného šetření
- Příloha H - Informovaný souhlas
- Příloha I - Rešerže

PŘÍLOHY

Příloha A - Cévní zásobení mozku



Zdroj: <https://www.wikiskripta.eu>

Příloha B - NIHSS + Karta CMP Iktové Centrum Karlovy Vary



Karlovarská krajská nemocnice a.s.

Bezručova 19, 360 66 Karlovy Vary

IČ: 263 65 804

Karta CMP – IC KKN										
Iniciály/ identifikační štítek pacienta										
Lékař příjmu:					Datum přijetí:					
Časy:	Začátek příhody		Příjezd na ER		přijem		Podání trombolýzy			
hh:mm										
Přijem:	JIP		odd.		jenom ER		jinam			
X										
Skóre	NISS		mRS před CMP				
...										
EKG	sinus		fibrilace				
X										
1.CT/MR:	negativní		ischemie		hemoragie		SAH			
X										
CT ag / UZ:	stenóza ACI nad 50%		sten. IC tepny - jaké		aneurysma		malformace			
X/...										
Terapie	jen obecná		trombolýza		k endvask. ter. v KCC		K NCH operaci v KCC			
X										
Lékař oddělení:					Datum dimise:					
2.CT/MR:	negativní		ischémie		Hemorag. transform.		hemoragie			
X										
Jiná vyšetření:	TCD	SPECT	TTE	TEE	Holter EKG	Trombofil.		
X										
Rizikové faktory:	HT	FIS	ICHS	IM	jiné cévní	jiné kardio	před. CMP	sten. ACI		
X	DM	HLP	HATK	hematol.	kouření	alk>20g/d	BMI>30	...		
Etiologie:	ICMP		hCMP				SAH			
.../x	TOAST		HT	malf.	nejz.	aneur.	malf.	nejz.		
Prevence:	antiagregace		antikoagulace		(k) EA/CAS		...			
X										
Výstupní:	NIHSS		mRS		MoCA		...			
...										
Dimise:	Domů	RHB	LDN	DD	úmrtí	KCC	...			
X										
Závěrečná diagnóza:										
Klinická:										
Topická:										

14.1 NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)	Jméno	Rodné číslo				
		Datum	Hodnocení	Příje- tí	2 HOD	24 hod
1a. Úroveň vědomí zvolit takový testovací impuls, aby obešel případné překážky (orostrach. trauma, jazyk. bariéra, 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)					
1b. Slovní odpovědi ptáme se na věk pacienta a měsíc počítá se první a pouze zcela správná odpověď, bez nápovědy	0 - obě odpovědi zcela správně 1 - jedna správně, těžká dysarthrie či jiná bariéra (OTI) 2 - obě špatně, afázie, kóma					
1c. Vyhovnění výzám požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.	0 - oba úkoly správně 1 - jeden úkol správně 2 - žádný správně, kóma					
2. Okulomotorika testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (slepota, 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 potlačitelná OC manévry 2 - nepotlačitelná deviace či pohledová paresa					
3. Zorné pole vyšetřovat i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mrkacího reflexu.	0 - bez postižení 1 - částečná hemianopsie, fenomén extinkce 2 - kompletní hemianopsie 3 - oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální slepoty)					
4. Faciální paresa Cenění zubů, 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, koma					
5. a 6. Motorika HKK do 90 st v sedě resp. 45 st. vleže 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 - plegie, bez pohybu, koma (pro všechny konč.) 9 - amputace, ankylóza aj. příčiny patolog. nálezu nesouvisející s příhodou	LHK				
		PHK				
		LDK				
		PDK				
7. Ataxie končetin testování prst-nos-prst na HKK na DKK pata-koleno. Nehodnotí se u pac., který nerozumí. U slepých: nos-natažená HK.V komatu, při plegii atd. se hodnotí 0.	0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paresy. Koma. 1 - na jedné končetině 2 - přítomna na více končetinách 9 - amputace, ankylóza aj.					
8. Senzitivita zkouší se ostřejším předmětem, u nespolupracujících algickým podnětem (úniková reakce, grimasa). Koma hodnotíme 2.	0 - bez poruchy čítí 1 - lehká a střední porucha sense (hypestezie, hypalgezie) 2 - těžká porucha sense až anestezie uni, či bilat. Koma.					
9. Řeč testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA DĚKUJI, ELEKTRINA, FOTBALOVÝ MÍČ Víte jak, Dolů na zem, Jsem už z práce doma. Popis obrázku.	0 - bez afázie 1 - lehčí fatická porucha, lze porozumět 2 - těžká fatická porucha 3 - globální afázie, mutismus, kóma					
10. Dysartrie Při fatické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).	0 - nepřítomna 1 - setřelá řeč, je mu rozumět 2 - výrazně setřelá výslovnost, není rozumět, mutismus, kóma 9 - intubace, jiná bariéra					
11. Neglect Použij simultánní stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.	0 - nepřítomen 1 - neglektuje 1 kvalitu, anosognoze 2 - neglektuje více jak 1 kvalitu, kóma.					
Celkové NIHSS						
12. Distální motorika Nezapočítává se do celkového skóre Testování extenze rukou a prstů HKK v předpažení	0 - extenze plná na 5 sekund 1 - částečná na 5 sekund 2 - žádná, kóma	LHK				
		PHK				
Vyšetřující						

NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)

Standardizované neurologické vyšetření sloužící k popsání deficitu u pacientů s iktem. Cílem této škály je, aby různí vyšetřující hodnotili pacienty obdobně a výsledky tak byly srovnatelné.

