

Aktivizace pacienta s cévní mozkovou příhodou na neurologickém oddělení

Bianca Běhávková

Bakalářská práce

2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bianca BĚHÁVKOVÁ**
Osobní číslo: **H080263**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Aktivizace pacienta s cévní mozkovou příhodou na neurologickém oddělení**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části popsat onemocnění cévní mozková příhoda, specifikovat ošetrovatelskou péči a potřeby u nemocných s diagnózou cévní mozková příhoda. Vymežit aktivizační metody a jejich prvky aplikovatelné u pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda.

V praktické části provést průzkumné šetření na neurologickém oddělení týkající se aktivizačních činností u pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda. Získané informace zpracovat, vyhodnotit a interpretovat je. Vypracovat doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FEIGIN, Valery, 2007. Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6.

SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER, 2004. Neurologie pro studium i praxi. Praha: Grada. ISBN 80-247-0623-7.

TYRLÍKOVÁ, Ivana, 2005. Neurologie pro sestry. NCO NZO. ISBN 80-7013-287-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav ošetřovatelství

Konzultant: **Mgr. Silvie Treterová**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 30.5.2012

.....
Břehová Bidařová

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpisy vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRACT

Cévní mozková příhoda je onemocnění, které může zanechat nemocnému závažné následky, jež zásadně změní jeho postavení v osobním, rodinném i pracovním životě. Aby tyto změny co nejméně ovlivnily životní situaci nemocného, je zapotřebí včasná léčba a vhodná následná aktivizace nemocného. Aktivizace by měla probíhat intenzivně zejména v prvních dnech a týdnech po iktu, kdy je možné největší využití potenciálu pacienta.

V první kapitole teoretické části bakalářské práce je popsáno onemocnění cévní mozková příhoda. V druhé kapitole jsou charakterizovány potřeby pacientů s iktem. Závěrečná část je zaměřena na možnosti aktivizace, které může vykonávat všeobecná sestra u těchto nemocných na standardním neurologickém oddělení.

V praktické části byla navržena aktivizace u vybraných pacientů po cévní mozkové příhodě, realizována naplánovaná aktivizační cvičení a následně pomocí rozhovorů s vybranými pacienty zjišťován názor dotyčných na prováděnou aktivizaci.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, potřeby, aktivizace, všeobecná sestra, neurologické oddělení

ABSTRACT

Stroke is a disease that the patient can leave serious consequences, which fundamentally changes its position in the personal, family and business life. To minimize these changes affected the patient's life situation you need timely treatment and appropriate follow-activation of the patient. Activation should be especially intensive in the first days and weeks after the stroke, when the largest possible potential of the patient.

In the first chapter of the theoretical part of this work is described disease stroke. In the second section are characterized by the needs of patients with stroke. The final section focuses on the possibility of activation, which can perform general nurse in these non-powerful on the standard neurological department.

In the practical part of the activation was proposed in selected patients after a stroke, realized planned exercises and then activation by interviews with selected patients investigated in view of the activation performed.

Key words: stroke, needs, activation, nurse, department of Neurology

Motto:

„Jedinečná funkce sestry spočívá v tom, že pomáhá člověku, zdravému i nemocnému, při činnostech, které přispívají k upevnění či návratu zdraví, a které by vykonával sám bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo vědomosti. Cílem práce sestry je obnovit co nejrychleji nezávislost člověka na svém okolí.“

Virginia Hendersonová

Poděkování:

Děkuji Mgr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení a péči v průběhu celého mého studia. Děkuji také Mgr. Silvii Treterové za cenné rady a připomínky při psaní této práce. Poděkování patří i zdravotnickému týmu neurologického oddělení, kde pracuji a především děkuji své rodině za toleranci a podporu při studiu.

OBSAH

I	OBSAH	8
II	ÚVOD	9
III	TEORETICKÁ ČÁST	10
1	CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	11
1.1	Z HISTORIE	11
1.2	EPIDEMIOLOGIE MOZKOVÝCH PŘÍHOD	12
1.3	CÉVNÍ ZÁSOBNÍ MOZKU	12
1.4	KLASIFIKACE CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	12
1.5	RIZIKOVÉ FAKTORY CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	13
1.6	KLINICKÝ OBRAZ AKUTNÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	16
1.7	DIAGNOSTIKA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	18
1.8	LÉČBA AKUTNÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	19
1.9	KOMPLIKACE CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	20
2	PROBELAMTIKA POTŘEB U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVU PŘÍHODOU NA NEUROLOGICKÉM ODDĚLENÍ A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	21
2.1	POTŘEBY FYZIOLOGICKÉ	21
2.2	POTŘEBY PSYCHOSOCIÁLNÍ	25
3	AKTIVIZACE PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU NA NEUROLOGICKÉM ODDĚLENÍ	27
3.1	AKTIVIZACE PACIENTŮ PO IKTU S PORUCHAMI HYBNOSTI.....	28
3.2	AKTIVIZACE ZLEPŠUJÍCÍ SOBĚSTAČNOST PACIENTŮ	31
3.3	AKTIVIZACE ZLEPŠUJÍCÍ KOGNITIVNÍ FUNKCE A PSYCHICKÝ STAV	33
3.4	AKTIVIZACE U PACIENTŮ S PORUCHAMI VĚDOMÍ	34
3.5	BEZPEČNOST NEMOCNÉHO PŘI AKTIVIZACI.....	35
IV	PRAKTICKÁ ČÁST	36
4	METODIKA PRÁCE	37
4.1	CÍLE PRÁCE	37
4.2	CHARAKTERISTIKA VYBRANÉHO VZORKU	37
4.3	METODA PRÁCE.....	37
4.4	ORGANIZACE PRÁCE.....	38
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	39
5	VÝSLEDKY PRÁCE	40
5.1	KAZUISTIKY A ROZHOVORY S RESPONDENTY.....	40
V	DISKUZE	59
VI	ZÁVĚR	62
VII	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
VIII	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	66
IX	SEZNAM PŘÍLOH	68

ÚVOD

Cévní mozková příhoda je jedno z nejzávažnějších onemocnění, jehož následky často vedou k poškození zdraví s následnou invaliditou nebo až ke smrti jednice. Názory lékařů a odborníků se shodují v tom, že tomuto onemocnění je možné za jistých podmínek předcházet a následky onemocnění vhodnou léčbou a včasnou aktivizací zmírnit.

Pracuji na neurologickém oddělení a denně se setkávám s pacienty s výše uvedenou diagnózou. Tato skupina nemocných u nás tvoří asi čtvrtinu celkového počtu všech pacientů. Mozková příhoda se vyskytuje stále častěji a postihuje více osoby mladšího věku. Mnozí z nich si nesou těžké funkční následky po zbytek života, což negativně ovlivní jejich životní role.

Ve své bakalářské práci se zabývám včasnou aktivizací u pacientů s cévní mozkovou příhodou, která může velmi pozitivně ovlivnit průběh onemocnění, zvláště pak jeho následky a komplikace.

Aktivizace má svá specifika a odvíjí se od léčebných postupů, jež vycházejí z vyvolávající příčiny cévní mozkové příhody. Léčebná aktivizace vyžaduje na jedné straně skloubení vědomostí a praktických dovedností ošetřujícího personálu, zejména všeobecných sester, fyzioterapeutů a pomocného ošetrovatelského personálu, a na druhé straně také obrovské úsilí a trpělivost nemocného. Nesmíme opomenout ani emocionální podporu a účast ze strany nejbližších rodinných příslušníků a přátel.

V této práci se snažím ukázat určitý nástin aktivizace, kterou lze provádět na standardním neurologickém oddělení i přes jeho časově náročný provoz a přiblížit jednoduché aktivizační prvky, které mohou velmi dobře ovlivnit průběh zdravotního stavu pacienta a celkovou prognózu onemocnění. Aby byl výsledný efekt léčby a péče co nejlepší, je důležité vhodně vést a motivovat ošetřující personál k individuálnímu přístupu k nemocným.

Stanovení jasných cílů podporuje pacienta postiženého mozkovým iktem nejen ke spolupráci, ale pomáhá zdolávat mnohé překážky a neúspěchy na cestě k nezávislosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

„Cévní mozková příhoda představuje závažnou zdravotnickou, sociální a ekonomickou problematiku a je jednou z hlavních příčin mortality na celém světě“ (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010, s. 3).

Podle Světové zdravotnické organizace je cévní mozková příhoda (CMP) akutní neurologická porucha mozku vaskulárního původu se subjektivními a objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku. Jinými slovy jde o odumření (nekrózu) části mozkové tkáně v důsledku přerušení krevního zásobení dané oblasti mozku, což je akutní stav, který vyžaduje okamžitou lékařskou pomoc (Kalina, 2008).

1.1 Z historie

První poznatky o vzniku cévní mozkové příhody pochází již ze starého Egypta. Tzv. Smithův papyrus nám popisuje poměrně přesně tepenný oběh. Pozdější zkoumání mumií prokázalo, že právě staří Egyptané trpěli aterosklerózou, která vedla ke vzniku CMP. Ve starém Řecku lékař Hippokrates (460 - 377 let před Kristem) používal výraz „apoplexie“, který měl vyjadřovat zasažení úderem, omráčení, postižení, ochromení či ochablost a předpokládal, že jde o onemocnění mozku. Ve starém Římě lékař Galénos z Pergamonu (129 - 201 let po Kristu) rozlišoval apoplexii s poruchou dechu a tzv. „karos“ s normálním dechem (Káš, Országh, 1995).

Další poznatky o CMP pochází z raného novověku, kdy vztah mozkové příhody a mozkového krvácení popsal Weber roku 1658. První přesný popis mozkového zásobení zveřejnil roku 1664 Willis. Po tomto lékaři byl pojmenován tepenný okruh na spodině mozku. Zakladatel patologie Morgagni, který sám zemřel na mozkovou příhodu, ve svém díle „Anatomicky zjištěné uložení a příčiny nemocí“ z roku 1761, napsal, že mrtvice vzniká na podkladě změn mozkových cév, nikoli změn mozkové tkáně. Přibližně ve stejné době popsal Swieten, osobní lékař císařovny Marie Terezie, souvislosti CMP s poruchou řeči. Začátkem 19. století byla prvně popsána Scarpou cévní výduť a v polovině 19. století Virchow objasnil vznik trombózy a embolie jako následek srážení krve, čímž vyvrátil úsudek o primárním cévním zánětu. Ve stejné době Lobstein nazval změny v cévní stěně aterosklerózou a neurolog Fisher popsal zúžení vnitřní krkavice jako příčinu transitorní ischemické ataky i mozkového iktu (Kalina, 2008).

1.2 Epidemiologie mozkových příhod

„CMP představuje jedno z nejzávažnějších onemocnění vůbec. Jejím následkem zemře třetina postihnutých a další třetina zůstává trvale invalidní po zbytek života“ (Feigin, 2007, s. 11).

Jedná se o onemocnění, které je celosvětovým zdravotním problémem s narůstající závažností. Každý rok postihne přibližně 5 milionů nových obětí. V České Republice je incidence nových případů mozkových příhod až 30 tisíc za rok, což je ve srovnání s Evropou téměř dvojnásobek (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

1.3 Cévní zásobení mozku

Mozek má mimořádné oxidační a metabolické nároky, váží 1,3 kg a protéká jím přibližně 750 ml krve za minutu. Je zásoben dvěma velkými párovými tepnami, které odstupují z aorty – arteriae vertebrales a arteriae carotis internae. V oblasti spodiny lebeční jsou propojeny a vytváří tzv. Willisův okruh, který umožňuje redistribuci krve z dobře zásobených oblastí mozku do oblastí méně prokrvených, což kompenzuje nebezpečí vzniku lokální ischemie. Žilní hluboký systém mozku tvoří veneae cerebri internae a vena cerebri magna, které společně odvádí krev z centrálních struktur mozku a žilní povrchový systém odvádí krev z mozkové kůry a podkorových oblastí (Tyrliková, 2005).

Minutový průtok krve mozkem s narůstajícím věkem klesá, proto jakákoliv porucha prokrvení mozkové tkáně vede rychle ke snížení přísunu kyslíku. Po jedné minutě bez kyslíku dochází k poškození neuronů a po 5. minutě dochází k ireverzibilnímu poškození mozkové tkáně. Při úplném zastavení krevního průtoku nastává okamžité bezvědomí (Powell, 2010).

1.4 Klasifikace cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody rozdělujeme podle příčiny vzniku, 80 % případů tvoří ischemické a 20 % hemoragické ikty. Další podrobnější dělení je podle lokality postižení či podle doby trvání příznaků ikty (Kalita, 2006).

1.4.1 Ischemická cévní mozková příhoda

Při ischemickém iktu se jedná o obstrukci cévy narůstajícím trombem, embolií nebo systémovou hypoperfuzi. Trombóza vzniká na podkladě aterosklerózy mozkových tepen a vyvíjí se pozvolna. Každá příčina vede k mozkovému infarktu (Kalina, 2008).

Ischemickou CMP lze rozdělit dle časového průběhu na transitorní ischemickou ataku (TIA), reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND), progredující a dokončený iktus (Seidl, Obenberger, 2004). TIA je všeobecně nazývána varovnou mrtvicí či předzvěstí mozkové příhody a vzniká následkem krátkodobého přerušení přívodu krve mikroemboly do určité části mozku, její příznaky vymizí do 24 hodin. RIND se užívá v případě, že příznaky vymizí během jednoho až dvou týdnů a progredující iktus se dále vyvíjí následkem přetrvávající hypoperfuze mozku (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010). „*Při dokončeném iktu je vývoj ischemických změn ukončen, proto se klinický obraz nemění*“ (Nebudová, 1999, s. 62).

1.4.2 Hemoragická cévní mozková příhoda

Feigin (2007) rozděluje hemoragickou CMP na intracerebrální krvácení, což je krvácení přímo do mozkové tkáně a subarachnoidální krvácení (SAK), což je krvácení mezi pavoučnicí a měkkou plenou mozkovou. Krvácení a následná nekróza mozkové tkáně může být způsobena rupturou cévy v dané oblasti mozku nejčastěji následkem vysokého krevního tlaku nebo úrazovým mechanismem. Méně častými příčinami mozkové hemoragie jsou cévní malformace, poruchy krevní srážlivosti, mikroangiomy nebo kavernomy. U starších jedinců může mozkové krvácení výjimečně nastat následkem amyloidní angiopatie, při které dochází k ukládání bílkoviny ve stěně cév, což způsobuje jejich rupturu. U mladších jedinců to mohou být drogy, především amfetamin a kokain (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010). Intracerebrální krvácení je častější, bývá u osob s dlouholetou a neléčenou hypertenzí. Velikost hemoragie může být charakteru petechiálních miniatur až koagula kolem deseti centimetrů. Hematom pod tři centimetry se většinou vstřebá spontánně (Kalina, 2008).

1.5 Rizikové faktory cévní mozkové příhody

„*Rizikové faktory můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné*“ (Seidl, Obenberger, 2004, s. 192). Většina cévních mozkových příhod vzniká kombinací těchto rizikových fak-

torů, jejichž společné působení se nescítá, ale násobí (Feigin, 2007). Osobní riziko iktu lze vypočítat dle Instrukce Nadace mozkových iktů Nový Zéland (viz příloha P I).

1.5.1 Rizikové faktory neovlivnitelné

Tato skupina rizikových faktorů je daná geneticky nebo souvisí s procesem přirozeného stárnutí či s rasovým původem jedince (Seidl, Obenberger, 2004).

Riziko vzniku cévní mozkové příhody narůstá od 45. roku věku a každé další tři roky se riziko dále zvyšuje. U jedinců nad 65 let je riziko nejvyšší, přesto ale 25 % z celkového počtu mozkových iktů vzniká u dospělých pod 65 let a 4 % u osob mezi 15i a 40i lety. Muži mladší 65 let jsou ohroženi vznikem mozkové příhody o 20 % více než ženy, ale ženy bez ohledu na věk jsou o 50 % více ohrožené vznikem subarachnoidálního krvácení (Feigin, 2007). Geny hrají významnou roli spíše u některých rizikových faktorů nežli u samotného vzniku CMP. Je však prokázáno, že pokud se mozková příhoda vyskytla u dvou a více rodinných příslušníků pod 65 let, zvyšuje se pravděpodobnost jejího vzniku u dalších příbuzných (Spence, 2008). Genetické faktory se uplatňují i u subarachnoidálního krvácení. Osoby, jejichž rodiče prodělali SAK, jsou o 2 - 5 % více ohroženi jeho vznikem. U lidí afrického, asijského, afrokaribského původu a u obyvatel tichomořských ostrovů se hemoragická mozková příhoda vyskytuje častěji než u Evropanů (Feigin, 2007).

1.5.2 Rizikové faktory ovlivnitelné

Mezi ovlivnitelné rizikové faktory řadíme životní styl a určité choroby, jejichž následky lze eliminovat. Jedná se například o stres, nadváhu, kouření, hypertenzi, aterosklerózu, onemocnění srdce a cév, diabetes mellitus (Kalina, 2008).