Základní principy hodnocení NIHSS:

- vždy hodnotíme **první odpověď**
 - pokud např. pacient na otázku týkající se jeho věku odpoví nejprve špatně a potom se opraví, je nutno hodnotit odpověď jako nesprávnou. Toto je zásadní, protože jinak není možné zohlednit všechny způsoby verbální a nonverbální nápovědy a zajistit reprodukovatelnost.
- nikdy pacientovi **při vyšetření nepomáháme a neradíme**, pokud není v instrukcích výslovně uvedeno
- některé položky jsou hodnoceny, jen pokud jsou přítomny. Např. ataxie je u plegického pacienta hodnocena jako nepřítomna
- **hodnotíme jen to, co pacient v danou chvíli dokáže**, ne to co si myslíme, že by dokázat mohl
- skóruje se i starší deficit s výjimkou poruchy sense

Pacient v komatu (skore 1a = 3)	
1a. Úroveň vědomí	3
1b. Slovní odpovědi	2
1c. Vyhovění výzvam	2
2. Okulomotorika	rozhodne okulocefalický manévr
3. Zorné pole	testujeme na podkladě mrkacího
4. Faciální paréza	reflexu
5,6 Motorika	3
7. Ataxie	16
8. Senzitivita	0
9. Řeč	2
10. Dysartrie	3
11. Neglect	2
	2

Převzato: Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně Pracoviště: 1. neurologická klinika, JIP Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika, www.fnusa.cz

Příloha C – FAST TEST



Zdroj: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/cevni-mozkova-prihoda-cmp>

Příloha D – BPS



Karlovarská
krajská
nemocnice a.s.

Karlovarská krajská nemocnice a.s.

Bezručova 19, 360 66 Karlovy Vary

IČ: 263 65 804

Hodnocení bolesti u ventilovaných pacientů = inzult – odsávání anebo polohování

Behavioral Pain Scale = BPS		
Položka	Popis	Skóre
Výraz tváře	• uvolněný	1
	• částečně uvolněný	2
	• plně stažený	3
	• grimasa	4
Horní končetiny	• žádný pohyb	1
	• částečně pokrčená	2
	• velmi pokrčená	3
	• zaťatá + brání se péči	4
Sladění s ventilátorem	• zcela	1
	• kašlající, ale toleruje ventilaci po většinu času	2
	• bojující s ventilací, ale občas dýchá	3
	• nelze ventilovat	4

Hodnocení bolesti u neventilovaných pacientů neschopných vyjádřit se ke stupni bolesti

Inzult – polohování

Behavioral Pain Scale = BPS		
Položka	Popis	Skóre
Výraz tváře	• uvolněný	1
	• částečně uvolněný	2
	• plně stažený	3
	• grimasa	4
Horní končetiny	• žádný pohyb	1
	• částečně pokrčená	2
	• velmi pokrčená	3
	• zaťatá + brání se péči	4
Hlasový projev na bolest	• žádný	1
	• sténá sporadicky (méně 3/min., kratší než 3 s)	2
	• sténá často (více 3/min., déle než 3 s)	3
	• křičí bolestí, zadržuje dech (au, oh)	4

Celkové skóre 3-12 bodů. Významná bolest je 6 a více bodů

Zdroj: KKN a.s.

Příloha E – Hodnotící škály k posouzení soběstačnosti



Karlovarská krajská nemocnice a.s. Bezručova 1190/19, 360 01, Karlovy Vary, K nemocnici 17, 350 02, Cheb
IČO 263 65 804 **Hodnotící škály k přehodnocení soběstačnosti, rizika pádu, rizika vzniku dekubitů a nutrice**

Barthel test základních všedních činností			Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové																			
příjem potravy a tekutin	10	schopnost spolupráce	schopnost spolupráce	věk	stav pokožky	přidružené onemocnění	fyzický stav	stav vědomí	aktivita	mobilita	inkontinence	součet										
	5	úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	bdělý	4	chodí	4	úplná	4	není	4			
oblékání	0	částečně omezená	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	s doprovodem	3	omezená	3	částečně	3	občas	3	
	5	velmi omezená	2	< 60	2	vlhká	2	trombóza	2	špatný	2	zmatený	2	seďačka	2	velmi omezená	2	velmi	2	převážně	2	moč
koupání	5	žádná	1	> 60	1	suchá	1	karcinom	1	velmi špat.	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč, stolice	1			
	0																					
Riziko vzniku dekubitu vzniká při 25 bodech a méně,																						
osobní hygiena	5	samostatně či s pomocí																				
	0	neprovede																				
Riziko pádu																						
body																						
kontinence moči	10	plně kontinentní																				
	5	občas inkontinentní																				
	0	trvale inkontinentní																				
kontinence stolice	10	plně kontinentní																				
	5	občas inkontinentní																				
	0	trvale inkontinentní																				
použití WC	10	samostatně bez pomoci																				
	5	s pomocí																				
	0	neprovede																				
přesun na lůžko - na židli	15	samostatně bez pomoci																				
	10	s malou pomocí																				
	5	vydrží sedět																				
	0	neprovede																				
chůze po rovině	15	samostatně nad 50m																				
	10	s pomocí 50m																				
	5	na vozíku																				
	0	neprovede																				
chůze po schodech	10	samostatně bez pomoci																				
	5	s pomocí																				
	0	neprovede																				
Hodnocení nutrice																						
body																						
1. BMI < 20,5 kg / m2. ANO/NE																						
2. Nechtěný úbytek tělesné hmotnosti v posledních 3. měsících? ANO/NE																						
3. Snížení příjmu potravy v posledním v posledním týdnu před přijetím? ANO/NE																						
4. Závažné onemocnění - onemocnění, která mají vliv anebo mohou ovlivnit váhu pacienta. ANO/NE																						
Hodnocení stupně závislosti celkem:																						
0 - 40 vysoce závislý																						
45 - 60 závislost středního stupně																						
65 - 95 lehká závislost																						
96 - 100 nezávislý																						
Pokud je alespoň 1 z odpovědí kladná nebo nelze zvážit screening je předběžně pozitivní informujte ošetřujícího lékaře. Pokud jsou 2 kladné, informujte nutričního terapeuta.																						

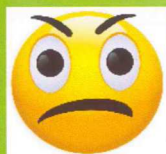
Zdroj: KKN a.s.

CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Hlavní příznaky – ihned volej 155



PORUCHA ŘEČI



POKLESLÝ
ÚSTNÍ KOUTEK



NELZE OVLÁDAT
RUKU NEBO NOHU

Vedlejší příznaky – pokud se vyskytnou souběžně alespoň 2 příznaky, ihned volej 155



ZÁVRAŤ
A ZVRACENÍ



ŠPATNÉ NEBO
DVOJITÉ VIDĚNÍ



PLAZENÍ JAZYKA
STRANOU



KRUTÁ BOLEST HLAVY



POKLESLÉ VÍČKO

Příloha G – Souhlas s provedením výzkumného šetření

Paní

Mgr. Fritsch Píchová Gabriela

Náměstek pro nelékařská povolání a kvalitu

KKN a.s.

Bezručova 19

36001 Karlovy Vary

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Jmenuji se Jitka Kučerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia obor ošetrovatelství na ZČU v Plzni. Chci Vás touto cestou požádat o souhlas s výzkumným šetřením u pacientů s CMP v nemocnici v Karlových Varech na téma „ Ošetrovatelské postupy u pacienta s CMP “. Jako techniku výzkumu jsem si zvolila kazuistiku a krátký dotazník. Zpracování výsledků bude anonymní. V případě zájmu se s výsledky můžete seznámit.

Děkuji

PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ
Souhlasím. Jitka Kučerová

J. Fritsch Píchová

Karlovarská krajská nemocnice a.s.
nemocnice v Karlových Varech, IČ: 42908
Náměstek pro nelékařská povolání
Tel.: 353 115 203
(1)

Příloha H – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUCÍ BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha I – Rešerže



Závodní 378/84, 360 06 Karlovy Vary
tel.: +420 353 502 888, e-mail: knihovna@knihovnakv.cz, www.knihovna.kvary.cz

Rešerše č. 34/2019
6. května 2019

Téma:
**Ošetřovatelské postupy u pacienta s centrální mozko-
vou příhodou**

Zpracovala Eva Zadražilová
Krajská knihovna Karlovy Vary

KLÍČOVÁ SLOVA:

- historie léčby pacienta s CMP, vývoj ošetrovatelských postupů, komplexní péče v současnosti, cévní mozková příhoda, následná péče v současnosti, vývoj léčby pro pacienta s CMP od roku 1990 do současnosti, promítnutí následků po CMP do následného života pacienta

POPIS REŠERŠE:

V rešerši jsou zachyceny záznamy knih (11 záznamů), článků (54 záznamů), diplomových prací (4 záznamy), a základní legislativy (2 záznamy) od r. 2009 do r. 2018.

Dokumenty uvedené v rešerši jsou v českém, slovenské, a anglickém jazyce, vydané v České republice, ve Velké Británii a ve Spojených státech amerických

Záznamy jsou rozděleny do oddílů Knihy, Články, Diplomové práce a Základní legislativa. Uvnitř oddílů jsou záznamy řazeny abecedně.

V rešerši máte vyznačené zdroje, které jsou dostupné u nás v knihovně. Knihy, u kterých **není** poznámka, že jsou dostupné v Krajské knihovně v Karlových Varech či **nejsou** přímo elektronicky, je možné objednat z jiné knihovny prostřednictvím **meziknihovní výpůjční služby** (tzv. MVS)- žádost je možné zadat přes čtenářské konto online či fyzicky vypsát žádost v půjčovně knihovny. To samé platí u článků, v Čítárně knihovny si můžete objednat kopie.

Citace v rešerši jsou zpracovány dle normy ČNS ISO 690 a ČSN ISO 690-2.

Rešerše byla prováděna v těchto informačních zdrojích:

- ANL – Články v českých novinách, časopisech a sbornících
- souborný katalog CASLIN
- www.knihovny.cz
- databáze kvalifikačních prací českých vysokých škol
- elektronický katalog Krajské knihovny Karlovy Vary

KNIHY:

1. BRAININ, Michael, ed., HEISS, Wolf-Dieter, ed. a TABERNIG, Susanne, ed. **Text-book of stroke medicine**. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. 413 s. ISBN 978-1-107-04749-5.