Jednou z hlavních příčin vzniku cévní mozkové příhody je ateroskleróza. Sklerotické pláty v krevních cévách způsobují zúžení mozkových tepen či karotických tepen na krku. Pláty jsou tvořeny zánětlivými buňkami, fibrózní pojivovou tkání a buňkami hladké svaloviny, jež vrůstají do poškozené arteriální výstelky. Vstřebáváním a ukládáním cholesterolu a vápníku pak nabývají na objemu a způsobují ztrátu pružnosti tepny, její postupné zúžení až obliteraci, což vede k ischemii příslušné části orgánu či k ruptuře plátu s následnou trombózou. Ruptura plátu je příčinou 70 - 80 % případů ischemických mozkových příhod (Spence, 2008). S rozvojem aterosklerózy souvisí další rizikový faktor – vysoká hladina

krevních tuků, mezi něž se řadí zejména cholesterol, triglyceridy, nasycené tuky a mastné kyseliny (Feigin, 2007).

Do skupiny ovlivnitelných rizikových faktorů se řadí i nitrolební aneurysma. Jinými slovy výduť mozkových tepen je trvalé vyklenutí tepny, obvykle vrozené, mnohočetné a většinou objevené náhodně. Její prasknutí může způsobit závažné mozkové subarachnoidální krvácení až smrt (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010). Mezi typické symptomy růstu či prosakování tepenné výdutě podle Feigna (2007, s. 47) patří: „náhlá a silná bolest hlavy, nevolnost, zvracení, nesnášenlivost světla a hluku, dvojité vidění, pokleslé oční víčko, ztuhlá šíje“.

Dalším významným rizikovým faktorem je vysoký krevní tlak, který způsobuje postupné tvrdnutí tepen, což podporuje tvorbu krevních sraženin a výdutí. Lidé s jednoznačně stanovenou hypertenzí, kdy systolický tlak je roven nebo vyšší jak 140 mmHg a diastolický tlak je roven nebo vyšší jak 90 mmHg, jsou 7krát více ohroženi vznikem cévní mozkové příhody než lidé s normálním krevním tlakem (Feigin, 2007). Jedinci trpící onemocněním srdce, např. angínou pectoris, fibrilacemi síní, vrozenou srdeční či chlopenní vadou, nebo trpící srdečním selháním jsou více ohroženi vznikem krevních sraženin a ischemickou cévní mozkovou příhodou (Beneš, 2003). „Diabetes mellitus zvyšuje 1,8-6krát riziko vzniku CMP, protože způsobuje změny v cévním řečišti a podporuje rozvoj aterosklerózy“ (Kalita, 2006, s. 126).

Nadváha a obezita podporují rozvoj hypertenze, aterosklerózy, diabetu a onemocnění srdce. Spolu s těmito rizikovými faktory tedy nadváha zvyšuje riziko vzniku CMP o 15 % (Feigin, 2007).

„Duševní vypětí, frustrace a rozčilení následkem osobních, pracovních či socioekonomických problémů způsobují prudké zvýšení krevního tlaku“ (Kalita, 2006, s. 138). Účinky stresu na tepny jsou tedy prokazatelně negativní, přesto jej lze ovládnout jednoduchými metodami dechového cvičení, relaxačních masáží a cvičením zaměřeného na svaly obličeje, šíje a ramen (Feigin, 2007).

Další ne méně důležitý rizikový faktor je kouření. Tabákový kouř obsahuje několik tisíc různých látek a jedů. Za zmínku stojí oxid uhelnatý, který vysoce omezuje přenos kyslíku v krvi, což vede u jedinců s onemocněním věnčitých tepen k vážnému ohrožení. Je tedy prokázáno, že riziko srdečního selhání nebo mozkové mrtvice následkem arteriální ucpáv-

ky je mnohem častější u kuřáků. Toto riziko vzniku CMP způsobené kouřením se ale začne okamžitě snižovat, jakmile jedinec kouřit přestane a po pěti letech riziko prakticky vymizí (Spence, 2008).

Je důležité zmínit i hormonální vliv léčiv jako rizikový faktor, jedná se o antikoncepční přípravky a substituční hormonální léky. V posledních letech je zaznamenán nárůst vážných případů mladých žen, u nichž vznikla trombóza, ischemická CMP či smrt následkem užívání antikoncepce (Kalina, 2008). „*U žen v postmenopauzálním věku, které užívají substituční hormonální terapii, je riziko vzniku CMP 2,6krát vyšší*“ (Beneš, 2003, s. 42).

1.6 Klinický obraz akutní cévní mozkové příhody

Mozek řídí nejen tělesné funkce, ale také emoční projevy jedince. Je prokázáno, že levá hemisféra řídí u všech praváků a poloviny leváků rozumové, řečové schopnosti a také logické myšlení, zatímco pravá hemisféra zajišťuje orientaci v prostoru a abstraktní myšlení. U druhé poloviny leváků je to opačně. Projevy postižení mozku tedy závisí na lokalizaci ischemie či hemoragie. Pokud je ložisko ve frontální části mozku, je postižena pouze levá nebo pravá polovina těla a pokud je ložisko v zadní části mozku mohou být postiženy obě poloviny těla současně (Feigin, 2007).

1.6.1 Projevy ischemické mozkové příhody

Adams a Harold (1999, s. 83) řadí mezi akutní projevy ischemické CMP: „*slabost, jednostrannou necitlivost tváře nebo končetin, obtížnou řeč, rozostřené vidění, bolest hlavy, závratě, úzkost, zmatenost, desorientaci, neschopnost ovládat končetiny, potíže s chůzí, rovnováhou a celkovým pohybem*“. Další projevy souvisí s lokalizací iktu. Při uzávěru arteria vertebralis je časté vertigo, zvracení, nystagmus, dysfagie a dysartrie. Při postižení arteria cerebri anterior bývají změny osobnosti, neschopnost rozhodování se a inkontinence moči. Při postižení arteria cerebri media je typické Wernickeovo – Mannovo držení, kdy horní končetina je ve flexi v lokti a v zápěstí a dolní končetina jakoby obkružuje zdravou nohu při chůzi (Pfeiffer, 2007).

1.6.2 Projevy hemoragické CMP

Při subarachnoidálním krvácení je typicky náhlý nástup kruté a často jednostranné bolesti hlavy, závratě, nauzea, zvracení, světloplachost, opozice šije a porucha vědomí až koma (Feigin, 2007). Hodnotící škála podle Hunta a Hesse rozděluje tyto projevy do I. – V. stupně. Seidl a Orenberger (2004, s. 199) udávají „*relativně dobrou prognózu*“ při projevech stupně I. – III. a stupeň IV. – V. označují jako „*nepříznivý*“. Při intracerebrálním krvácení nastává fatická porucha, porucha čítí, paměti, hybnosti, porucha psychiky a zpravidla vždy ztráta vědomí (Feigin, 2007). Na rozdíl od ischemie se projevy mozkového krvácení progresivně zhoršují během několika hodin po začátku. Celková úmrtnost bývá až 50 % během jednoho měsíce a roční mortalita přesahuje 55 % (Kalina, 2008).

1.6.3 Porucha vědomí

„*Vědomí je stav mysli, jehož základem je bdělost (vigilita), která je předpokladem pozornosti, orientace a myšlení*“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 920). Umožňuje vnímat okolní prostředí a sebe sama, zprostředkovává adekvátní odpověď na zevní a vnitřní podněty. Porucha vědomí se dělí na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní poruchy jsou charakterizované změnou rozsahu vědomí a zahrnují somnolenci, sopor a kóma. U kvalitativních poruch vědomí dochází ke změně obsahu vědomí typické pro amenci či delirium (Kalina, 2008). Počínající porucha vědomí se projevuje neklidem a podrážděností, s prohlubující se poruchou se přidává zmatenost a dezorientace, zhoršuje se bdělost. Pacient se stává apatický, nereaguje na podněty a upadá do kómatu (Adams, Harold, 1999).

U ischemické CMP může vzniknout porucha vědomí až na úrovni kómatu, která se vyvíjí pozvolna několik hodin až dnů. U hemoragického iktu je rozvoj stejné poruchy vědomí náhlý během několika sekund. V akutním období mozkové příhody však porucha vědomí nemusí být způsobena pouze samotnou CMP. Příčina může být také v hypoglykémii, metabolickém rozvratu nebo ve snížené plicní ventilaci následkem masivní aspirace (Kalina, 2008).

K přesnému a objektivnímu posouzení stavu vědomí se používá Glasgow Coma Scale. Pomocí bodové stupnice se hodnotí otevření očí, slovní odpověď a motorická odpověď. Po sečtení všech tří kategorií vzniká celkové skóre v rozmezí 3 – 15 bodů, přičemž 15 bodů označuje bdělost a čilost, 7 a méně bodů znamená kóma a 3 body hluboké kóma (Adams, Harold, 1999).

1.7 Diagnostika cévní mozkové příhody

Časná a přesná diagnostika typu CMP je důležitá nejen pro určení specifického léčebného postupu, ale také proto, že 15 % pacientů, u nichž se zdá, že prodělali CMP, trpí jiným onemocněním. Jedná o hypoglykémii, epilepsii, kolapsový stav následkem poklesu tlaku krve, migrénu, závratě a ztrátu rovnováhy při poruchách vnitřního ucha (Spence, 2008).

Mezi hlavní diagnostické metody patří anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní testy, neurologické vyšetření, zobrazovací metody a interní vyšetření (Tyrlíková, 2005). Sběr anamnestických údajů je základním a nejdůležitějším diagnostickým postupem, přesto však samotná anamnéza k průkazu přesného typu CMP nestačí (Feigin, 2007). „*Zjišťují se informace o celkovém zdravotním stavu pacienta, o okolnostech vzniku obtíží, předchozí poranění hlavy či rodinná zátěž*“ (Tyrlíková, 2005, s. 134). Kontrola základních fyziologických funkcí a vyhodnocení krevních parametrů je nedílnou součástí při stanovování diagnózy pacienta. Umožňují zjistit další patologické stavy, jež mohou s CMP souviset. Jedná se například o poruchy krevní srážlivosti, zánětlivé změny či autoagresivní procesy, zvýšenou hladinu lipidů nebo abnormální počet krevních elementů (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

V rámci neurologického vyšetření se zkoumají oční a končetinové projevy, jako jsou šířka zornic, fotoreakce, bloudivé pohyby bulbů, dovirání víček, symetrie ústních koutků či cenění zubů a koordinace pohybů končetin. Dále se zjišťují řečové schopnosti, svalová síla, reflexy a meningeální příznaky (Tyrlíková, 2005). Zobrazovací metody, zejména počítačová tomografie (dále jen CT) a magnetická rezonance slouží k vyloučení mozkového krvácení nebo k průkazu ischemických ložisek, která mohou být i staršího data. Pokud jsou u ischemické CMP ložiska velmi malá, může být nález na CT v prvních hodinách negativní. Magnetická rezonance poskytuje podrobnější rozlišení a zachycuje i časnější změny v mozkové tkáni (Spence, 2008). Po negativním výsledku zobrazovacích metod se v rámci diagnostiky hemoragické CMP odebírá mozkomíšní mok lumbální punkcí. Tento výkon provádí výhradně neurolog speciální punkční jehlou, která se zavádí do epidurálního prostoru mezi 4. - 5. bederním obratlem (Feigin, 2007).

Interní vyšetření zahrnuje EKG a Rtg srdce a plic. „*Pomohou odhalit případné srdeční poruchy, změny na aortě či počínající pneumonii a diagnostikovat tak systémovou hypoperfuzi, která může vést následně ke vzniku ischemické CMP*“ (Káš, Országh, 1995, s. 69).

Z dalších doplňujících vyšetření se jedná zejména o angiografii mozkových cév, elektroencefalografii (EEG), ultrazvuk karotid (UZ), jednofotonovou emisní výpočetní tomografii mozku (SPECT) a vyšetření očního pozadí (Feigin, 2007). Angiografie mozkových cév zobrazí celý cévní systém mozku a pomáhá odhalit především aneurysmata, uzávěr či záněty cév. SPECT mozku je radioizotopová metoda, která umožňuje zobrazení změn krevního průtoku všech oblastí mozku. UZ karotid je šetrná metoda prokazující zúžení krčních tepen či počet aterosklerotických ložisek (Beneš, 2003). EEG zaznamenává bioelektrické potenciály mozkových buněk v podobě grafické křivky pomocí povrchových elektrod a slouží k odhalení změn elektrické aktivity mozku (Tyrliková, 2005).

1.8 Léčba akutní cévní mozkové příhody

„Akutní CMP vyžaduje časnou hospitalizaci v nemocnici, nejlépe na specializované iktové jednotce, rychlé zahájení léčby a kvalitní rehabilitace“ (Feigin, 2007, s. 97). Čím dříve se léčba zahájí, tím větší je naděje na úspěch. Úspěšnost léčby akutní mozkové příhody není dána pouze samotnými léčebnými strategiemi. Existují faktory, které mohou léčbu a celkovou prognózu onemocnění podstatně negativně ovlivnit. Jsou to věk nemocného, předchozí iktus, déletrvající porucha vědomí, deprese a nezáměr rodiny nemocného (Kalina, 2008).

Specifická léčba je dána přesným typem mozkového iktu. U ischemické CMP se indikuje antitrombotická, antikoagulační, antiagregační, vasodilatační, antiedematózní terapie. Antikoagulační léčba je prospěšná u pacientů s progredující příhodou způsobenou cévním trombem či embolizací kardiálního původu. Nejčastěji se podává subkutánně nízkomolekulární heparin, např. Fraxiparine nebo Clexane. Rizikem jsou krvácivé projevy. Antiagregancia ovlivňují shlukování trombocytů a jsou méně riziková. Používá se kyselina acetylsalicylová v tabletové formě, např. Anopyrin, Godasal. Vasodilatancia zlepšují prokrvení mozku. Z této řady se podává Oxyphillin intramuskulárně a současně Agapurin nebo Cavinton intravenózně ve fyziologickém roztoku (Tyrliková, 2005). V případě trombotického uzávěru tepny se používá moderní metoda, tzv. trombolýza, jejímž cílem je rozpuštění trombu a rekanalizace tepny. Aplikuje se na specializovaných pracovištích jen u malého počtu nemocných, kteří splní přísná kritéria (Kalina, 2008). Antiedematózní léčba se používá jako konzervativní terapie i u hemoragického iktu. Snižuje mozkový otok intravenózním podáním osmoticky aktivních látek, např. 20% infuzní roztok Manitolu nebo 10% roz-

tok NaCl. Režimová opatření antiedematózní léčby zahrnují zvýšenou polohu horní poloviny těla maximálně 30° nad podložkou, analgezii, oxygenoterapii a udržení normální tělesné teploty. Dalším specifikem je léčba hyperglykémie, která zvětšuje ischemické ložisko. Z tohoto důvodu se nepodává glukóza a hladina glykémie se udržuje pod 8 mmol/l krve. Operace u akutní ischemické CMP se volí vzácně. V některých případech se hemoragická příhoda řeší neurochirurgickým zákrokem, jehož účelem je zmenšení nebo odstranění hematomu. Pokud je mozkové krvácení zapříčiněno antitrombotickou terapií, podávají se substituce koagulačních faktorů a vitamin K (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010).

Obecná léčebná strategie zahrnuje zajištění dostatečné ventilace, oxygenoterapii, dostatečnou hydrataci a výživu, infuzní terapii, kompenzaci krevního tlaku, srdečních chorob a diabetu, symptomatickou léčbu, rehabilitaci a kvalifikovanou ošetrovatelskou péči (Tyrliková, 2005).

1.9 Komplikace cévní mozkové příhody

Průběh onemocnění závisí na přesném typu CMP, lokalizaci a velikosti mozkového postižení. Rozvoj komplikací zvyšuje riziko úmrtí pacienta o 12 % zejména v prvních třech dnech po prodělání iktu, během prvního měsíce o 10 % (Feigin, 2007).

„Komplikace akutní CMP, které se vyskytují v prvních 24 hodinách, jsou zejména kardiopulmonální poruchy, dysfagie a horečka“ (Ehler a kol., © 2011, s. 129). Nejčastějšími neurologickými komplikacemi jsou hemoragické změny, mozkový edém a epileptický záchvat (Pfeiffer, 2007). Mozkový edém, který je nejzávažnější komplikací, Tyrliková (2005, s. 75) označuje jako *„stav abnormálně zvýšeného obsahu vody v mozkové tkáni“*. Postihuje pacienty ve vyšším věku a osoby s poškozením větší části mozku. Vyvíjí se do 72 hodin po prodělání CMP a je hlavní příčinou smrti. Průvodní jevy edému mozku jsou vyšší systolický tlak, zvracení, anizokorie, porucha zraku, změny dýchání a porucha vědomí (Adams, Harold, 1999). V prvním týdnu po prodělání mozkové příhody hrozí žilní trombóza, plicní embolie, aspirační pneumonie, infekce močových cest, otoky horní končetiny, dehydratace a během prvního měsíce se vyskytuje porucha výživy, svalové kontraktury, zatuhnutí a bolest ramenního kloubu, dekubity, porucha vyprazdňování moče a stolice, pády, únava a deprese (Ehler a kol., © 2011).