Obsah dostupný z:

https://books.google.cz/books?id=wU5CBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

2. CAPLAN, Louis R. **Caplan's stroke: a clinical approach**. 4th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2009. 656 s. ISBN 978-1-4160-4721-6.

Obsah dostupný z: [https://books.google.cz/books?id=dYDe4PF9-](https://books.google.cz/books?id=dYDe4PF9-OwC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

[OwC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cz/books?id=dYDe4PF9-OwC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

3. FORMANOVÁ, Pavla a JANDOVÁ, Dobroslava. **Léčebná rehabilitace u neurologických diagnóz. 2. díl, Náhle cévní mozkové příhody**. Praha: Raabe, [2017]. 246 stran. Rehabilitační a fyzikální terapie; 3. ISBN 978-80-7496-310-0.

Obsah dostupný z: <https://obalkyknih.cz/file/toc/273289/pdf>

4. KLAPALOVÁ, Alena. **Zkvalitnění léčebné péče a zavedení efektivnějších metod léčby v HL Luže - Košumberk**. Luže: Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, 2011. 1 CD-ROM

5. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. **Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhodě**. První vydání. Praha: Galén, [2015], ©2015. 182 stran. ISBN 978-80-7492-225-1.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

6. PALMER, Sara a PALMER, Jeffrey B. **Soužití s partnerem po mrtvici: jak pečovat o partnera, o sebe i o váš vzájemný vztah**. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 223 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0348-3.

Obsah dostupný z: <https://obalkyknih.cz/file/toc/67276/pdf>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

7. ROACH, E. S., LO, Warren D. a HEYER, Geoffrey L. **Pediatric stroke and cerebrovascular disorders**. 3rd ed. New York: DemosMedical, 2012. 352 s. ISBN 978-1-933864-73-0.

Obsah dostupný z: [https://books.google.cz/books?id=VuFzFX-](https://books.google.cz/books?id=VuFzFX-IBJkC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

[IBJkC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cz/books?id=VuFzFX-IBJkC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

8. TOMEK, Aleš et al. **Neurointenzivní péče**. Třetí, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. 607 stran. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5119-4.

Obsah dostupný z: <https://obalkyknih.cz/file/toc/448356/pdf>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

9. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. **Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné. I, Obecná část**. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 228 stran. ISBN 978-80-247-3419-4.

Obsah dostupný z: <https://obalkyknih.cz/file/toc/43414/pdf>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary 4

10. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. **Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část.** 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

Obsah dostupný z: <https://obalkyknih.cz/file/toc/316540/pdf>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

11. VYTEJČKOVÁ, Renata et al. **Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část.** 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 303 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

Obsah dostupný z: <https://obalkyknih.cz/file/toc/140280/pdf>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

ČLÁNKY:

1. ADAMČOVÁ, Hana. **Rehabilitace po CMP.** Rehabilitace. 2010, s. 44-55. ISBN 9788073872991.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

2. BAR, Michal a Irina CHMELOVÁ. **Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě.** Postgraduální medicína. Psychiatrie. 2011, **13**(2), 128-135. ISSN 1212-4184.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

3. BAREŠ, Martin, Petr KAŇOVSKÝ a Robert JECH. **Standardy léčby a koncepce center spasticity v České republice.** Dysport bulletin. 2013, **2013**(1), 28-38.

Předmět: týmová péče o pacienty * referenční standardy * Česká republika * cévní mozková * centra sekundární péče * komplexní zdravotní péče * péče o pacienty - řízení * organizace a řízení

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

4. BAUER, Jiří. **Léčba ischemické cévní mozkové příhody.** Interní medicína pro praxi. 2010, **12**(9), 442-444. ISSN 1212-7299.

Dostupné také z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/09/12.pdf>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary 5

5. BEDNÁŘÍK, Josef. **Výměna informací v rámci péče o pacienty s CMP je zcela nezbytná - rozhovor.** Zdravotnické noviny. 2012, **61**(4), 12-13. ISSN 1805-2355.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

6. BETLACHOVÁ, Milada, Radmil DVOŘÁK a Petr UHLÍŘ. **Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí.** Medicína pro praxi. 2013, **10**(4), 167-169. ISSN 1214-8687.

Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/archiv.php>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

7. BLÁHOVÁ, Ludmila. **Trombolýza - léčba akutní ischemické CMP.** Diagnóza v ošetřovatelství. 2010, **6**(1), 18-19. ISSN 1801-1349.

Předmět: ošetřovatelská péče * trombolytická terapie * mozkový infarkt * cévní mozková příhoda

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

8. BRUTHANS, Jan. **Epidemiologie cévních mozkových příhod.** Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře. 2010, **2**(4), 133-136. ISSN 1803-7542.

Dostupné také z: <http://www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnych-mozkovych-prihod>

9. CALLEROVÁ, Jitka a Roman ŠKULEC. **Řešení cévní mozkové příhody v přednemocniční neodkladné péči - úkoly sestry, kasuistika.** Cor et vasa. Kardio. 2010, **52**(1-2), 84-86. ISSN 0010-8650.