2 PROBELAMTIKA POTŘEB U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVU PŘÍHODOU NA NEUROLOGICKÉM ODDĚLENÍ A SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

„Potřeba je projev nedostatku nebo nadbytku něčeho v oblasti biologické, psychické nebo sociální“ (Krátká, 2007, s. 7). Zdravý jedinec si plní potřeby bez pomoci druhé osoby. V době nemoci však dochází k omezení životního způsobu a návyků. Pacient postižený mozkovým iktem se stává neschopným postarat se sám o sebe, kvalita plnění jeho každodenních aktivit se snižuje a potřeby se výrazně mění. Uspokojování potřeb nemocného se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu a závisí na vlastnostech, dovednostech a schopnostech jedince, jeho zázemí, prostředí, kultuře a víře (Šamánková, 2011). Rozdělení potřeb na fyziologické a psychosociální potřeby odpovídá z pohledu ošetrovatelství holistickému (celostnímu) přístupu k nemocnému (Trachtová, 2001).

2.1 Potřeby fyziologické

Fyziologické potřeby podle Krátké (2007, s. 11) „zůstávají po velmi dlouhou dobu nemoci v popředí zájmu a úkolem sestry je zajistit tyto potřeby v takové míře, aby nemocný netrpěl nedostatkem“. Zařazujeme mezi ně potřebu pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, potřebu dýchání, komunikace a být soběstačný (Šamánková, 2006).

2.1.1 Potřeba pohybu

„Pohyb je základ nezávislosti“ (Krátká, 2007, s. 15). Základem veškeré hybnosti je svalový tonus, zajišťovaný činností páteřní míchy. Bez hybnosti není možná žádná aktivita denního života, žádná lidská činnost. „Každodenní aktivity si jedinec osvojuje v průběhu sociálního učení, stávají se součástí jeho života, vyjadřují jeho individualitu a odpovídají jeho základním potřebám“ (Trachtová, 2001, s. 19). Ztrátou hybnosti se nemocný stává imobilním. Dlouhodobá nebo trvalá imobilita znamená velké riziko vzniku komplikací a ohrožení života nemocného (Šamánková, 2006).

Pacient s CMP může mít částečnou nebo úplnou ztrátu hybnosti na jedné polovině těla, tzv. hemiparézu či hemiplegii. Ochrnutí všech končetin, tzv. kvadruparéza či kvadruplegie, není tak časté (Tyrlíková, 2005). Při ztrátě svalového tonu pacient nemůže provádět kontrolované pohyby končetinami, zejména horní končetinou. Paže je ochablá a volně visí. Při

lehké formě CMP je zachována uchopovací schopnost ruky. (Carraro, 2002). Nezbytná je aktivní spoluúčast pacienta při provádění ošetrovatelských úkonů a zajištění kompenzačních pomůcek pro usnadnění pohybu nemocného (Klusoňová, Pitnerová, 2000).

2.1.2 Potřeba soběstačnosti

Při imobilitě se nemocný stává nesoběstačným a závislým na pomoci druhé osoby, což velmi snižuje jeho vlastní sebeúctu a přispívá k pocitům méněcennosti, zbytečnosti, beznaděje a vede ke ztrátě jistoty a bezpečí (Trachtová, 2001). Musí se znovu učit péči o sebe sama a své prostředí, znovu nabyt smyslové ztráty a znovu si osvojit pohybové vzorce všech běžných denních i oblíbených činností (Carraro, 2002).

Pro vyhodnocení stupně závislosti se na standardní neurologické jednotce běžně používá test Barthelové (ADL – activities of daily living, viz příloha P II), v němž se hodnotí provádění základních všedních činností, jako jsou příjem potravy a tekutin, oblékání, koupání, osobní hygiena, vyprazdňování, použití toalety, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a do schodů. Každá aktivita se ohodnotí určitým počtem bodů, a čím méně bodů nemocný získá, tím více je závislý na pomoci (Staňková, 2006).

2.1.3 Potřeba výživy a hydratace

Příjem potravy a tekutin je jednou z nejzákladnějších podmínek lidské existence (Trachtová, 2001). „*Polykání je složitý koordinovaný pohyb rtů, tváří, jazyka, měkkého patra, hltanu, hrtanu a jícnu*“ (Vokurka, Hugo, 2004, s. 691). To bývá porušeno následkem faciální parézy v důsledku CMP. Projevy dysfagie jsou vypadávání potravy či vytékání tekutiny z úst, neschopnost polknout, bolest, kašel až dávení, váznutí jídla v krku a jeho navrácení zpět do úst nebo nosu. Nemocný je ohrožen aspirací potravy či tekutiny. Z tohoto důvodu může pacient trpět nechutenstvím, což vede k poruše výživy následkem sníženého příjmu potravy, k dehydrataci a k celkovému oslabení organismu nemocného (Feigin, 2007). Jestliže nemocný není schopen přijímat potravu ústy, je třeba zajistit podávání výživy nasogastrickou sondou a intravenózní cestou, dokud se příjem per os neobnoví. Oba tyto způsoby výživy mají své specifické indikace a navzájem se doplňují (Šamánková, 2006).

2.1.4 Potřeba čistoty

Potřeba čistoty je základní individuální potřebou a je-li nemocný zcela odkázán na pomoc druhé osoby, je třeba zajistit každodenní důkladnou hygienickou péči. Pravidelné udržová-

ní čistoty nemocného, osobního i ložního prádla pomáhá předcházet vzniku proleženin a dalších komplikací. Před provedením ranní toalety je nutné nemocnému poskytnout dostatek času na úplné procitnutí (Klusoňová, Pitnerová, 2000). Zvláště důležitá je péče o oči, dutinu ústní a genitálie. Pokud pacient oko na postižené straně zcela nezavře, sestra přiloží navlhčený sterilní čtvereček a popřípadě fixuje náplastí. Tím předejde nadměrnému vysychání oční rohovky. Pokud nemocný trpí zvýšeným sliněním, je vhodné vložit mu do zdravé ruky kapesník, čtverec buničiny nebo papírový ubrousek, aby si mohl ústa otřít. Při provádění hygienické péče sestra vždy pečlivě dbá na ochranu intimity a soukromí nemocného. Osobní oděv nemocného by měl být volný, s většími knoflíky a bez zipů (Šamánková, 2006).

2.1.5 Potřeba vyprazdňování

„Vyprazdňování je základní tělesnou, avšak velmi intimní individuální potřebou každého jedince“ (Krátká, 2007, s. 23). V prvních týdnech po CMP až 36 % pacientů s těžším postižením není schopno kontrolovat vlastní vyměšování. Dochází k inkontinenci nebo retenci moče a u některých jedinců i k samovolnému odchodu stolice nebo naopak k zácpě (Votava, © 2004). Po určité době však obvykle dojde k postupnému zlepšení až plné obnově normální funkce močového měchýře i střeva. Do té doby však potíže s vyprazdňováním značně přispívají k celkové nepohodě nemocného. Sestra musí přistupovat k nemocnému diskrétně, citlivě a s respektem (Feigin, 2007). V počáteční fázi, kdy nemocný není schopen ovládat vyprazdňování močového měchýře, má obvykle zavedený permanentní katétr. Z důvodu rizika vzniku infekce močových cest je nutné co nejvíce zkrátit dobu jeho zavedení. Muži upoutaní na lůžko mohou používat močovou láhev umístěnou na dosah zdravé ruky. U žen je možné použití podložní mísy, jednorázových podložek nebo vložek. Při podkládání podložní mísy je nutné nemocného povzbuzovat ke spolupráci (Schuler, Oster, 2010). Jakmile si nemocný osvojí přesun z lůžka na židli, je vhodné zajistit nemocnému k lůžku pojízdný klozet a popřípadě na něm nemocného převézt na toaletu. Tím se nemocnému poskytne dostatek soukromí, které je naprosto nezbytnou součástí při vykonávání všech potřeb. Nemocný s nízkým stupněm pohybového postižení je schopen si dojít třeba s pomocí na toaletu. Tu je vhodné upravit pomocí nástavce a madla pro usnadnění vstávání z klozetu. Po vykonání potřeby se nesmí opomenout důkladná očista genitálií a hygiena rukou (Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, 2004).

2.1.6 Potřeba dýchání

Na přísunu kyslíku závisí vitální funkce organismu a pacient s nepokrytou potřebou dýchání potřebuje pomoc v podobě dechové gymnastiky, která učí jak správně dýchat, či oxygnoterapie (Krátká, 2007). Proces uspokojování potřeby kyslíku si neuvědomujeme, dýcháme automaticky. Proto nedostatek kyslíku může u nemocného vyvolat strach ze smrti. Sestra sleduje dýchání, všímá si barvy kůže a sliznic, specifických pohybů hrudníku a posuzuje polohu nemocného. Při nesprávné poloze pacienta vleže je omezena plicní ventilace i kašlací mechanismus. U imobilních nemocných je třeba dbát na správné polohování, naučit je hluboké dýchání a odkašlávat, zajistit dostatečné vyvětrání pokoje (Trachtová, 2001).

2.1.7 Potřeba spánku a odpočinku

„Spánek umožňuje odpočinek těla i mozku“ (Šamánková, 2011, s. 91). Nemocný má větší potřebu spánku než zdravý jedinec. Odpočinek uvolňuje napětí, emoční stres a úzkost, neznamená však pouze nečinnost. I oblíbená činnost může uklidňovat, proto je vhodné umožnit pacientovi, aby dělal co má rád. Faktory ovlivňující spánek hospitalizovaného pacienta jsou změna prostředí, provozní hluk oddělení, neklidní spolupacienti, nedostatek soukromí, strach o svůj stav a bolest (Trachtová, 2001). Bolest je podle Krátké (2007) subjektivní zkušenost, kterou nelze objektivně změřit, snižuje kvalitu života a zatěžuje celý organismus. Pacienti s hemiparézou poměrně často trpí bolestí ramenního kloubu na straně postižení následkem sníženého napětí svalů a vazů, při nesprávném polohování horní končetiny či její chybnou manipulací (Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, 2004).

Na neurologickém oddělení se v ošetřovatelské dokumentaci zaznamenává síla a lokalizace bolesti. Síla se hodnotí na stupnici 0 - 10 bodů, kdy nula se rovná žádná bolest a 10 bodů nesnesitelná bolest. Od pěti a více bodů se zakládá arch o průběžném hodnocení bolesti a účinnosti analgetické léčby. Lokalizace bolesti se značí na předtištěné lidské postavy zobrazující přední i zadní stranu těla (Staňková, 2006).

2.1.8 Potřeba komunikace

V akutním stadiu CMP má až polovina nemocných různé formy obtíží s řečí, dlouhodobě však přetrvávají pouze u třetiny přeživších. Nejčastěji se jedná o zpomalenou řeč, neschopnost jasně se vyjádřit, vyslovit či vybavit si správné slovo, neporozumění mluvenému nebo psanému slovu a používání nesmyslných výrazů či zvuků (Rehabilitace osob po cévní

mozkové příhodě, 2004). „*Porucha řeči nebo ztráta schopnosti komunikace nemocného značně traumatizuje*“ (Neurologie 2003, 2003, s. 34). Proto je u každého pacienta nutné zvážit individuálně formu komunikace, např. psaní, kreslení, gesta, posunky nebo tabulky s písmenky a zajistit logopedické vyšetření. Nepostradatelnou součástí komunikace je oční kontakt a výrazy obličeje, které mohou o nemocném mnohé prozradit (Feigin, 2007).

Následkem mozkové příhody může pacient trpět tzv. zrakovým percepčním deficitem. To znamená, že vidí, ale není schopen vysvětlit, co vidí. Pohyb po straně zorného pole je na zdravé straně těla zaznamenán, ale na postižené ignorován. V případě, kdy si nemocný tento problém uvědomuje, se lehce naučí otáčením hlavy tento deficit kompenzovat. Během prvních dvou měsíců po iktu může mít pacient sníženou toleranci zvuku nebo úplnou ztrátu sluchu na straně postižení. Sluchové a zrakové poruchy je nutné kompenzovat pomocí naslouchátka a brýlí (Carraro, 2002).

2.2 Potřeby psychosociální

Psycho-sociální potřeby souvisí s vývojem centrálního nervového systému a slouží k začlenění jedince do společnosti. Psychické potřeby vychází z individuálního prožívání životních událostí a pocitu psychické vyrovnanosti. Sociální potřeby jsou spojeny se společností a kulturou (Šamánková, 2011).

2.2.1 Potřeba jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti

Nemocný s funkčními poruchami ztrácí jistoty a potřeba bezpečí tedy vystupuje do popředí. Naplnění potřeby jistoty a bezpečí můžeme u nemocného docílit dostatečným informováním, seznámením s prostředím, podporou soběstačnosti, plněním slibů a laskavým přístupem. Potřebu sounáležitosti zase komunikací, projevováním zájmu, empatií, projevem důvěry a pochvalou (Škrabalová, © 2009). Potřeba sounáležitosti a lásky vyjadřuje touhu někam patřit, komunikovat s druhými, přijímat a opěťovat lásku (Šamánková, 2011).

2.2.2 Potřeba seberealizace

Tato potřeba je u pacienta s mozkovou příhodou aktuální po celou dobu léčby. Nemocný chce vnímat, poznávat, učit se a rozvíjet se. Chce být v něčem dobrý a touží po uznání (Škrabalová, © 2009). Poznávací funkce patří mezi základní činnosti mozku. Myšlení a vnímání umožňuje chápání okolního světa, orientaci v prostoru, rozhodování a přizpůsobování.

bování se. Smysly zase slouží k přijímání informací, které ihned přechází do paměti krátkodobé. V ní se informace jakoby vytřídí a některé pak putují dále do paměti dlouhodobé (Klucká, Volfová, 2009).

Pacient s CMP může mít sníženou schopnost soustředit se a chápat, potíže s pamětí a následně i změny v chování. Jedinci s poruchou čítí a prostorové orientace často ignorují nebo popírají vše, co přichází od nehybné strany těla, např. sní jídlu jen z poloviny talíře, naráží do věcí na postižené straně nebo v horším případě opomíjí postiženou polovinu těla a preferují pouze tu zdravou. Přestanou úplně vnímat existenci ochrnuté končetiny. Tento stav se označuje jako „neglect syndrom“ (Feigin, 2007).

Při oslabení kognitivních funkcí ztrácí nemocný kus svého osobitého já. Nejen tedy porucha hybnosti, ale také porucha poznávacích schopností a smyslů výrazně omezují zapojení nemocného do běžných denních činností (Klucká, Volfová, 2009).

Hodnocení kognitivního deficitu se na neurologickém oddělení provádí pomocí testu Mini-Mental State Examination (MMSE), zvaného také Folsteinův test. Ve dvou částech testu se hodnotí orientace, paměť, pozornost, pojmenování předmětů, čtení, psaní a zrakově-konstruktivní schopnosti (Kalina, 2008).

2.2.3 Potřeby duchovní

Ztráta soběstačnosti naprosto změni životní úroveň nemocného, postavení v rodině, ve společnosti i v zaměstnání a vede k jeho sociální izolaci (Trachtová, 2001). Než se nemocný s jeho novou situací smíří, může mít potíže se zvládním svých emocí. Stává se citlivým a náladovým, střídá se zlost, pláč, smích, nadávky a přichází deprese, frustrace, úzkost, strach, vztek až nenávisť. Během učení pohybových vzorců i kognitivních funkcí nemocného je velmi nutná jeho psychická pohoda a sebeúcta. Pokud nedochází k návratu soběstačnosti v krátkém časovém úseku, nemocný může mít pocity vlastního selhání a přetrvává méněcennost. Depresivní nálada vede u nemocného ke ztrátě zájmů, zvýšené únavě, poruchám spánku, snížené chuti k jídlu, zhoršení pozornosti a soustředění, vnitřnímu neklidu, citové prázdnotě a ztrátě energie. Proto je nezbytné pochopení, trpělivost a povzbuzování ze strany personálu i příbuzných nemocného. Pokud však nemocný nereaguje pozitivně na motivaci a podporu ze strany ošetřujícího personálu, ani ze strany nejbližších, je třeba zvážit zavedení vhodné farmakoterapie a konzultaci psychiatra (Carraro, 2002; Klusoňová, Pitnerová, 2000).

3 AKTIVIZACE PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU NA NEUROLOGICKÉM ODDĚLENÍ

Pojem aktivizace vyjadřuje nespécifické označení úrovně aktivity, která je založená na smyslové, hormonální a svalové připravenosti organismu k činnosti (Pichrtová, © 2009). „Aktivita je jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života jedince“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 36).

Aktivizace nemocného postihnutého mozkovou příhodou by tedy neměla být chápána pouze jako speciální rehabilitační postup spadající jen do kompetence fyzioterapeutů. Jedná se o proces uzdravování nemocného, v jehož průběhu nemocný vykonává vše, co se týká péče o jeho osobu a prostředí (Schuler, Oster, 2010). Její úlohou je co nejrychlejší a nejefektivnější rozvoj soběstačnosti nemocného, kde nezastupitelnou roli má zdravotnický personál, který může stimulovat pacientovi schopnosti v rámci běžných denních činností. Měla by probíhat intenzivně a opakovaně zejména v prvních dnech a týdnech po iktu, kdy je možné největší využití potenciálu nemocného (Carraro, 2002). U ischemické formy CMP je možné začít 24 hodin po iktu, u hemoragické formy je naopak nařízen v prvních dnech přísný klid na lůžku (Feigin, 2007). Pacienti s CMP se nejrychleji zotavují během prvních 6 měsíců, ale celková délka zotavování však může být až několik let, což vyžaduje obrovskou trpělivost a úsilí samotného pacienta i nejbližších členů jeho rodiny (Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, 2004).