10. ČERMÁKOVÁ, Lucie. **Ošetřování pacientů na UPV s dg. cévní mozková příhoda.** Sestra. 2011, **21**(12), 31-32. ISSN 1210-0404.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

11. ČERNÝ, Vladimír. **Doporučení pro časnou péči u pacientů s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou (2018).** Anesteziologie a intenzivní medicína. 2018, **29**(2), 114-117. ISSN 1214-2158.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

12. DRÁBKOVÁ, Jarmila. **KPR a možnosti resuscitační medicíny v terénu - historie a současnost 2012.** Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Supplementum 1/2012 – KPR v pohledu roku 2012 [online]. 2012, 59(1), 65-82 [cit. 2019-05-07]. ISSN 1212-3048.

Dostupné také z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00011085-4d5ef15e-e10d-4227-b08f-ec78f2c730f3>

13. EHLER, Edvard a Ivana ŠTĚTKÁŘOVÁ. **Standard komplexní léčby spasticity po CMP.** Dysport bulletin. 2012, 2012(1), 14-17.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

14. EMMEROVÁ, Kateřina. **Ošetření nemocného pomocí Bobath konceptu.** Sestra. 2012, **22**(6), 24-26. ISSN 1210-0404.

Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osestreni-nemocneho-pomoci-bobath-konceptu-465154>.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

15. FADRNÁ, Táňa a David ŠKOLOUDÍK. **Kvalita života u soběstačných pacientů po cévní mozkové příhodě.** Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2017, **80**(3), 323-327. ISSN 1210-7859.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary 6

16. FIKSA, Jan. **Cévní mozková příhoda, patogeneze a současné aspekty léčby.** Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře. 2015, **7**(2), 42-45. ISSN 1803-7542.

Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/clanek/36405-cevni-mozkova-prihoda-patogeneze-a-soucasne-aspekty-lecby>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

17. HEGER, Leoš. **Metodický pokyn - péče o pacienty s akutní cévní mozkovou příhodou (triáž pacientů, spádové oblasti KCC/IC, indikátory výkonnosti a kvality KCC/IC).** Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. **2012** (10), 2-21. ISSN 1211-0868.

Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/vestniky_1768_11.html

18. HERZIG, Roman. **Prevence, diagnostika a léčba cévních mozkových příhod.** Angis revue. 2010, **3**(2), 20-22. ISSN 2464-5435.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

19. HLINOVSKÝ, David, Irena DOLEŽALOVÁ a Jana HLINOVSKÁ. **Komplexní rehabilitace pacientů po cévní mozkové příhodě – projekt iktového centra Thomayerovy nemocnice.** Praktický lékař. 2016, **96**(6), 267-271. ISSN 0032-6739.

Anotace: V rozvinutých zemích představuje cévní mozková příhoda (CMP) svou epidemiologií a dlouhodobými dopady na zdraví významný problém. Přes pokroky v akutní léčbě zanechává CMP u většiny nemocných závažné následky. Článek shrnuje současnou organizaci péče o tyto pacienty v České republice ve vztahu k potřebě a možnostem včasné rehabilitace. Dále informuje o realizaci a prvních výsledcích projektu iktového centra Thomayerovy nemocnice zaměřeného na pacienty s cévní mozkovou příhodou, kteří potřebují komplexní rehabilitaci i po ukončení akutní léčby. Cíle projektu jsou: nastavit standardizované podmínky k jejímu poskytování na lůžkách následné péče, určit kvantitativní i kvalitativní rozsah jejího poskytování pro jednotlivé skupiny pacientů a optimalizovat využití dostupných zdrojů.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

20. HOCHOVÁ, Anna. **Intervence ergoterapeuta u osob s neurogení dysfagií.** Praktický lékař. 2016, **96**(5), 211-216. ISSN 0032-6739.

Anotace: Porucha polykání neboli dysfagie je závažná komplikace řady onemocnění, úrazů nebo pooperačních stavů. Nejčastěji k ní však dochází u neurologických chorob, a to konkrétně po cévních mozkových příhodách. Pro svou komplikovanost je nutný přístup celého interprofesního týmu včetně ergoterapie. Polykání je velice složitý mechanismus, který je z části ovlivnitelný vůlí, ale od jistého okamžiku je řízen mimovolně. Podle toho, v které fázi nebo lokalitě došlo k problému, se následně odvíjejí terapeutické postupy. Polykání podmiňuje sebesycení, neboli stravování, a to je jedna ze základních domén ergoterapie v rámci běžných denních činností. Ze své pozice ergoterapeut pracuje s pacientem hlavně na bezpečném sebesycení tak, aby došlo k zabránění aspirace a rozvoji aspirační pneumonie. Jedná se hlavně o adaptační a kompenzační mechanismy prostředí, činnosti a nástrojů

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

21. HOŠKOVÁ, Květoslava. **Následná péče o pacienty po CMP ve Švýcarsku.** Florence. 2016, **12**(11), 42-45. ISSN 1801-464X.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

22. HRMADA, Jan. **Paliativní léčba nemocných s cévní mozkovou příhodou.** Neurologie pro praxi. 2010, **11**(1), 11-12. ISSN 1213-1814.

Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/04.pdf>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

23. JAGANJACOVÁ, Dubravka a Petr HÁVA. **Zdravotní politika prevence a léčby CMP.** Zdravotnictví v České Republice. 2010, **13**(2), 60-64. ISSN 1213-6050.