V průběhu aktivizace nemocného je nutné používat verbální podněty, oční kontakt i dotek. Na každý výkon je nemocného potřeba předem upozornit a vysvětlit mu způsob provedení. Povel musí být krátké, srozumitelné a nemocný musí mít dostatek času, aby jim porozuměl. Důležité je zabránit izolaci nemocného, nenechat ho po celý den samotného a zajistit kontakt s ostatními pacienty, s rodinnými příslušníky, s přáteli a eventuálně s dobrovolníky. Nesmíme opomenout ani úpravu prostředí a zajištění kompenzačních pomůcek (Carraro, 2002).

Při aktivizačních činnostech se řídíme zásadami, jako jsou profesionální příprava, respektování lidských práv, důstojnosti a svobodné vůle, akceptace charakterových zvláštností pacienta, uplatňování individuálního přístupu a citlivé nabízení, zohlednění zdravotního stavu pacienta, zapojení co možná největšího počtu osob (rodiny, veřejnosti, dobrovolníků), spolupráce s dalšími účastníky péče z oblasti zdravotní i sociální a pravidelné hodno-

cení. Aktivizační proces obsahuje cíl, kterého má být dosaženo, metody a prostředky, časovou dotaci a bezpečnostní opatření (Pichrtová, © 2009).

3.1 Aktivizace pacientů po iktu s poruchami hybnosti

Techniky léčebné tělesné aktivizace vychází z rehabilitačních principů stanovených na základě speciálních facilitačních metod, jako je metoda manželů Bobathových, metoda Kabatova, Brunströmové, Roodové a Vojtova metoda (Votava, © 2004). Uznávanou pohybovou koncepcí je kinestetika, založená na vnímání pohybu těla s využitím možností a rezerv nemocného. U nás se používá zejména metoda Bobathových, Kabata a Vojtova. Bobath koncept neučí pacienta pohybům, ale umožňuje mu, aby jej mohl provést sám. Základem metody Kabatovy je usnadnění pohybu pomocí periferní signalizace ze svalových, kloubních a kožních receptorů. Vojtova terapie aktivuje tři základní reflexní lokomoce – plazení, otáčení a vzpřimování podle základních pohybových vzorů, které má každý jedinec geneticky naprogramované v centrálním nervovém systému. Jako jediná metoda umožňuje její použití u pacientů bez vědomé spolupráce (Bar, Chmelová, © 2007). Metoda Brunströmové byla vytvořena cíleně pro pacienty s CMP. Společným rysem těchto metod je reflexní působení na svalstvo ovlivňované vůlí, čili ovlivnění volních a účelných pohybů vykonávaných při sebeobslužných činnostech a chůzi (Votava, © 2004). V kombinaci facilitačních technik se používá i senzoričká stimulace, tzv. „tapping“, který také zavedli manželé Bobathovi. „*Spočívá v rychlém a krátkém poklepu prsty terapeuta na určité části těla nemocného a slouží k navození pohybu dané části těla, především končetin, požadovaným směrem*“ (Carraro, 2002, s. 82). Během celé léčebné rehabilitace je třeba předcházet spasticitě pomocí obnovovacího či antispastického vzorce – rameno směřuje dopředu, paže je otočena ven, loket narovnaný, dlaň směřuje nahoru, prsty jsou natažené a palec se nedotýká ukazováčku. Páneve je tažena vpřed a noha otočena dovnitř. Kyčel, koleno a kotník jsou mírně ohnuté, trup v prodloužení (Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, 2004)

S postupným zlepšováním schopností pacienta se z pasivních pohybů přechází k asistovanému, aktivnímu pohybu až samotné chůzi, která představuje pro nemocného nezávislost a návrat k předcházejícím činnostem (Klusoňová, Pitnerová, 2000).

3.1.1 Polohování

Polohování v akutní fázi CMP se provádí za účelem prevence proleženin, muskuloskeletárních deformit, oběhových komplikací a zároveň slouží jako zdroj informací pro mozek, stejně jako mobilizace ramene a kyčle. Cílem pasivního pohybu je uchování pohybu v paměti a udržení normálního rozsahu pohybu kloubů (Carraro, 2002).

U pacienta s hemiparézou či hemiplegií se používají 4 základní polohy – poloha na parétické straně, na zdravé straně, na zádech a na břiše. Výhodou první polohy je, že tlak z podložky stimuluje čítí na postižené straně těla a pacient může zdravými končetinami volně pohybovat. Poloha na zdravé straně usnadňuje dýchání a zabraňuje vzniku dekubitů na nehybné straně. Poloha na zádech zvyšuje extenční spasticitu na dolních končetinách a je při ní největší riziko vzniku dekubitů v sakrální oblasti. Poloha na břiše je velmi přínosná v prevenci proleženin a infekcí respiračního systému, ale u nemocných s vyšším věkem nebo s přidruženým onemocněním srdce není vhodná (Pfeiffer, 2007). „*Každá poloha musí být stabilní a nemocnému příjemná, protože nestabilní poloha provokuje spasticitu*“ (Neurologie 2003, 2003, s. 25). K udržení požadované polohy slouží polohovací pomůcky. Na standardní neurologické jednotce se využívají molitanové kvádry, válce a korýtka různých tvarů a velikostí, polštáře a přikrývky (Klusoňová, Pitnerová, 2000).

Polohování a správné uložení končetin je třeba provádět nejméně každé 2 hodiny ve dne i v noci s ohledem na individuální potřeby nemocného (Klusoňová, Pitnerová, 2000). „*Pokud je pacient polohu schopen měnit sám, pak mu při její změně pouze pomáháme, zajistíme ji pomůckami a opakovaně kontrolujeme*“ (Šamánková, 2006, s. 320).

3.1.2 Asistované a aktivní pohyby

Při asistovaných a aktivních pohybech se postupuje dle vzorce pohybového vývoje v dětství – nejdříve se trénuje převalování, pak sezení, stoj a nakonec chůze. Tyto pohybové úkony se nemocný na standardní jednotce běžně učí pod vedením vyškoleného fyzioterapeuta. Nejsou však nikterak složité, proto je vhodné nácvik rehabilitačních prvků zakomponovat do běžné ošetrovatelské péče. Je nutné z počátku tyto prvky trénovat jednotlivě, přesto tělo nemocného musí být vnímáno jako celek (Klusoňová, Pitnerová, 2000).

Základním pohybovým prvkem je tzv. most, který nemocnému umožňuje pohyb v lůžku a výrazně usnadní ošetrovatelskou péči. Převalování ze strany na stranu je důležitým facilitačním stimulem pro posazení (Neurologie 2003, 2003). Pacient s hemiparézou či hemiple-

gii má ale při sezení v lůžku tendenci sklouzávat do nožní části lůžka, což velmi zatíží křížovou oblast citlivou pro vznik dekubitů. Proto trup nemocného musí být vzpřímený, polštáře jsou za jeho zády, nikoliv za hlavou a paže je natažená vpřed. Dolní končetiny má nemocný zapřené o bedničku v nožní části lůžka a mírně vypodložené pod koleny (Carraro, 2002). Sed s nohama spuštěnýma dolů z lůžka vede ke zlepšení celkové hybnosti nemocného, usnadňuje dýchání a stimuluje kontrolu rovnováhy těla. Z počátku, kdy nemocný není schopen tento úkon provést sám, může v sedu přepadávat dozadu, dopředu nebo na postiženou stranu. To se vyřeší založením polohovacího kvádru za záda a polštářů po stranách nemocného. Po určitém čase je nemocný schopen posadit se sám i bez pomoci, do té doby je však zapotřebí asistence sestry (Klusoňová, Pitnerová, 2000).

Při pohybu s postiženou horní končetinou se postupuje od ramene přes loket a směrem k ruce. Motorika ruky se trénuje, až nemocný ovládá kontrolovaný pohyb paže a udrží ji v prostoru. Je třeba dbát na správnou manipulaci, aby nedošlo k vykloubení ramenního kloubu. Úchop ochablé končetiny nemocného se vždy provádí za paži i předloktí, nikdy ne jen za distální část. Nepohyblivá a téměř vždy bolestivá paže, zejména v ramenní kloubu, je komplikace, která omezuje léčebné aktivity a celkové pohyby těla (Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, 2004).

Správné funkční postavení ruky představuje natažené zápěstí, mírně ohnuté prsty a odtážený palec. K tomu lze přispět správným polohováním, pohybovými aktivitami a použitím jednoduchých pomůcek (Pfeiffer, 2007). Carraro (2002, s. 34) zdůrazňuje: „*Pacient se musí naučit self range of movemvent – self ROM*“. V průběhu zlepšování pohybových schopností se tedy učí kontrolovat vlastní rozsah pohybů a trénovat sám aktivně pohyby nehybnou paží pomocí zdravé paže. „*Postiženou končetinu může pacient stimulovat tím způsobem, že si ji bude hladit zdravou rukou směrem od prstů k rameni*“ (Klusoňová, Pitnerová, 2000, s. 73).

K udržení rozsahu pohybu dolní končetiny na postižené straně je nutné polohování a rotace kyčle. Spasticita nohy není tak častá jako na ruce. Pokud k ní ale dojde, je možné přispět k jejímu snížení vkládáním molitanové podložky mezi roztažené prsty nohy několikrát v průběhu dne (Carraro, 2002).

3.1.3 Stoj a chůze

Nácvik stoje pomáhá ke zdokonalení hybnosti pánve. Provádí se, jakmile nemocný udrží rovnováhu vsedě. Při prvním postavení vydrží nemocný jen pár vteřin, postupně se ve

vzpřímené poloze udrží déle. Stabilní postoj nemocného umožňuje jeho přemístění z lůžka na židli a nácvik chůze. Při nácviku transferu z lůžka na židli je vhodné používat vyšší židli, čímž se zmírní těžkopádnost do sedu (Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, 2004).

„Chůze znamená pro nemocného skutečnou nezávislost“ (Carraro, 2002, s. 66). Pacient s poruchou hybnosti na polovině těla ale používá různé typy chůzí, jež nemusí být správné. Nemocný musí přenášet váhu přes paty, zdravou dolní končetinu posune dopředu a postiženou přisune. Obě nohy jsou vedle sebe, celé plošky chodidel spočívají na podlaze. Zpočátku je vhodné používat bradlo nebo chodítko, jež dodají nemocnému větší pocit jistoty a bezpečí. Vycházkovou hůl lze používat pouze v počáteční fázi nácviku, aby se nestala pro nemocného zvyklostí (Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, 2004). Obuv musí být pohodlná a pevná, aby dobře seděla na noze (Klusoňová, Pitnerová, 2000).

3.2 Aktivizace zlepšující soběstačnost pacientů

„Touha po uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb aktivizuje nemocného k činnosti“ (Šamánková, 2011, s. 17). Prostřednictvím pohybových prvků, péče o osobní hygienu a sebesycení, oblékání a svlékání, si osvojuje normální pohybové stereotypy (Carraro, 2002). Některé úkony, zejména ty intimního charakteru, jež provádí ošetřující personál, mohou být pro nemocného psychicky zatěžující. *„Při nácviku soběstačnosti jde o to, vymyslet vhodný způsob provedení určité činnosti tak, aby byl pacient schopen tuto činnost provést sám a pokud není schopen provádět sebeobsahu zcela sám, je nutné umožnit mu provádět alespoň dílčí úkony“* (Kozáková a Miller, 2006, s. 18).

Základním aktivizačním přístupem u pacientů s hemiparézou či hemiplegií je, aby všechny stimuly přicházely ze strany postižení (Klusoňová, Pitnerová, 2000). *„Ošetřující personál i členové rodiny přistupují z postižené strany a noční stolek se postaví také z této strany“* (Pfeiffer, 2007, s. 23). Otáčení nemocného přes postiženou stranu podporuje aktivitu trupu a přispívá k uvědomování si nehybné poloviny těla (Neurologie 2003, 2003).

Během vykonávání denních aktivit sestra poskytuje pomoc nemocnému pouze v případě nutnosti, spíše ho instruuje a dává jednoduché a srozumitelné příkazy. Osobní očistu je lepší provádět vsedě u umyvadla, pokud je pacient schopen přemístit se, což zároveň usnadní péči o lůžko nemocného (Pfeiffer, 2007). Při umývání a osušování nemocný může

provádět automasáže dlouhými tahy po nehybných končetinách a krouživými pohyby na trupu a obličeji v rámci stimulace čítí. Osobní oděv nemocného musí být pohodlný, aby nikde neškrtil (Klusoňová, Pitnerová, 2000).

Při podávání stravy je naprosto zásadní správná poloha nemocného. Jeho trup musí být zcela vzpřímený, postižená končetina spočívá celým předloktím na jídelním stolku a ramięno směřuje dopředu (Pfeiffer, 2007). Z počátku léčebného režimu je vhodné nemocnému vést ruku při jídle a čelist zlehka přidrřžovat tak, aby ústa nemocného byla zavřená. To mu pomůže lépe kousat i polykat. Jednotlivá sousta by neměla být příliš velká a doporučuje se je průběžně zapíjet. Tekutiny není přípustné podávat nemocnému v kojenecké láhvi, může to být pro něho ponižující. Vhodné jsou cyklistické láhve, užší a lehké hrníčky s oběma uchy nebo postačí obyčejné brčko. Na konci jídla je třeba zkontrolovat, zda nemocnému nezůstaly v ústech zbytky potravy (Carraro, 2002). Aby se předešlo aspiraci, je vhodné upravit konzistenci potravy tak, aby nebyla příliš tvrdá, suchá či drobivá. Tekutiny se mohou zahušťovat rozmačkaným ovocem, přesnídávkou nebo zahušťovacím přípravkem volně dostupným v lékárně (Feigin, 2007).

Pokud nemocný trpí inkontinencí moče a stolice, je důležité provádět nácvik vyprazdňování, který vyžaduje vysoké úsilí a čas personálu. Přesto jsou pozitivní účinky i u pacientů s těžším postižením (Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, 2004). Podstatou je, že sestra v pravidelných časových intervalech odvede nemocného na toaletu nebo zajistí podložní mísu či močovou láhev a vybídne nemocného, aby se pokusil vykonat potřebu. Časový interval při nácviku vyprazdňování je ve dne 2 hodiny a v noci 3 – 4 hodiny. Postupně může nemocný intervaly prodluřžovat o 30 minut (Schuler, Oster, 2010).

„Pacienta je nutno za každý sebemenší pokrok chválit a povzbuzovat ho“ (Šamánková, 2006, s. 328). Pokud nemocný potřebuje jakoukoliv míru dopomoci, je nutné zajistit mu všechny potřebné kompenzační pomůcky a signalizační zařízení na dosah ruky.

K dosažení maximální soběstačnosti nemocného v denních aktivitách a zvýšení kvality jeho života přispívá i ergoterapie, která využívá cílené a smysluplné činnosti podporující fyzické i psychické funkce. Zaměřuje se na pohyb a senzomotoriku postižené oblasti, základní a instrumentální sebeobsluhu, kompenzační pomůcky, kondiční trénink, předpracovní i pracovní zaměření a kognitivní funkce (Šamánková, 2011).

3.3 Aktivizace zlepšující kognitivní funkce a psychický stav

Trénink kognitivních funkcí ovlivňuje jak intenzita procvičování jednotlivých funkcí, tak osobnostní a sociální faktory běžného každodenního života. Osobnostním faktorem je myšleno vnímání sebe sama a sociální faktor představuje adaptabilitu nemocného na danou situaci, prostředí i ošetřující personál. Procvičování myšlení, paměti a pozornosti se velmi úzce prolíná spolu s nácvikem řeči a tréninkem denních funkčních aktivit (Klucká, Volfová, 2009).

Potíže s řečí jsou spojeny i s poruchou polykání a mají na nemocného vysoce stresující účinek, proto je nezbytné zajistit odborné vyšetření logopedem a zahájit trénink řečových schopností co nejdříve. Pacientům s obtížnou výslovností může velmi pomoci orofaciální aktivizace. Jde o procvičování čelistí, rtů a jazyka, dráždění žvýkacích svalů uvnitř dutiny ústní ledem a drážděním kožních receptorů kartáčováním. To by mělo probíhat několikrát denně v poloze přiměřené stavu nemocného (Votava, © 2004).

Nejen dostatek času, ale i motivaci potřebuje nemocný k tomu, aby mohl vyjádřit, co chce sám. Vyžadování neustálého opakování jednoduchých slov a frází totiž může přispět k frustraci nemocného. Vhodnou stimulační pomůckou je zrcadlo, ve kterém se nemocný může shlížet a kontrolovat tak pohyby obličejových svalů. Výbornou pomůcku tvoří komunikační tabule nebo afatický slovník, jež obsahují obrázky slov a různých denních aktivit. Nemocný tak může pomocí nich vyjádřit svá přání i potřeby (Feigin, 2007).

Prostorovou orientaci a zároveň jemnou motoriku může nemocný rozvíjet například pomocí bludišť nebo spojováním bodů tvořících jistý obrazec na papíře. Pro rozvoj myšlení může velmi dobře posloužit i výše zmíněný afatický slovník. Pomocí jednotlivých grafických karet si může nemocný představit v mysli obraz toho, co chce říci a tím si lépe vybaví určité slovo, danou situaci nebo vzpomínku (Klucká, Volfová, 2009).

„Dynamiku psychických funkcí a pohybovou aktivitu ovlivňují temperamentové vlastnosti nemocného“ (Trachtová 2001, s. 34). Proto je vhodné nemocného motivovat různými podněty, k nimž má kladný vztah z doby před mozkovou příhodou, např. hudba, knihy, televizní pořady, oblíbené jídlo, vůně. K tomu je zapotřebí úzká spolupráce příbuzných (Votava, © 2004).

„Motivace je psychologický proces, který aktivuje a usměrňuje chování nemocného i ošetřujícího personálu. Je to vnitřní hnací síla, která vede k naplnění všech potřeb a dosažení cílů“ (Šamánková, 2011, s. 16).

Vybavování dřívějších aktivit, prožitých událostí a zkušeností nemocného je základní úlohou reminiscenční terapie, která nemocnému napomáhá vyrovnat se s vlastním životem, obnovit sebeúctu, aktivizovat kognitivní funkce a posílit jeho vlastní identitu (Janečková, Vacková, 2010).

Velmi silnou motivací k uzdravení je účast rodiny, jež dodá nemocnému potřebu lásky a sounáležitosti. Je třeba všechny členy informovat o možnostech pomoci a ukázat jim, jak se mohou nemocného dotýkat, protože fyzický kontakt sblížuje a pomáhá vyrovnat se s náhlou změnou životní situace. Je vhodné upozornit příbuzné, aby neprojevovali silné reakce před nemocným a udržovali příjemný průběh návštěvy např. povídáním si o aktuálním životě z prostředí jeho domova (Šamánková, 2011).

3.4 Aktivizace u pacientů s poruchami vědomí

V akutním období CMP může být nemocný v bezvědomí nebo v těžkém stavu neschopen spolupráce. Zásadní tady je péče o základní životní funkce a komplexní ošetrovatelská péče (Neurologie 2003, 2003). Důležité je udržovat funkční postavení kloubů a provádět pasivní cvičení v celém rozsahu pohybu. Končetiny je vhodné udržovat ve zvýšené poloze v rámci prevence otoků. U pacientů s poruchou polykání je nutná ochrana před aspirací a při stavěch zmatenosti se doporučuje zajistit klid, ticho a bezpečnost nemocného (Adams, Harold, 1999).

Protože porucha vědomí se může prohlubovat následkem nedostatku kyslíku, je zapotřebí udržovat hygienu dýchacích cest a provádět plicní rehabilitaci. Tyto postupy zahrnují především uvolňování či odsávání hlenů, dechová cvičení a polohování pacienta s cílem volné a snadné ventilace (Šamánková, 2006).

U nemocných v bezvědomí, s poruchou vnímání, ale také s poruchou komunikačních a pohybových schopností je vhodné do péče zakomponovat prvky bazální stimulace. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče stimuluje organismus vnímat vlastní tělo i okolí a navázat s ním kontakt, podporuje vývoj nemocného a redukuje stres pomocí využití jeho dřívějších životních návyků, zkušeností a vzpomínek. Předpokladem provádění prvků bazální stimulace jako součásti ošetrovatelské péče je podrobná individuální autobiografická anamnéza nemocného a integrace jeho nejbližší osoby do péče (Friedlová, © 2004).

3.5 Bezpečnost nemocného při aktivizaci

Zdravotnické zařízení znamená pro nemocného s poruchou rovnováhy, hybnosti či kognitivních funkcí vysoce rizikové prostředí z důvodu jeho možného pádu a následného poranění. Pád je mimořádná událost, která negativně ovlivňuje průběh léčby, a pacienti s CMP jsou následkem poruchy hybnosti obzvláště náchylní k pádům. Na Geriatrické klinice Fakultní nemocnice Univerzity ve švédské Umea prováděli roku 1991/1992 jednorocní výzkum, na jehož základě vytvořili „Index předpovědi pádů u rehabilitujících CMP pacientů“. U 135i pacientů po mozkovém iktu zkoumali náchylnost k pádům. Během prvních osmi týdnů hospitalizace upadlo jednou 49 pacientů a více než jednou 30 pacientů následkem ztráty rovnováhy (Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, 2007).

Úkolem ošetřujícího personálu tedy je, aby za každých okolností zajistil bezpečnost pacienta a snížil riziko jeho poranění. Prvotním faktorem v prevenci pádů je správné zhodnocení stavu nemocného na základě podrobné ošetřovatelské anamnézy. Další krok spočívá v úpravě prostředí, jako je vhodné umístění nábytku, nainstalování madel na chodbách, toaletách i ve sprše. Vyhýbat se mokré a kluzké podlaze a dávat pozor na rozlité tekutiny u lůžka nemocného. Zajistit dostatečné odpovídající osvětlení. Nutná je také kontrola technického stavu kompenzačních pomůcek, zejména chodítek, mechanických vozíků, ale také brzdového systému koleček u lůžka. Zvážit použití postranních zábran lůžka u pacientů, kteří je přelézají a zjistit důvod, proč lůžko opouští. Funkční trénink nemocný provádí vždy s pomocí a pod dohledem. Nejdůležitější je však zajistit nemocnému na dosah ruky signalizační zařízení a vysvětlit mu, jak funguje (Feigin, 2007).

Na neurologickém oddělení se zkoumá riziko pádu jako součást ošetřovatelské anamnézy. Hodnotí se věk, pohyblivost, vyprazdňování, smyslový deficit, užívání léků a předchozí pády. Celkové skóre je v rozmezí 0 – 7 bodů. Nulové skóre se rovná nulovému riziku pádu, 1 - 3 body určuje nízké riziko pádu, 4 - 6 bodů středně vysoké riziko a 7 bodů vysoké riziko pádu (Staňková, 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Cíle práce

Cíl 1: Naplánovat a realizovat aktivizaci u vybraných pacientů s cévní mozkovou příhodou na daném standardním neurologickém oddělení.

Cíl 2: Zjistit pomocí rozhovorů s vybranými pacienty, jak vnímali prováděnou aktivizaci.

Cíl 3: Vytvořit pro všeobecné sestry, které pracují na daném standardním neurologickém oddělení, praktický manuál s návrhy aktivizačních cvičení pro pacienty s cévní mozkovou příhodou.

4.2 Charakteristika vybraného vzorku

Aktivizace a následné rozhovory byly prováděny u vybraných pacientů s cévní mozkovou příhodou hospitalizovaných na standardním neurologickém oddělení nemocnice okresního typu. Soubor tvořily dvě ženy ve věku 51 a 53 let a dva muži ve věku 49 a 66 let, z důvodu ochrany jejich osobních údajů byli označeni písmeny A, B, C, D. Pacienti nebyli vybráni náhodně, jednalo se o tři pacienty s hemoragickou a jednoho s ischemickou příčinou mozkové příhody. Tito nemocní byli způsobilí k právním úkonům, schopni relevantním způsobem spolupracovat a odpovídat na kladené otázky. Na neurologickém oddělení byli hospitalizováni 10 - 14 dní.

4.3 Metoda práce

Vzhledem k základní diagnóze pacientů byla zvolena kvalitativní metoda polostandardizovaného rozhovoru, který je v ošetrovatelském výzkumu nejvíce rozšířen. Jedná se o hrubý seznam otázek, které musíme mít, jinak máme volné pole (Bártlová, 2008). Výhodou polostandardizovaného rozhovoru je, že můžeme citlivě zohlednit působení souvislostí, místní podmínky a situaci. Průběh výzkumu má pružný charakter, z daného základu se rozvíjí a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků (Hendl, 2005).

Ke každému pacientovi byla sestavena případová kasuistika, jež se řadí mezi kvalitativní metody. Jde o popis konkrétních případů, objasňuje jejich zdravotní stav, průběh onemocnění a léčbu, navrhuje řešení ošetrovatelských problémů a popisuje plán a realizaci aktivizace. Takový rozbor jednotlivých případů je obsahem komplexní kasuistiky (Farkašová, 2002). Informace o zdravotním stavu pacientů jsem zjišťovala ze zdravotní dokumentace, přímo od nemocného nebo jeho pozorováním.

4.3.1 Charakteristika otázek rozhovorů

Rozhovor se skládal z devíti okruhů otázek (viz příloha P III), které se týkaly prováděné aktivizace. Tyto otázky posloužily ke zjištění konkrétních názorů respondentů o jednotlivých aktivizačních cvičeních a zjištěné informace byly také pak následně využity při tvorbě manuálu pro všeobecné sestry.

4.4 Organizace práce

Po výběru pacientů následovalo plánování a realizace aktivizace. Samotná realizace byla časově náročná. Po volbě nemocného jsem trávila každý den jeho hospitalizace v dopoledních i odpoledních hodinách na oddělení. Podle toho, jak se vyvíjel zdravotní stav pacienta, jsem si pro něho připravovala a poté s ním realizovala aktivizační cvičení. Aktivizace u pacienta A probíhala 14 dní, u pacienta B se konala 11 dní v lednu 2012, u pacienta C 12 dní v lednu 2012 a u pacienta D probíhala 10 dní v březnu 2012.

Respondenti byli vždy seznámeni s tématem mé bakalářské práce a požádáni o spolupráci a možnost provádět s nimi aktivizační cvičení. Každého pacienta jsem na základě jejich písemného souhlasu za přítomnosti dvou svědků (ošetřovatelka, všeobecná sestra) vyfotografovala při určité aktivizační činnosti (fotodokumentace viz příloha P IV). Písemné souhlasy jsou originální tiskopisy nemocnice, obsahují identifikační a osobní údaje nemocného, proto je nelze použít v bakalářské práci, ale jsou uloženy v archivovaném chorobopise každého respondenta.

Poté co ošetřující lékaři pacientů rozhodli o jejich přeložení z neurologického oddělení na rehabilitační oddělení, provedla jsem s dotyčnými respondenty rozhovor o aktivizaci, která probíhala v průběhu celé jejich hospitalizace. Tyto rozhovory jsem si nahrávala na diktafon a zjišťovala jsem, co respondenti vnímali pozitivně a které prvky byly pro ně naopak velmi

obtížné. To vše jsem dávala do souvislostí s mými poznámkami k jednotlivým aktivizačním prvkům. Rozhovory byly provedeny u všech pacientů v den jejich propuštění a nemocní byli obeznámeni s tím, že nemusí na všechny otázky odpovídat a získané informace budou použity jen pro potřeby bakalářské práce. Jeden rozhovor trval asi 20 – 30 minut.

4.5 Zpracování získaných dat

Všechna získaná data jsem následně zpracovala do kazuistik. Nahrané rozhovory jsem si po opětovném poslechu přepsala, doslovné přepisy rozhovorů v plném znění uvádím v jednotlivých kazuistikách. Odpovědi byly obsahově analyzovány a s informacemi, které jsem získala od respondentů, bylo nakládáno diskrétně, nahrávky byly vymazány. Kazuistiky jsem zpracovala jednak ze získaných dat ze zdravotnické dokumentace, z informací od pacientů a také z informací od ošetřujícího personálu. Po prostudování literatury, proběhlých aktivizací a rozhovorech jsem připravila pro mé kolegyně manuál s jednotlivými aktivizačními cvičeními, které lze využít u pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda hospitalizovaných na našem neurologickém oddělení.

5 VÝSLEDKY PRÁCE

5.1 Kazuistiky a rozhovory s respondenty

Pacient A

Pacient A, muž ve věku 66 let, ženatý, v důchodě, byl přivezen rychlou záchrannou službou (10/2011) pro stav bezvědomí na neurologické oddělení z oddělení následné péče jiné nemocnice, kde byl hospitalizován pro rehabilitaci po předchozí prodělané CMP. Při převozu zajištěn žilní vstup, aplikováno 80 ml 20% infuzního roztoku Manitolu (osmotické diuretikum), hladina glykémie 4,4 mmol/l.

Při přijetí na neurologické oddělení je pacient somnolentní, nespolupracuje, nekomunikuje, je bez oběhových komplikací, fyziologické funkce jsou v normě. Zornice jsou izokorické, dýchání alveolární bez vedlejších fenoménů, břicho měkké prohmatné, periferní pulsace hmatné. Vyšší svalový tonus přítomen na pravostranných končetinách, na pravé horní končetině Wernickeovo držení, na pravé dolní končetině pozitivní Babinský reflex. Nález na levostranných končetinách je v normě. Inkontinence moče.

Po přijetí jsou provedena tato laboratorní vyšetření: krevní obraz, koagulace a sedimentace, biochemické vyšetření krve, CT mozku, RTG srdce a plic, EKG, interní vyšetření, EEG, probíhá monitorace SatO₂ á 8 hodin, oxygenoterapie dle SatO₂, kontrola krevního tlaku a pulsu á 2 hodiny.

Lékařská diagnóza: Recidivující hemoragická CMP v levém karotickém povodí s pravostrannou hemiplegií a fatickou poruchou. Další diagnózy: Vředová choroba gastrointestinálního traktu, esenciální hypertenzní nemoc, stav po pravostranné bronchopneumonii (5/2011), stav po osteosyntéze hlezna (10/2008).

Farmakoterapie: Per os: Geratam 800 mg tbl. 1-1-0 (nootropikum), KCl tbl. 1-0-0 (soli a ionty), Helicid 20 mg cps. 1-0-1 (antiulcerotikum), Citalec 10 mg tbl. 1-0-0 (antidepresivum). Intravenózně: 80 ml 20% Manitol 1-0-1 (osmolární diuretikum), fyziologický roztok 100 ml + Dexona 8 mg 1-0-1 (glukokortikoid).

Ošetřovatelská anamnéza: Pro fatickou poruchu nemocného byly informace o nemocném postupně doplňovány v průběhu hospitalizace pozorováním nebo vyplývaly během ošetřovatelských i odborných úkonů a při provádění aktivizačních prvků.

Pacient je od odpoledních hodin lucidní, psychicky labilní, spolupracující. Přítomna fatická porucha, problematická výslovnost, mluvenému slovu nemocný rozumí. Porucha hybnosti je na pravé straně těla, dolní končetina je paretická a horní končetina plegická. Pohybový režim nařízen ošetřujícím lékařem ležící, hlava a trup ve vodorovné poloze s možností polohování do maximální výšky 30° úhlu. V oblastech sebeobsluhy je pacient odkázán na pomoc ošetřujícího personálu. Skóre ADL je 20 bodů, což znamená vysokou závislost na druhé osobě. Potravu i tekutiny přijímá bez polykacích obtíží ústy a pomáhá si levou rukou za asistence ošetřujícího personálu, naordinována dieta č. 3, BMI je 27. Sliznice a kůže jsou bez patologických změn. Zaveden permanentní katétr č. 20, vyprazdňování stolice probíhá za asistence ošetřujícího personálu do podložní mísy v lůžku. Pro zajištění bezpečnosti pacienta doplněno lůžko postranními zábranami.

Ošetřovatelské diagnózy uvedené v ošetřovatelské dokumentaci: Zhoršená verbální komunikace, zhoršená pohyblivost na lůžku, zhoršená tělesná pohyblivost, deficit sebepěče při koupání, oblékání, stravování, vyprazdňování, sociální izolace, nedostatečné znalosti, únava, funkční inkontinence moči, riziko infekce z důvodu zavedení permanentního katétru, situačně snížená sebeúcta, riziko bezmocnosti, riziko pádů.

Aktivizační intervence prováděné v průběhu hospitalizace: Aktivizační prvky pro zlepšení hybnosti postižené pravé horní a dolní končetiny, nácvik tzv. mostu, nácvik sezení na lůžku s dolními končetinami spuštěnými dolů, procvičování výslovnosti pomocí afatického slovníku, trénink kognitivních funkcí formou hry, nácvik sebeobslužných činností, motivace a podpora psychického stavu.

1. – 2. den hospitalizace: Proběhla úprava prostředí pacienta tak, že noční a jídelní stůl byl umístěn na stranu postižení v rámci stimulace postižené pravé poloviny těla. Započalo se s podporou psychického stavu, zjištěny zájmy pacienta. Před proděláním mozkové příhody nejraději náš pacient luštil křížovky, poslouchal rádio, četl noviny a pracoval na zahradě. Rodina telefonicky požádána o zajištění brýlí, časopisu a rádia. Přinesli pouze brýle. Bylo zajištěno vyšetření nemocného klinickým logopedem, započalo se s nacvičováním verbální komunikace. Nemocný seznámen s používáním afatického slovníku a s tabulkou

s abecedou. V průběhu dne i noci byl pacient polohován na zdravém levém boku, na parietickém pravém boku a na zádech. Na některých pracovištích dodržují při mozkové hemoragii 24 hodin denně zvýšenou polohu hlavy a trupu v úhlu 30°, na našem neurologické oddělení ošetřující lékaři preferují polohování pacienta ve vodorovné poloze s občasnými intervaly zvýšení hlavy a trupu do maximálně 30° úhlu. Výše uvedené polohování prováděno v intervalu 2 - 3 hodin, vždy se zajištěním správné polohy pro nehybnou pravou paži. Každá změna polohy zaznamenána v polohovacím archu.