Anotace: Vývoj nemocnosti a úmrtnosti ve skupině CMP je dlouhodobě spíše disproporcionální. Zatímco dochází celkově k poklesu úmrtnosti podobně jako u kardiovaskulárních onemocnění, představuje stagnující a možná i zhoršující se vývoj nemocnosti vážný problém z hlediska zvyšující se společenské a ekonomické zátěže. Příčiny takové disproporce lze spatřovat v nevyváženém tempu rozvoje individuálně zaměřené medicíny a v nepříznivém vývoji determinant zdraví a nemoci ve skupině onemocnění cévními mozkovými příhodami. Společenský vývoj a možnosti kontroly determinant zdraví a nemoci představují pro současnou společnost naléhavou výzvu, v případě neřešení však také vážné riziko. Práce srovnává vývoj v ČR se situací v USA a EU

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary 7

24. JAGANJACOVA, Dubravka, Petr HAVA a Eva KALVODOVA. **Organization of healthcare about patients with cerebrovascular disease in the Czech Republic.** Vojnosanitetski pregled. Military-medical and pharmaceutical review. 2012, **69**(9), 794-800. ISSN 0042-8450.

Dostupné také z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23050405>.

25. JANSOVÁ, Jana. **Význam spolupráce LDN oddělení s rehabilitační sestrou a dalšími odborníky v léčbě pacientů po mozkových příhodách.** Sestra. Temat. sešit 255 - Ústavní a domácí péče. 2009, **19**(7-8), 80-81. ISSN 1210-0404.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

26. KALA, Miroslav a Zlatica DORKOVÁ. **Indikace paliativní hospicové péče po cévní mozkové příhodě.** Neurologie pro praxi. 2015, **16**(3), 149-151. ISSN 1213-1814.

Dostupné také z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2015/03/08.pdf>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

27. KALINA, Miroslav. **Cévní mozková příhoda.** Diagnóza v ošetrovatelství. 2009, **5**(1), 21-22. ISSN 1801-1349.

Předmět: centralizované nemocniční služby * ošetrovatelská péče * trombolytická terapie * komorbidita * cévní mozková příhoda

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

28. KOCÁBKOVÁ, Eva a Eva VAŇÁSKOVÁ. **Logopedická péče po cévní mozkové příhodě v podmínkách lůžkového rehabilitačního oddělení.** Rehabilitácia. 2012, **49**(3), 184-189. ISSN 0375-0922.

29. KONOPÁČ, David. **Narušení komunikační schopnosti při cévní mozkové příhodě.** Florence. 2016, **12**(10), 21-23. ISSN 1801-464X.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

30. KOUŘILOVÁ, Irena, Jana HRUŠKOVÁ a Lenka HEJZLAROVÁ. **O čem bude letošní rok v ošetrovatelství.** Florence. 2012, **8**(1), 37. ISSN 1801-464X.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

31. KOVÁŘOVÁ, Iveta, Alice OKTÁBCOVÁ, Tereza GUEYE a Olga ŠVESTKOVÁ. **Cévní mozková příhoda: Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny.** Rehabilitace a fyzikální lékařství. 2018, **25**(3), 126-130. ISSN 1211-2658.

Anotace: Cévní mozková příhoda (CMP) je velmi závažné a časté onemocnění s vysokou mortalitou, u kterého je zásadní zahájení včasné rehabilitace, a tím i maximální využití plasticity mozku, která je omezená časem. Brzké propuštění z nemocnice umožňuje rehabilitaci v domácím prostředí, ambulantní formou či v denním stacionáři, podle možností v místě bydliště, a v budoucnosti i podle volby pacienta a jeho rodiny. Cílem rehabilitace pacientů je brzký návrat do domácího prostředí, dosažení maximální možnosti soběstačnosti a v produktivním věku, pokud je to možné, návrat do práce. Propuštění z nemocnice je však především pro starší pacienty někdy až kritické z důvodu nižších funkčních schopností v oblasti aktivit a participací. Návrat může být spojen s úkoly, které pacient nezvládne, s riziky pádu, motorickými, kognitivními, fatickými problémy i strachem z neúspěchu. Pro pacienty je velice důležité zvýšení jejich informovanosti o dostupných službách, možnostech zajištění bezpečnosti domácího prostředí a dostupnosti potřebných služeb. Z časových a finančních důvodů je, bohužel, téměř nemožné zajistit u všech pacientů domácí návštěvu ergoterapeuta, který by společně s pacientem domácí prostředí zhodnotil, případně navrhl jeho úpravy a vybavení kompenzačními pomůckami. Tyto úkony nejsou v ČR hrazeny ani zdravotním ani sociálním pojištěním. Pacienti ani rodiny nemají dostatečné informace, a proto je vhodné zvýšit informovanost pacientů před propuštěním z nemocnice. Pro zvýšení informovanosti pacientů po CMP jsme zpracovali "Soubor doporučení pro pacienty a jejich rodiny", jehož cílem je poskytnout pacientům a jejich rodinám přehledný soubor informací, které jsou důležité pro zvýšení soběstačnosti pacientů v domácím prostředí.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary 8

32. KREJČÍŘIKOVÁ, Petra. **Příklady praxe výzkumné sestry - neurologie.** Příručka pro výzkumné sestry. 2015, s. 152-155. ISBN 978-80-88056-02-7.

Předmět: jednotky intenzivní péče * zdravotní sestry v klinické praxi * výzkumní pracovníci * klinické ošetrovatelství – výzkum * trombolytická terapie * cévní mozková příhoda * role ošetrovatelky

33. KULIHA, Martin, David ŠKOLOUDÍK, Martin ROUBEC, Eva HURTÍKOVÁ, Andrea GOLDÍROVÁ, Tomáš JONSZTA a Roman HERZIG. **Možnosti endovaskulární léčby**

ischemické cévní mozkové příhody. *Neurologia*. 2013, **8**(1), 17-22. ISSN 1336-8621.