3. - 4. den hospitalizace: Od 3. dne je u pacienta lékařem nařízená rehabilitace, kterou prováděl fyzioterapeut jedenkrát denně v době od 13:00 hodin do 13:20 hodin. Po konzultaci s fyzioterapeutem probíhal nácvik aktivních pohybů pravé ruky, pacient má Wernickeovo držení na PHK, nejprve nácvik spojení rukou pomocí náhradního úchopu spastické ruky, poté nemocný instruován o pohybech sepnutých a propnutých paží směrem vzhůru k hlavě a dolů k nohám, cvik 10x opakován 4x denně. Dále byl nemocný instruován a následně s ním procvičován tzv. most, který usnadňuje jednak pacientův pohyb v lůžku a pomáhá i při ošetřovatelské péči, zejména při osobní hygieně a při podkládání podložní mísy. Aktivizace kognitivních funkcí započala pomocí práce s afatickým slovníkem. Během procházení jednotlivých karet slovníku se pacientovi téměř polovina slov nepodařila vůbec vyslovit a největší potíže měl se slovy začínající na písmeno „K“ a „R“. Karty zobrazující určité situace nebyl pacient schopný slovně popsat, přesto se mu práce s afatickým slovníkem líbila a spokojenost vyjadřoval souhlasným pokyvováním hlavy. Na závěr byly s pacientem prováděny cviky orofaciální oblasti, které spočívaly v nafukování tváří vzduchem s následným vypuštěním vzduchu a vtlačování špičky jazyka střídavě do vnitřní strany tváří. Pacient byl denně opakovaně vyzýván k opakování těchto cviků v průběhu další hospitalizace.

5. - 6. den hospitalizace: Ošetřující lékař povolil pacientovi v rámci postupné vertikalizace sed s nohama v lůžku. Nácvik posazování probíhal nejdříve s fyzioterapeutem, následně se všeobecnou sestrou. Šestý den již nemocný zvládá sed s nohama v lůžku bez pomoci personálu a to tím způsobem, že se zdravou levou rukou chytí postranice u lůžka a ručkuje do sedu, konzultováno s fyzioterapeutem. Ošetřující personál dbal na správné uložení postižené PHK, podložení zad polštáři, zajištění pacienta proti sesunutí bedničkou v nožní části lůžka. Opakovány stimulační cviky z předešlých dnů. Odpoledne procvičována řeč, myšlení i paměť pomocí afatického slovníku. Pacient opakoval slova zobrazená na kartách slov-

níku, pojmenovával barvy a poznával profese. Barvy určoval správně, nevěděl pouze fialovou, profese určoval s obtížemi.

7. den hospitalizace: Pacient tento den odmítal spolupracovat, byl negativistický, plakal, odmítal jíst, pít i komunikovat. Členové zdravotnického týmu se snažili s nemocným hovořit a motivovat jej. Dle ordinace lékaře byl nemocnému v 10:05 hodin podán Apaurin 2 ml (anxiolytikum) intramuskulárně. Po 14 hodině spolupacient dostal epileptický záchvat. Přestože náš pacient celý den nespolečně pracoval, velmi rychle zareagoval a přivolal pomoc signalizačním zařízením. Obličej pacienta prozrazoval radost a důležitost, personál nešetřil jeho chválou. Pan A začal opět spolupracovat, komunikoval a usmíval se.

8. den hospitalizace: Ošetřující lékař doporučil změnu pohybového režimu, sed s nohama dolů z lůžka. Mezi aktivizační intervence, pro následující dny, byla zařazena aktivní účast pacienta na sebeobslužných činnostech při hygieně, oblékání a stravování. Při ranní toaletě byl pacient instruován, jak má provádět mytí těla. Jednotlivé příkazy chápal, ale zapojení postižené PHK se nedařilo. Nemocný byl nabádán k facilitaci postižené PHK tak, aby si ji zdravou rukou hladil směrem od prstů k rameni. Při oblékání byl nemocný instruován dle běžných postupů. Dopoledne probíhal opakovaně nácvik sedu s nohama dolů z lůžka. Pacient zvládal správné provedení i s podporou postižené dolní končetiny zdravou nohou a byl nabádán i ke správnému polohování postižené PHK s rozevřením prstů na jídelní stůl. Postupně se zlepšovala úroveň soběstačnosti nemocného a komunikace s ostatními spolupacienty na pokoji. Při příchodu mé osoby na pokoj před obědem pacient seděl na lůžku s nohama dolů a četl si noviny, které si zapůjčil od pacienta z vedlejšího lůžka. Během oběda byl pacient opět instruován, jak se může najíst sám pomocí zdravé ruky. Tento úkon postupně zvládal bez větších obtíží, sestra pomáhala nabírat jídlo na lžičci. Odpoledne nemocný zkoušel psaní zdravou levou rukou, podařilo se mu napsat své křestní jméno. Následoval trénink řeči pomocí afatického slovníku. Výslovnost i srozumitelnost byla stejná beze změn zlepšení. Další aktivita na podporu kognitivních funkcí spočívala v seřazení čísel napsaných jednotlivě na papírových kartičkách od jedničky po desítku. Aktivitu pacient zvládl bez větších obtíží.

10. den hospitalizace: Aktivizace pohybová i kognitivních funkcí probíhala stejně jako předchozí dny, pacient prováděl cviky sepnutých paží vzhůru nad hlavu a dolů k nohám, stimuloval orofaciální oblast, pokračovala práce s afatickým slovníkem. Nemocný upozorňován na správné uložení postižené pravé ruky, na niž stále zapomínal. Při odpolední práci

s pracovními listy se dostavila manželka spolu s dcerou poprvé za celou dobu hospitalizace pacienta na neurologickém oddělení. Pacient A vůči ženě projevil značnou nevoli pramenící z toho, že ho předchozí dny nenavštívila.

11. – 13. den hospitalizace: Jedenáctý den dopoledne byl zopakován ADL test s celkovým skóre 45 bodů – závislost středního stupně. To potvrdilo celkové zlepšení úrovně soběstačnosti pacienta. Běžné všední činnosti zvládal na lůžku pod dohledem nebo s malou pomocí, sám několikrát denně procvičoval horní končetiny, stimuloval orofaciální oblast, sám se posadil s nohama dolů z lůžka, komunikoval s okolím. Pacient stále zapomínal na správné uložení postižené pravé ruky.

14. den hospitalizace: Bylo provedeno kontrolní vyšetření CT mozku, zdravotní stav pacienta zlepšen, ošetřující lékař doporučil přeložení na rehabilitační oddělení. Před překladem byl proveden s pacientem A rozhovor o aktivizaci, která probíhala v průběhu jeho hospitalizace na neurologickém oddělení.

Rozhovor s pacientem A

1. Průzkumník: „*Chtěla bych se Vás zeptat, co si představíte pod pojmem aktivizace na našem neurologickém oddělení?*“ Respondent A: „...*cvi...čení*...“ a prstem ukázal na mou osobu.

2. Průzkumník: „*V průběhu Vaší hospitalizace byla naplánovaná a realizovaná aktivizace, o které jste byl obeznámen na počátku hospitalizace. Jak jste vnímal tyto aktivizační cvičení?*“ Respondent A: „...*dobré*...“. Respondent A pokyvuje hlavou a dodává: „...*jóó moc dobré*...“.

3. Průzkumník: „*Co pro Vás bylo nejobtížnější? Byly to prvky tělesné léčebné aktivizace, prvky na podporu soběstačnosti při hygieně, jídle či vyprazdňování nebo to byl trénink řeči, myšlení a paměti?*“ Respondent A po zamyšlení uvádí: „...*mluvení*...“.

4. Průzkumník: „*A co Vám naopak dělalo radost?*“ Respondent A: „...*slovní...k a listy*...“.

5. Průzkumník: „*Vníмали jste prováděnou aktivizaci jako součást léčebného režimu nebo jako činnosti navíc?*“ Respondent A: „...*no...navíc*...“.

6. Průzkumník: „*Vyhovoval Vám čas probíhajících aktivizačních cvičení?*“ Respondent A chvíli přemýšlí: „...*víc...cvičit áno...*“. (Vysvětlení: víc cvičit ráno. Pacient měl rehabilitaci s fyzioterapeutem v odpoledních hodinách).

7. Průzkumník: „*Které další aktivity byste uvítal v průběhu Vaší hospitalizace?*“ Respondent krčí rameny a kroutí hlavou: „...*nic...*“.

8. Průzkumník: „*Jak byste hodnotil spolupráci s logopedem?*“ Respondent A: „...*dobré...*“ Průzkumník: „*A jak s fyzioterapeutem?*“ Respondent A: „...*málo...*“ Průzkumník: „*A spolupráci se sestrami?*“ Respondent A ukáže palec nahoru a dodává: „...*dobré, dobré...*“.

9. Průzkumník: „*Na závěr bych se Vás ráda zeptala, jak hodnotíte podporu Vaší rodiny v průběhu Vaší hospitalizace na neurologickém oddělení?*“ Respondent A projevil grimasou v obličeji a nesouhlasným pokýváním hlavy zřejmou nespokojenost nad neúčastí jeho rodinných příslušníků.

Zhodnocení rozhovoru: Rozhovor s pacientem A probíhal na pokoji u jeho lůžka a bez přítomnosti ostatních pacientů. Nejvíce se mu líbila práce s afatickým slovníkem, protože fatickou poruchu vnímal pacient mnohem hůř než omezení hybnosti. Spolupráci s ošetřujícím personálem hodnotil pozitivně, ovšem s podporou rodiny příliš spokojený nebyl, jeho obličej prozrazoval zklamání. Celkově aktivizaci hodnotil pacient A velmi dobře, což potvrzovaly i úsměvy, pokývání hlavou a někdy i zamávání zdravou rukou, kdykoliv jsem prošla kolem otevřených dveří jeho pokoje.

Pacient B

Pacient B, žena ve věku 53 let, vdaná, nezaměstnaná, byla přivezena (01/2012) rychlou záchrannou službou na neurologické oddělení pro náhlé bolesti hlavy provázené dvojitým viděním a brněním pravé poloviny obličeje a pravé ruky. Při převozu zvracela, proto byl zajištěn žilní vstup a intravenózně aplikováno 100 ml fyziologické roztoku se 2 ml Torecanu (antiemetikum).

Při přijetí na neurologickém oddělení pacientka je při vědomí, spolupracující, bez oběhových komplikací, fyziologické funkce v normě, zornice izokorické, dýchání fyziologické, břicho měkké prohmatné, Přetrvává dvojitě vidění, lehká dysartrie, mírný pokles pravého

koutku, snížená citlivost na polovině obličeje a předloktí pravé horní končetiny, svalový tonus končetin normální.

Po přijetí provedena tato vyšetření: krevní obraz, koagulace, sedimentace krve, biochemické vyšetření krve a moče, CT mozku, EKG a Rtg srdce a plic, oční vyšetření. Prováděna kontrola krevního tlaku á 2 hodiny.

Lékařská diagnóza: Fokální cerebrální dysfunkce hemoragické etiologie. Další diagnózy: kompenzovaná hypertenze III. stupně, hypothyreosa.

Farmakoterapie: Per os: Acecor 400 mg tbl. ½ -0-0 (antihypertenzivum), Prestarium Neo 5 mg tbl. 1-0-0 (antihypertenzivum), Tenaxum tbl. 1-0-0 (antihypertenzivum), Letrox 75 ug tbl. 1-0-0 (hormon štítné žlázy), Torvacard 20 mg tbl. 0-0-1 (antilipidemikum), Neurol 0,25 mg tbl. 1-0-1 (anxiolitikum), Asentra 50 mg tbl. 1-0-0 (Antidepressivum). Subcutánně: Clexane 0,2 ml 1-0-0 (antikoagulancium). Intravenózně: 20% roztok Manitolu 80ml 1-0-0 (osmolární diuretikum), fyziologický roztok 100 ml + Dexona 4 mg 1-0-0 (glukokortikoid).

Ošetřovatelská anamnéza: Pacientka komunikuje, spolupracuje, má snížené čítí na pravé polovině obličeje a předloktí pravé ruky. Pohybový režim ležící, hlava a trup ve vodorovné poloze s možností zvýšené polohy maximálně do úhlu 30°. Skóre ADL testu 25 bodů, vysoce závislá na pomoci druhé osoby. Dieta racionální, nají se sama, tekutiny přijímá také sama v dostatečném množství, BMI 31. Sliznice bez patologických změn, otoky dolních končetin. Pacientka má funkční inkontinenci moče, stolice je pravidelná, vyprazdňování probíhá do podložní mísy v lůžku. Na přání pacientky přidána jedna postranní zábrana na pravou stranu lůžka. Pacientka pocítuje úzkost, neví co se s ní děje, má obavy z dalších dnů. V noci nemůže usnout, cítí se unavená.

Ošetřovatelské diagnózy z ošetřovatelské dokumentace: Akutní bolest, deficit sebeděče při koupání, deficit sebeděče při oblékání, deficit sebeděče při vyprazdňování, zhoršená verbální komunikace, úzkost, nedostatek spánku, únava, riziko pádu.

Aktivizační intervence prováděné v průběhu hospitalizace: Stimulace čítí na pravé polovině obličeje a předloktí pravé ruky, orofaciální stimulace, aktivizační prvky z biblioterapie, cviky na podporu pánevního dna, trénink kognitivních funkcí formou hry a pomocí pracovních listů.

1. – 2. den hospitalizace: Pacientka má nařízený klid na lůžku s maximálním zvýšením hlavy a trupu do úhlu 30°. Z důvodu diplopie bylo levé oko přelepeno čtvercem buničiny.

Dolní končetiny měla pacientka pro otoky podloženy molitanovým kvádrem do zvýšené polohy. Pacientka byla instruována, jak má provádět stimulaci čítí na předloktí pravé ruky kartáčováním a pravé poloviny obličeje kostkou ledu nebo sáčkem s chladícím gelem. Kartáčování a ledování prováděla nemocná tak dlouho, dokud jí to nebylo nepříjemné, opakovala 2x denně. Byly zjišťovány zájmy pacientky, ráda čte historickou literaturu, luští křížovky, pěstuje květiny, plete, vaří a nejraději tráví čas s dětmi a vnoučkem. Rodina byla požádána o přinesení rádia a křížovek.

3. - 4. den hospitalizace: pokračuje stimulace čítí kartáčováním a ledováním. Protože pacientka trpí občasným únikem moči, byly jí vysvětleny cviky na posílení pánevního dna. Tyto tzv. Kegelovy cviky spočívají v posilování svalů pánevního dna, opakují se celkem 30x v intervalu pěti sekund. Pacientka nabádána, aby tyto cviky prováděla 3 - 5x denně. Na každý den odpoledne dohodnuto s pacientkou předčítání. Z knih dostupných na neurologickém oddělení si pacientka vybrala titul *Dáma s kaméliemi* od A. Dumase. Předčítání probíhalo přibližně 20 minut každý den. Byly využity prvky z muzikoterapie, poslech oblíbené hudby na CD, které přinesla rodina spolu s CD přehrávačem.

5. den hospitalizace – Od tohoto dne má nemocná nařízenou rehabilitaci s fyzioterapeutem, která probíhala denně od 10:00 do 10:20 hodin. Nácvik aktivních pohybů horních končetin probíhal tak, že pacientka dala paže před sebe a opakovaným krčením a propínáním v lokti se dotýkala prsty ramen, dále natažené prsty přitahovala k sobě a roztahovala do vějíře. Dolní končetiny střídavě procvičovány na podložce a v prostoru s odtážením a přitažením špičky nohy k tělu. Pacientka instruována, aby každý cvik opakovala desetkrát 5x denně. Pokračovala stimulace čítí na předloktí pravé ruky kartáčováním a obličeje ledováním, posilování pánevního dna. Odpoledne pokračováno v předčítání z vybrané knihy a poslech přinesených CD nosičů s relaxační hudbou pro podpoření odpočinku.

7. – 8. den hospitalizace: Pacientka má od 7. dne změnu pohybového režimu, sed s dolními končetinami v lůžku. Hygienická péče probíhala pouze s malou dopomocí ošetřujícího personálu. Pacientka prováděla stimulaci čítí, procvičování končetin a posilování pánevního dna jako předchozí dny. Dopoledne probíhala podpora kognitivních funkcí formou hry, slovní fotbal, do níž byla zapojena i spolupacientka. Hra trvala přibližně 15 minut a pacientka B volila slova bez větších obtíží. Rozvoj myšlení, pozornosti a soustředění probíhal také pomocí sluchového pexesa, které bylo vytvořeno pomocí neprůhledných plastových vajíček, do nichž byly vloženy různé drobné předměty, jako například šroubky na periferní

žilní katétr, vršek od odběrové zkumavky, rýže a podobně. Pacientka měla za úkol rozlišit vždy dva stejné zvuky. Podařilo se jí správně určit 4 páry ze sedmi. Odpoledne pokračovalo předčítání z knihy.

9. den hospitalizace: Pacientka udává mírné zlepšení dvojitého vidění i čítí na pravém předloktí. Dopoledne probíhal trénink kognitivních funkcí pomocí doplňovačky sestavené z domácích a cizokrajných zvířat. V každé kolonce byly předepsány dvě až tři písmena, ta zbylá pacientka postupně doplňovala. Křížovku pacientka vyplnila bez větších obtíží, pouze u některých zvířat jí byla poskytnuta slovní nápověda, jako například barva zvířete. Tajenka byla „cesta k nezávislosti“. Druhý pracovní list obsahoval celkem čtyři bludiště, které nemocná zvládla za 30 minut. Odpoledne probíhalo pravidelné předčítání knihy a poslouchání relaxační hudby.

10. den hospitalizace: Pacientka má povolen sed s nohama dolů z lůžka, který zvládá bez obtíží. Pouze pro potřebu vyprazdňování má povoleno přesunutí na pojízdný klozet. Přesun z lůžka nemocná zvládá s dopomocí ošetřujícího personálu. Pacientka nabádána, aby pokračovala v posilování pánevního dna i nadále. Odpoledne proběhla hra s obrázkovým písmenkovým pexesem, trvala necelých 20 minut. Zopakován ADL test s celkovým skóre 55 bodů, závislost středního stupně na pomoci druhé osoby.

11. den hospitalizace: Provedeno kontrolní CT vyšetření mozku, zdravotní stav pacientky B zlepšen, proto přeložena k doléčení na rehabilitační oddělení. Před překladem byl s pacientkou proveden rozhovor o proběhlé aktivizaci.

Rozhovor s pacientkou B:

1. Průzkumník: „*Co si představíte pod pojmem aktivizace na našem neurologickém oddělení?*“ Respondent B: „*...aktivizace? ...no nějaké cvičení, ale nejenom jako se hýbat, ale taky myslet...*“

2. Průzkumník: „*V průběhu Vaší hospitalizace byla naplánovaná a realizovaná aktivizace, o které jste byla obeznámena na počátku Vaší hospitalizace. Jak jste vnímala tyto aktivizační cvičení?*“ Respondent B: „*...bylo to výborné, sestřičko...*“

3. Průzkumník: „*A co pro Vás bylo nejobtížnější? Byly to prvky tělesné léčebné aktivizace, prvky na podporu soběstačnosti při hygieně, jídle či vyprazdňování nebo to byl trénink*

myšlení, pozornosti, soustředění, ...? “ Respondent B: „...úplně nejhorší pro mě bylo, že jsem musela ležet...no a jinak mě trápí ta ruka... “

4. Průzkumník: *„Přinesla Vám některá aktivita uspokojení nebo radost? “ Respondent B: „...určitě pexeso, ...připomnělo mi to dětství...a taková ta doplňovačka byla taky fajn. No a pěkné bylo to Vaše čtení. “*

5. Průzkumník: *„Vnímala jste prováděnou aktivizaci jako součást léčebného režimu nebo jako činnosti navíc? “ Respondent B: „...jako činnosti navíc, vždyť bylo vidět, jak se mně věnujete... “*

6. Průzkumník: *„Vyhovoval Vám čas probíhajících aktivizačních cvičení? “ Respondent B: „...ano...já jsem byla spokojená... “*

7. Průzkumník: *„Které další aktivity byste uvítala v průběhu Vaší hospitalizace? “ Respondent B: „Jako co bych opravdu, sestřičko, uvítala, je návštěva kněze. Já vím, že se to v nemocnici moc nenosí, ale když se ptáte, tak Vám to říkám. “*

8. Průzkumník: *„Ještě bych se Vás zeptala, jak byste hodnotila spolupráci s fyzioterapeutem? “ Respondent B: „...taky taková šikovná holka jako Vy... “ Průzkumník: *„A spolupráci se sestrami? “ Respondent B: „...vynikající... “**

9. Průzkumník: *„Na závěr bych se Vás ráda zeptala, jak hodnotíte podporu Vaší rodiny v průběhu Vaší hospitalizace na našem oddělení? “ Respondent B: „Jedna dcera je v Praze, tak to se jí těžko dojíždí. Ona by chtěla, ale je to časově náročné, tak mi aspoň každý den volá. Druhá dcera je kousek a taky se stará. A manžel dělá, co může. “*

Zhodnocení rozhovoru: Rozhovor s pacientkou B probíhal na pokoji u jejího lůžka, bez přítomnosti spolupacientky. Aktivizační činnosti hodnotila pozitivně, stejně jako spolupráci ošetřujícího personálu i své rodiny. Obtížné pro ni bylo upoutání na lůžko, ale se změnou pohybového režimu bylo prováděno více aktivit, což pacientka B přijímala s radostí.

Pacient C

Pacient C, muž ve věku 49 let, rozvedený a žijící s družkou, povolání zedník, byl přivezen 01/2012 na neurologické oddělení rychlou záchrannou službou pro náhlou nevolnost, bolest pravé poloviny hlavy, závratě se zvracením a slabost končetin. Během převozu zajištěn žilní vstup, intravenózně podán fyziologický roztok 100ml + MgSO₄ (soli a minerály), in-

tramuskulárně aplikovány 2 ampule Oxantilu (vazodilatans). Po naměření tlaku krve 180/110 mmHg podán Tensiomin 12,5 mg 1 tableta (antihypertenzivum)

Při přijetí na neurologické oddělení pacient při vědomí, orientován, komunikuje. Bolesti hlavy přetrvávají, závratě s tahem na levou stranu, lehká dysartrie, paréza nižšího stupně levé horní a dolní končetiny, slabost pravé dolní končetiny. Vyšší svalový tonus na levostranných končetinách. Srdeční akce pravidelná, dýchání fyziologické, játra a slezina nezvětšeny. Kontrola krevního tlaku 168/105 mmHg. Svěrače funkční.

Po přijetí provedena tato vyšetření krve a moče, CT mozku, MR mozku, interní vyšetření, EKG a Rtg srdce a plic.

Lékařská diagnóza: Cévní mozková příhoda ischemické etiologie. Další diagnózy: hypertenze – neléčená.

Farmakoterapie: Per os: Geratam 1200mg tbl. 2-1-0 (nootropikum), Tensiomin 12,5 mg tbl. dle TK (antihypertenzivum). Subcutánně: Clexane 0,4ml s.c. 1-0-1 (antikoagulancium). Intravenózně: F1/1 250ml + Cavinton 4ml 1-0-0 (vazodilatans), F1/1 100ml + Novalgin 2ml 1-0-1 (analgetikum), Ringerfundin 1000ml 1-0-0 (infuzní roztok elektrolytů), Torecan 2ml i.m. dlp (antiemetikum).

Ošetřovatelská anamnéza: Pacient je při vědomí, spolupracuje, má zhoršenou výslovnost, poruchu hybnosti levé ruky a levé dolní končetiny. Pohybový režim ležící. Skóre ADL testu 40 bodů – vysoce závislý. Dieta racionální, nají se i napije samostatně. BMI 28,3. Sliznice a kůže bez patologických změn. Vyprazdňování moče bez potíží do močové láhve a stolice pravidelná do podložní mísy v lůžku. Pro zvýšení bezpečnosti přidána do lůžka jedna postranní zábrana na levou stranu.

Ošetřovatelské diagnózy z ošetřovatelské dokumentace: Zhoršená verbální komunikace, zhoršená tělesná pohyblivost, deficit sebepečce při koupání, oblékání a vyprazdňování, situačně snížená sebeúcta, riziko infekce z důvodu zavedení intravenózní kanyly, riziko pádu.

Aktivizační intervence prováděné v průběhu hospitalizace: Reedukace běžných denních aktivit, nácvik mostu, aktivních pohybů končetin, nácvik stoje a chůze, trénink motoriky levé ruky, orofaciální stimulace, trénink kognitivních funkcí – pracovní listy, hry.

1. den hospitalizace: Vzhledem k přetrvávajícím bolestem hlavy, nevolnosti a závratí pacienta zavedena infuzní terapie a klidový režim. Proběhl pouze nácvik mostu pro usnadnění

vyprazdňování v lůžku, zajištěno polohování á 2 hodiny se záznamem v polohovacím archu, provedla se úprava prostředí nemocného, noční a jídelní stolek umístěn na levou stranu v rámci stimulace čítí, zajištěno umístění močové láhve a signalizačního zařízení na dosah ruky.

2. – 3. den hospitalizace: Stav nemocného mírně zlepšen, závratě a bolesti hlavy mírnější, nevolnost ustoupila. Změna pohybového režimu, povolen sed s nohama dolů z lůžka. Nařízena rehabilitace s fyzioterapeutem, která probíhala každý den v době od 09:30 do 09:45 hodin. Trénink mostu nemocný s menšími obtížemi zvládá, nácvik posazení s nohama dolů z lůžka a asistovaných pohybů levé horní končetiny. Zjišťování zájmů pacienta před onemocněním, zajímal se o modelářství, rád četl detektivky, hrál karty, staral se o psa, v televizi sledoval soutěžní pořady a pracoval na zahrádce, má také předplacený časopis Zahrádkář. Odpoledne zajištěno logopedické vyšetření, pacient seznámen s afatickým slovníkem, započato s procvičováním výslovnosti. Pacientovi zapůjčena kniha ke čtení z inventáře oddělení.

4. - 5. den hospitalizace: Nemocný zvládá sám posazení s nohama dolů z lůžka, technika provedení správná. Při provádění ranní toalety instruován o zapojení levé horní končetiny, instrukce chápe a zvládá je uskutečnit s dopomocí ošetřujícího personálu. Nabádán, aby pomocí froté žínky prováděl automasáž levé horní a následně i dolní končetiny pravou rukou v rámci facilitace. Vysvětleny a názorně ukázány cviky pro orofaciální stimulaci, pevné svírání a povolování rtů, výrazné vyslovování písmene Ó, Á, É, Í, Ú. Pacient vybízen, aby cviky prováděl sám alespoň 5x denně. Dále prováděn trénink aktivních pohybů horních končetin, zvedání sepnutých paží nahoru k hlavě a dolů k nohám, vysvětlena technika správného dýchání. Pro podporu myšlení byly odpoledne nemocnému předloženy pracovní karty, z nichž každá obsahovala polovinu českého přísloví. Nemocný měl tyto přísloví správně spojovat dohromady. Všech deset přísloví určil správně. Další trénink kognitivních funkcí přerušen z důvodu návštěvy příbuzných. Přítelkyně požádána o karty, časopis a oblíbenou knihu nemocného. Zapůjčená kniha ani ostatní nabízené knihy nemocného nezaujaly.

6. – 8. den hospitalizace: Změna pohybového režimu, povolen stoj u lůžka nemocného. Za asistence fyzioterapeuta a sestry byl s pacientem proveden nácvik stoje – zpočátku se u nemocného projevila mírná nejistota, vydržel stát přibližně 1 minutu, zopakováno celkem 3x. Pokračovala práce s afatickým slovníkem – osmý den se jeví výrazné zlepšení výslov-

nosti. Podpora kognitivních funkcí probíhala formou hry obrázkového písmenkového pexesa, hra nečiní nemocnému žádné obtíže, pacient potěšen. Protože nemocný udrží levou paži v prostoru, započalo se s tréninkem motoriky ruky nejprve přebíráním většího předmětu, v tomto případě knihy, z ruky do ruky. Další cviky spočívaly v opětovném sevření prstů v pěst a natahování prstů, v krouživých pohybech v zápěstí a v postupném klepání jednotlivých stejných prstů obou rukou současně do podložky jídelního stolku. Tyto cviky opakovány 10x několikrát za den.

9. den hospitalizace: Celkově se zlepšila úroveň soběstačnosti nemocného. Zvládá přesun z lůžka na židli nebo pojízdný klozet, což mu umožňuje provádět samostatně hygienu u umyvadla se zapojením levé ruky a vyprazdňování v soukromí na WC. Dopoledne za pomoci rehabilitační a všeobecné sestry trénink chůze v chodítku. Nemocný zvládl dojít od lůžka ke dveřím pokoje a zpět k lůžku, celkově přibližně 6 metrů. Pokračuje procvičování výslovnosti, která se zlepšuje, nemocný nabádán, aby si knihu předčítal nahlas. Procvičovány pracovní listy s krátkými říkadly. Odpoledne příbuzní přinesli karty, proto nemocný instruován, aby trénoval motoriku ruky přebíráním karet nebo aby si zahrál se spolupacientem. Nemocný od dnešního odpoledne vezen na invalidním vozíku do jídelny k televizi, aby mohl sledovat oblíbený soutěžní pořad AZ kvíz.

10. – 11. den hospitalizace: Pokračoval trénink jemné motoriky ruky, probíhalo přebírání menších předmětů, kostek, kuliček a sirek. Tento úkol byl pro pacienta C obtížný. Odpoledne probíhal trénink logického myšlení, hledal správné cesty v bludištích (práce s pracovními listy). Nemocný úkol zvládl za 15 minut.

12. den hospitalizace: Skóre ADL testu 65 bodů, lehká závislost na pomoci druhé osoby. Celkový zdravotní stav pacienta zlepšen, proto přeložen k doléčení na rehabilitační oddělení. Před překladem s pacientem C proveden rozhovor o proběhlé aktivizaci.

Rozhovor s pacientem C:

1. Průzkumník: *„Nejdříve bych se Vás chtěla zeptat, co si představíte pod pojmem aktivizace na našem neurologickém oddělení?“* Respondent C: *„...pořád něco dělat, cvičit a dělat ty Vaše úkoly a hýbat se tam a sem...“*

2. Průzkumník: *„V průběhu Vaší hospitalizace byla naplánovaná a realizovaná aktivizace, o které jste byl obeznámen na počátku Vaší hospitalizace. Jak jste vnímal tyto aktivizační“*

cvičení?“ Respondent C: „...tak dobré to bylo, to zase jo, nudit se člověka nenecháte, pořád cvrkot...“

3. Průzkumník: „Co pro Vás bylo nejobtížnější? Byly to prvky tělesné léčebné aktivizace, prvky na podporu soběstačnosti při hygieně či vyprazdňování nebo to byl trénink kognitivních funkcí (paměti, myšlení)?“ Respondent C: „...no určitě to hýbání, hlavně tá ruka, jako rehabilitace...Ale teď jdu na to rehabilitační oddělení, tak věřím, že všechno se brzo zlepší.“

4. Průzkumník: „A přinesla Vám některá aktivita radost?“ Respondent C: „Sestři, já nejsu náročný. Že budu hrát karty a pexeso ve špitále, to sem si nemyslel a bylo to dobré, člověk nepřemýšlí nad hovadinama a čas běží, ale řeknu Vám, že budu rád, až už budu doma.“

5. Průzkumník: „Vnímali jste prováděnou aktivizaci jako součást léčebného režimu nebo jako činnosti navíc?“ Respondent C: „...no určitě jako činnosti navíc...pořád jste se tu točila, to sem si ani nemyslel, co se teďka všechno dělá...“

6. Průzkumník: „Vyhovoval Vám čas probíhajících aktivizačních cvičení?“ Respondent C: „...jo, akorát to cvičení by mohlo být delší...ale já jsem dodržoval procvičování, jak jste říkala, vždycky ráno po snídani, po obědě a večer před spaním“

7. Průzkumník: „Které další aktivity byste uvítal v průběhu Vaší hospitalizace na našem oddělení?“ Respondent C: „...tak jako jak sem říkal, že já nejsu náročný, ale mohla by být na pokoji televize...abyste mě nemuseli vozit na vozíku...“

8. Průzkumník: „A jak byste hodnotil spolupráci s logopedem?“ Respondent C: „...šikovná pani, tak mě se tá řeč upravila naštěstí, dobře...“ Průzkumník: „A jak byste hodnotil spolupráci s fyzioterapeutem?“ Respondent C: „...oni se mnou budou cvičit na té rehabilitaci, ...akorát teda mohlo bývat to cvičení s ní aj delší, než jsme začli, tak už bylo po všem, nemít Vás tu, nevím, jak bych to dělal...“ Průzkumník: „A spolupráci se sestrami?“ Respondent C: „...tady jste všechny hodné, usměvavé...“

9. Průzkumník: „No a na závěr bych se Vás ráda zeptala, jak hodnotíte podporu Vaší rodiny v průběhu Vaší hospitalizace?“ Respondent C: „...přítelkyně mě podporuje, chodí za mnou aj s dcerou, tá taky studuje vysokou školu jak vy, furt do mě hučí, že musím cvičit...“

Zhodnocení rozhovoru: Rozhovor s pacientem C probíhal v soukromí v jídelně neurologického oddělení. Jako nejobtížnější vnímal rehabilitaci postižené levé ruky, všechny ostatní

aktivity vzhledem k postupnému zlepšení zdravotního stavu hodnotil dobře. Spolupráci ošetřujícího personálu hodnotil pozitivně, i s přístupem blízkých byl spokojený.

Pacient D

Pacient D, žena ve věku 51 let, žijící sama, pracuje jako prodavačka, byla přeložena (03/2012) zpět na neurologické oddělení z neurochirurgie jiné nemocnice, kde jí byla akutně provedena dekompresní kraniotomie subdurálního hematomu temporálně vlevo s následnou kranioplastikou vlastní kostní ploténkou. U nás poprvé hospitalizovaná (02/2012) pro hemoragickou CMP. Pooperační průběh na neurochirurgii klidný, bez komplikací.