Anotace: Časná rekanalizace uzavřené mozkové tepny je spojená s vyšší šancí na dosažení soběstačnosti po 3 měsících a snížením mortality u pacientů s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou. Kromě farmakologických metod (intravenózní, intraarteriální nebo kombinované trombolýzy) jsou v poslední době testovány také endovaskulární mechanické metody, jejichž cílem je urychlení rekanalizace mozkové tepny. V textu jsou popsána jednotlivá instrumentária, používaná k mechanické rekanalizaci mozkových tepen, a také praktické postupy péče o pacienta indikovaného k tomuto výkonu.

Dostupné také z: http://samedi.sk/?page=archiv&act=Archiv_clanok&identif=neurologia&clanok_id=217

34. LEHOTSKÁ, Mária. **Využitie meracích a hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o pacientov po cievnej mozgovej príhode.** *Florence*. 2014, **10**(4), 32-35. ISSN 1801-464X.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

35. LHOŤAN, Josef. **Vybrané problémy pacienta po CMP.** *Sestra*. 2014, **24**(5), 26. ISSN 1210-0404.

Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vybrane-problemy-pacienta-po-cmp-475381>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

36. MUSILOVÁ, Eva, Elena ŽIAKOVÁ a D. LETAŠIOVÁ. **Fyzioterapie u pacientů po cévní mozkové příhodě.** *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2014, **21**(3), 136-140. ISSN 1211-2658.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

37. NEUMANN, Jiří a Eva CIGÁNKOVÁ. **Cévní mozková příhoda v ČR: [rozhovor].** *Zdravotnické noviny*. 2009, **58**(24), 14. ISSN 0044-1996.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

38. OKPARAIGWE, Dana. **Rozhovor s pacientem.** *Dysport bulletin*. 2012, **2012**(1), 4-6.

Předmět: nemocnice pro chronická onemocnění * cévní mozková příhoda * centra sekundární péče

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

39. OPAVSKÁ, Irena a Lenka MAZALOVÁ. **Příčiny strachu u nemocných po cévní mozkové příhodě.** *Florence*. 2016, **12**(11), 23-25. ISSN 1801-464X.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

40. **Péče o pacienty po poškození mozku volá po změně.** *Medical tribune*. 2010, **6**(24), A3. ISSN 1214-8911.

Dostupné také z: <https://www.tribune.cz/clanek/19668-peco-o-pacienty-po-poskozeni-mozku-vola-po-zmene>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary 9

41. PODIVÍNSKÝ, Jiří, Jana SVOBODOVÁ a Dana MASNIKOSOVÁ. **Kdy začíná paliativní péče o nemocného s CMP?.** *Geriatric a gerontologie*. 2012, **1**(1), 38-39. ISSN 1805-4684.

Anotace: Cévní mozková příhoda představuje co do klinického obrazu celou škálu následků – od možné úpravy celkového stavu ad integrum, až po nezvratně progredující obraz s fatálním koncem. Autoři se snaží poukázat na tyto skutečnosti v souvislosti s kritérii paliativní péče, která platí u chorob, jejichž průběh je limitován apoptózou. V případě ukončení kurativního přístupu je nutno uplatnit samozřejmě pravidla péče terminální

Dostupné také z: <http://www.mf.cz/produkty/geriatric-a-gerontologie/archiv/>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

42. ŘÍHA, Michal a Petra DVOŘÁKOVÁ. **Léčba fokální spastické parézy po získaném poškození mozku – zkušenosti z rehabilitačního pracoviště.** Rehabilitace a fyzikální lékařství. 2015, **22**(3), 140-143. ISSN 1211-2658.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

43. ŘÍHA, Michal. **Aspekty multiprofesionální péče o pacienty po cévní mozkové příhodě.** Aspekty práce pomáhajících profesí. 2012, s. 257-259.

44. SOJÁKOVÁ, Blanka. **Dlouhodobá péče o pacientku po CMP.** Diagnóza v ošetrovatelství. 2012, **8**(3), 20-21. ISSN 1801-1349.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

45. SOLNÁ, Gabriela, Daniel VÁCLAVÍK a Naděžda LASOTOVÁ. **Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě v České republice.** Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2018, **81**(5), 528-531. ISSN 1210-7859.

Anotace: V ČR funguje síť 45 komplexních cerebrovaskulárních a iktových center zabývajících se akutní CMP, v rámci níž patří dysfagie k jednomu z nejzávažnějších symptomů. V roce 2014 byla poprvé napříč těmito centry formou dotazníkového šetření mapována situace v péči o pacienty s dysfagií po CMP. V rámci zlepšení managementu péče o tyto pacienty a na základě výsledků dotazníkového šetření byl v roce 2015 publikován standard léčebného plánu Péče o pacienty s dysfagií po CMP. Po 3 letech bylo dotazníkové šetření zopakováno ve všech centrech ke srovnání se stavem v roce 2014 a zjištění aktuální formy managementu na iktových jednotkách – např. způsob zachytu dysfagie, druh užívaného skriningu, možnost provedení objektivního vyšetření, zavedení nutričního managementu apod. Cílem příspěvku je informovat o aktuálním stavu péče o dysfagické pacienty na podkladě dat získaných ze srovnávacího dotazníkového šetření z let 2014 a 2017.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

46. ŠEBLOVÁ, Jana, Aleš TOMEK, Milan TICHÁČEK, et al. **Přednemocniční péče o pacienty s akutní cévní příhodou – Aktualizace doporučeného postupu SUMMK ČLS JEP.** Urgentní medicína. 2016, **19**(4), 25-27. ISSN 1212-1924.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

47. ŠKODA, Ondřej. **Ischemické cévní mozkové příhody - doporučení pro léčbu.** Anesteziologické dny Vysočiny. 2010, s. 51-54.

48. ŠKODA, Ondřej. **Léčba ischemických CMP v České republice – pohled neurologa.** Postgraduální medicína. 2016, **18**(3), 250-255. ISSN 1212-4184.

Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-ischemickych-cmp-v-ceske-republice-pohled-neurologa-482355>

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

49. ŠVESTKOVÁ, Olga. **Všichni chceme domů - rozhovor.** ZN plus. 2017, **66**(3), 6-9. ISSN 2533-3968.

Předmět: sociální péče * pomůcky pro sebeobsluhu * cévní mozková příhoda * rehabilitace po cévní mozkové příhodě (ekonomika, metody) * motivace * ergoterapie

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary 10

50. TINKOVÁ, Marie. **Léčba akutních ischemických cévních mozkových příhod.** Sborník odborných článků. 2018, s. 71-78. ISBN 978-80-270-3678-3.

51. TOMEK, Aleš. **Revoluce v léčbě mrtvice.** Téma. 2016, (1-speciál), 42-45. ISSN 2336-4815.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

52. VÁCLAVÍK, Daniel, Gabriela SOLNÁ, Naděžda LASOTOVÁ, et al. **Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. Standard léčebného plánu.** Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2015, **78**(6), 721-727. ISSN 1210-7859.

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary

53. VAŠKO, Peter. **Vliv změny strategie péče o pacienty s akutní ischemickou CMP ve FNKV aneb jak válčit se ztrátou času v nemocnici pavilonového typu.** Labor aktuell. **2015**(1), 28-30. ISSN 1214-7672.

Dostupné také z: http://www.roche-diagnostics.cz/content/dam/diagnostics_czechrepublic/cs_CZ/documents/Labor_Aktuell/LA2015/LA0115/Vlivzmeny_Vasko.pdf

54. VOLEJNÍK, Václav, Dita DUŠKOVÁ a Jana ZAVŘELOVÁ. **Duch, který oživuje ústav, je tvůrčím duchem lékařským, a duch ten musí být jednotným. Dům rozdvojený vždy hyne.** Florence. 2013, **9**(1-2), 46-47. ISSN 1801-464X.

Předmět: staří * dospělí * nemocnice pro chronická onemocnění * Česká republika * cévní mozková příhoda * rehabilitace * dějiny 20. století * rehabilitační centra * dějiny * trendy

Dostupné v Krajské knihovně Karlovy Vary 11



4. OLIVOVÁ, Tereza. **Následná péče o pacienty s poškozením mozku** [online]. České Budějovice, 2018 [cit. 2019-05-06]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce František Dolák.

Dostupné z: https://theses.cz/id/l2x9l5/DP_Olivov.pdf

Anotace: Tato teoretická diplomová práce je zaměřena na problematiku následné péče u pacientů s poškozením mozku. Práce má informační charakter a jejím cílem je čtenáře uvést do dané problematiky, popřípadě jim poskytnout cenné rady. Zejména v posledních letech se toto téma dostává do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti, a to jednak proto, že počty poškození mozku, zejména těch úrazových se stále zvyšují, ale také z toho důvodu, že s rozvojem akutní medicíny, která je v dnešní době na velmi vysoké úrovni, se navyšuje počet pacientů, kteří i přes poškození mozku přežijí. Avšak problém nastává v tom, že u velké části těchto pacientů se vyskytnou trvalé následky, se kterými se musí vypořádat oni sami i jejich nejbližší okolí. Tyto následky se projevují jako poruchy kognitivních funkcí, poškození smyslových funkcí, tělesné postižení a změny v oblasti chování a emocí. Následná péče o pacienty s poškozením mozku je v naší zemi značným problémem. Problém spatřujeme především v kontinuitě a dostupnosti péče regionálně dostupných služeb a rehabilitační péče pro tyto jedince. Návaznost péče poté, kdy je pacient propuštěn z akutního lůžka je velmi nízká, někdy až chaotická. Použité zdroje jsou odborná česká i zahraniční literatura, odborné časopisy a články vyhledávané v odborných databázích. Tato diplomová práce by měla poukázat na možná úskalí, jež obnáší následná péče o pacienty s poškozením mozku. Výsledky práce mohou být využity jako příspěvek na odborné konferenci, semináře či kurzy, které by se zabývaly touto problematikou. Práce by zároveň mohla zvýšit zájem veřejnosti o toto téma.

ZÁKLADNÍ LEGISLATIVA:

1. **372/2011 Sb. ZÁKON** ze dne 6. listopadu 2011 **o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)**

2. **96/2004 Sb. ZÁKON** ze dne 4. února 2004 **o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)**

Plné znění zákonů a právních předpisů včetně všech změn, no