Při přijetí na neurologické oddělení je pacientka při vědomí, spolupracuje, komunikuje s obtížemi, trpí expresivní fatickou poruchou. Srdeční akce pravidelná, dýchání alveolární bez vedlejších fenoménů, břicho měkké, prohmatné, dolní končetiny bez známek flebitidy, bez varixů, bez otoků, periferní pulzace hmatné. Nyní pacientka bez bolestí, pociťuje mírné vertigo, chůze je nejistá, pomalejší, zorné pole zúžené při pohledu doprava, svalový tonus končetin normální, snížené cití na pravé dolní končetině, prsty a hlavně palec.

Po přijetí provedena vyšetření krve, krevní obraz, sedimentace krve, biochemické vyšetření krve a vyšetření moče.

Lékařská diagnóza: Stav po dekompresní kraniotomii pro akutní subdurální hematoma a evakuaci ložiska temporálně vlevo. Další diagnózy: hypertenzní nemoc II. stupně, hypotyreóza, diabetes mellitus 2. typu na dietě, vředová choroba gastrointestinálního traktu.

Farmakoterapie: Per os: Helicid 20mg cps. 1-0-0 (antiulcerotikum), Presatrium Neo 5mg tbl. ½-0-0 (antihypertenzivum), Geratam 1200mg tbl. 2-2-0 (nootropikum), Zolof 50mg tbl. 1-0-0 (antidepresivum), Euthyrox 150ug tbl. 1-0-0 /po-pá/ (hormon štítné žlázy), Euthyrox 100ug tbl. 1-0-0 /so-ne/ (hormon štítné žlázy), Pyridoxin drg. 1-0-1 (vitamin B₆). Intravenózně: 100F1/1 + Novalgin 2ml dlp. (analgetikum).

Ošetřovatelská anamnéza: Pacientka spolupracující, komunikující. Problematická výslovnost, mluvenému a psanému slovu rozumí, myšlenky utříbené, pouze čas od času zaměňuje slovo za jiné, dělá jí potíže vyjádřit se. Udává poruchu krátkodobé paměti, občasné zapomínání textu, který právě přečetla. Pohybový režim je chodící, cítí nestabilitu při chůzi, trpí mírnými závratěmi. Cítí se unavená. Skóre ADL testu 90 bodů – lehká závislost na pomoci

druhé osoby. Dieta diabetická, potravu přijímá, jí poloviční porce, ale váhový úbytek za poslední týdny nezaznamenán, tekutiny přijímá bez problémů, asi 2 litry denně, má ráda vodu, ovocný čaj a černou kávu, BMI 25,8. Na hlavě má operační ránu, je 20. den po chirurgickém výkonu, jizva klidná, bez stehů. Pro zvýšení bezpečnosti nosí na hlavě přes den ochranou helmu, ale není to pravidlem. Porucha vnímání těla nezjištěna. Močení bez potíží, stolice pravidelná.

Ošetřovatelské diagnózy z ošetřovatelské dokumentace: únava, nedostatečné znalosti, zhoršená paměť, zhoršená verbální komunikace, situačně snížená sebeúcta, riziko pádů.

Aktivizační intervence prováděné v průběhu hospitalizace: procvičování výslovnosti, pozornosti, soustředěnosti, procvičování jemné motoriky, trénink paměti, podpora orientace místem, procvičování zrakového vnímání, stimulace čítí na pravé noze.

1. den hospitalizace: Protože má nemocná zúžené zorné pole, je pro ni složitá orientace v prostoru, byla nejprve 3x provedena po neurologickém oddělení, aby se lépe orientovala. Následně byly zjišťovány její zájmy, a to tím způsobem, že jí byl přinesen papír A4, lepidlo a nůžky. Z časopisů, které si pacientka přinesla s sebou, musela vystříhnout a nalepit na papír obrázky, které vystihovaly její oblíbené činnosti. Z tohoto úkolu vyplynulo, že před mozkovou příhodou měla pacientka velmi ráda svoje zaměstnání, že s kolegyněmi a kamarádkami chodila do kavárny, občas i do divadla, že ráda luštila křížovky, četla, jezdila na kole a chodila do přírody.

2. – 3. den hospitalizace: Pacientka má nařízenou rehabilitaci, kterou provádí s fyzioterapeutem každý den dopoledne v době od 8:45 hodin do 9:05 hodin. Na podporu zrakového vnímání byly dopoledne pacientce vysvětleny a názorně ukázány cviky, pohyby očí silně do levé a pravé strany, pak oči zavřít a celé zopakovat 6 - 10x. Další cvik byl opisování písmene H očima v prostoru před sebou nebo opisování co možná největších kruhů očima nalevo a napravo v prostoru před sebou, opakováno 3x. Na podporu orientace časem a také k procvičení jemné motoriky ruky předložen pracovní list, do kterého zapisovala, který den byl předevečírem, včera a dnes, a který den bude zítra a pozítří. Chvilí jí trvalo, než si uvědomila, který den skutečně je, ale pak to postupně zvládla. Pak byl nemocné předložen další pracovní list pro podporu zrakového vjemu, který obsahoval 3 páry překrytých předmětů (rohlík, deštník, bota, hůl, váza a brýle), které měla pacientka rozeznat. Vázu nazvala nádobou a rohlík jídlem, ostatní pojmenovala správně. Odpoledne pacientka seznámena

s afatickým slovníkem. Pomocí grafických karet procvičována výslovnost, rozlišovány zobrazené situace, pojmenovány barvy.

4. den hospitalizace: Dopoledne pokračovalo procvičování zrakového vnímání očními pohyby jako předešlé dny. Přidán cvik opisování písmene „A“ a „K“ očními pohyby do prostoru před sebou. Pak jí v rámci tréninku kognitivních funkcí byly předloženy pracovní karty s příslovími, které pospojovala bez problémů. V rámci tréninku paměti byla vzápětí požádána, aby tyto přísloví, které byly na kartičkách, zopakovala z paměti. Vzpomněla si celkem na 4 přísloví, ostatní doplnila s nápovědou. Odpoledne jí příbuzní přinesli karty s obrázky podobné afatickému slovníku, se kterými si procvičovala kognitivní funkce už na neurochirurgickém oddělení. Na přání pacientky také přinesli pexeso s anglickými slovíčky, pomocí něhož si chtěla rozšiřovat slovní zásobu. Přemluvila jsem jí, že místo anglických slovíček si můžeme pexeso zahrát, hru zvládala pomaleji, ale velmi se snažila, hra nám trvala přibližně 30 minut.

6. - 7. den hospitalizace: Před ranní hygienou byla pacientka instruována, aby v rámci stimulace čítí prováděla při hygieně, pomocí froté žínky, automasáž levé dolní končetiny krouživými pohyby směrem od prstů ke kyčli. Dále pokračovalo procvičování zrakového vnímání očními pohyby jako předešlé dny. Odpoledne jí byl předložen pracovní list pro podporu myšlení, pozornosti a logického uvažování, na němž byl odstavec s písmeny vedle sebe bez mezer, text ukryval ženská jména. Z celkového počtu třiceti sedmi jmen pacientka správně našla a zvýraznila 33 jmen, za což byla náležitě chválena. Další úkol, který se na pracovním listě nacházel, bylo celkem 25 řádků označených písmeny abecedy A až Y. Každý tento řádek obsahoval 32 různě jdoucích číslic od nuly po devítku. Pacientka měla vyhledat a znázornit vždy dvě čísla vedle sebe, jejichž součet dával dohromady 10. Celkem tento součet dávalo dohromady 146 dvojic, pacientka správně určila 127 dvojic.

8. - 9. den hospitalizace: Pokračují cviky na podporu zrakového vnímání. Pacientka se však naučila natáčet hlavu nalevo, čímž kompenzuje deficit zúženého zorného pole. Dále pokračuje se stimulací čítí na levé dolní končetině. Pacientka se velmi snaží zlepšit její zdravotní stav, také jí v tom podporuje její rodina. Dcera pro maminku shromáždila různé pracovní listy, logopedická cvičení, další pexesa a jiný materiál k procvičování. Při návštěvách s ní vše procvičují. Pro další trénink kognitivních funkcí jí byly doporučeny různé úkoly, které lze provádět na počítači, využili jsme pro ukázkou počítače na oddělení, seznámila jsem jí s internetovými stránkami, které obsahují různá cvičení a hry na podporu mozkových funkcí,

dcera slíbila, že přinese mamince notebook, připojí ji přes mobilní telefon a postahuje jí různé další cvičení z webových stránek k procvičování. Pacientka si vyzkoušela na počítači tři úrovně hry, jejíž strategie spočívala v přesunování barevných různých tvarů do bíle vyznačeného pole tak, aby žádný tvar nezbyval ani nepřebýval. Strategii pochopila rychle, s ovládním počítače problémy neměla. Odpoledne jí bylo představeno sluchové pexeso, které pacientka zvládla během krátkého časového úseku bez chyby. Mírně obtížnější byl úkol, který spočíval v předčítání básničky, v níž byly místo některých slov použity obrázky. Nicméně i to s pomocí nakonec zvládla.

10. den hospitalizace: Zopakován ADL test, skóre 90 bodů zůstává stejné. Pooperační průběh nadále bez komplikací, pacientka přeložena k dalšímu doléčení na rehabilitační oddělení. Před překladem proveden rozhovor o aktivizaci, která probíhala na neurologickém oddělení.

Rozhovor s pacientkou D

1. Průzkumník: „*Co si představíte pod pojmem aktivizace na neurologickém oddělení?*“

Respondent D: „*...jak bych to řekla...no asi... .. úlohy, co jsme jako dělaly...řeč...*“

2. Průzkumník: „*V průběhu Vaší hospitalizace byla naplánovaná a realizovaná aktivizace, o které jste byla obeznámena na počátku hospitalizace. Jak jste vnímala tyto aktivizační cvičení?*“ Respondent D: „*...no to právě bylo jako...že když jsme jako dělaly ty práce...no to máchání...*“

3. Průzkumník: „*Můžete říct, které z aktivizačních prvků pro Vás byly nejobtížnější?*“

Respondent D: „*...těžké...nejde říct, co mám v hlavě...jako já vím, ale nejde to slovo...*“

4. Průzkumník: „*A splnila Vám některá aktivita Vaše očekávání? Měla jste z něčeho radost?*“ Respondent D: „*...to ano...a dcera to ví a na počítači co jste mě ukázala...dcera to ví a pomůže jako potom... to jsem jako ještě neviděla...*“

5. Průzkumník: „*Vnímala jste prováděnou aktivizaci jako součást léčebného režimu nebo jako činnosti navíc?*“ Respondent D: „*...navíc...hodně...to určitě jako se nevidí že..., to jako není normální Francie...většinou rychle, rychle...ale dojít se to musí...*“

6. Průzkumník: „*Vyhovoval Vám čas probíhajících aktivizačních cvičení?*“ Respondent D: „*...ano...jako já jsem opravdu velice hodná...*“

7. Průzkumník: „*Které další aktivity byste uvítala v průběhu Vaší hospitalizace na našem oddělení?*“ Respondent D: „*já mám jako hodně svojich ve složce...ale nejvíc jako tu ...no mluvení... jako nic mě nechybělo...*“

8. Průzkumník: „*Jak byste hodnotila spolupráci s logopedem?*“ Respondent D: „*...no ona byla nemocná a slíbila mě, jako ona měla takové papíry, že mě to půjčí a nepůjčila...no a to jako bylo pěkné, tak mě to já Vám jako řeknu, opravdu mrzelo...no i slzy mi jako tekly jo...*“ Průzkumník: „*A jak byste hodnotila spolupráci s fyzioterapeutem?*“ Respondent D: „*...jako jak tam ted' půjdu...*“ Průzkumník: „*A jak byste hodnotila spolupráci se sestrami?*“ Respondent D: „*...oni jsou jako dobré...jako říct, všechny koupily...chtěly...*“

9. Průzkumník: „*A na závěr bych se Vás ráda zeptala, jak hodnotíte podporu Vašich blízkých v průběhu Vaší hospitalizace?*“ Respondent D: „*...dcera ví, papíry nosí... pak mně pomáhá...*“

Zhodnocení rozhovoru: Rozhovor s pacientkou D probíhal v soukromí na sesterně a byl náročnější než s ostatními respondenty, protože pacientka z důvodu expresivní fatické poruchy nemohla vyjádřit přesně své pocity a myšlenky. Přesto se dá říci, že získané informace jsou přiměřeně objektivní a shodují s poznatky z mého pozorování při provádění aktivizace. Pacientka v průběhu hospitalizace nejobtížněji vnímala potíže s řečí, a největší radost projevovala při práci na počítači. Spolupráci ošetřujícího personálu vnímala poměrně dobře, pouze u klinického logopeda bylo hodnocení negativní. Rodina nemocné aktivně pomáhala, motivovala ji a to mělo na pacientku D obrovský vliv.

DISKUZE

V první kapitole teoretické části bakalářské práce jsem popsala cévní mozkovou příhodu, její příčiny vzniku, příznaky a rizikové faktory. „*Na celém světě probíhají veřejné zdravotní kampaně zaměřené na informovanost společnosti o těchto rizikových faktorech, kterým lze předcházet úpravou životního stylu a tím riziko vzniku CMP snížit*“ (Feigin, 2007, s. 11). Dále jsem charakterizovala diagnostické metody a základní přístupy v léčbě iktu. Druhá kapitola specifikuje ošetrovatelskou péči v závislosti na potřebách nemocných s tímto onemocněním. Poslední kapitola je věnována aktivizačním přístupům, zaměřeným na podporu hybnosti, soběstačnosti a kognitivních funkcí, nejen vhodná léčba, ale také včasné vedená aktivizace výrazně zvyšují šance nemocného na uzdravení. V závěru teoretické části se věnuji bezpečnosti nemocného při aktivizaci a prevenci pádů, které jsou ve zdravotnické ústavní péči stále aktuální problematikou, zvláště pak u této skupiny nemocných.

V praktické části práce jsem si stanovila tři cíle. První cíl zahrnoval naplánovat a realizovat aktivizaci u vybraných pacientů s tímto onemocněním. Popsala jsem průběh aktivizačních činností celkem u čtyř pacientů s tímto onemocněním. Na základě získaných informací jsem vypracovala kasuistiky.

Následky cévní mozkové příhody jsou nejčastější příčinou dočasné nebo trvalé invalidity a bezmocnosti, které nemocnému způsobují značné utrpení. Podle Feigna (2007, s. 103) má „*80 % pacientů postižených mozkovou příhodou poruchu hybnosti, 80 – 90 % problémy s myšlením a pamětí, 30 % potíže s komunikací, 30 % postižených má potíže s polykáním, 10 % trpí neglect syndromem, 10 % dvojitým viděním, 10 % postižených trpí poruchou rovnováhy, 20 % syndromem bolestivého ramene a až 70 % postižených trpí depresemi a poruchami nálady*“. Vybraní pacienti měli poruchu pohybu, narušenou koordinaci těla, problémy v oblasti kognitivních funkcí a verbální komunikace, dále dvojité vidění, deprese a úzkost. Z těchto identifikovaných problémů jsem vycházela při plánování a následné realizaci aktivizačních cvičení u jednotlivých pacientů. Aktivizaci jsem časově rozvrhla a plánovala v průběhu celé hospitalizace každého vybraného pacienta s ohledem na jeho vyvíjející se zdravotní stav. Naplánované aktivizační prvky zahrnovaly polohování, cviky na obnovu pohybu postižených končetin a podporu soběstačnosti při vykonávání všedních činností, dále zahrnovaly trénink řeči, myšlení, paměti, orientace místem, časem a osobou, procvičování motoriky ruky, orofaciální stimulaci a automasáže na podporu čtení na postižených končetinách, prvky z biblioterapie a či muzikoterapie.

Provoz oddělení nás nutí vykonávat ošetrovatelskou péči u nemocných příliš rychle a bez jejich aktivní spolupráce. Je však velmi důležité, abychom jim vytvořili vhodné podmínky, které jim pomohou lépe se přizpůsobit dané situaci, aktivně spolupracovat a podílet se tak na vlastní péči o sebe samé. Při realizaci aktivizačních prvků jsem se snažila vytvořit pro respondenty dostatečný prostor i čas, zohlednit individualitu a specifické potřeby, snažila jsem se o zpříjemnění atmosféry nemocničního prostředí. Aby byl zajištěn plynulý průběh aktivizačních cvičení, trávila jsem ve vlastním osobním volnu s každým respondentem přibližně polovinu dnů z celkové doby jejich hospitalizace. Druhou polovinu dnů jsem se jim věnovala během pracovních služeb a tím jsem si ověřila, že i přes časově náročný provoz oddělení lze, ovšem za spolupráce celého zdravotnického týmu, provádět naplánovaný rozvrh aktivizačních cvičení za běžného chodu oddělení. Vybraní nemocní projevovali velkou ochotu ke spolupráci, nechyběla motivace a psychická podpora nemocného ze strany ošetřujícího personálu.

Druhým cílem praktické části bylo zjistit pomocí rozhovorů s vybranými pacienty, jak vnímali prováděnou aktivizaci. Rozhovor probíhal poslední den jejich hospitalizace, pacienti o něm byli předem obeznámeni. Během rozhovoru jsem zjišťovala, co si pacienti představují pod pojmem aktivizace na neurologickém oddělení, jak vnímali prováděné aktivizační cvičení, co pro ně bylo z aktivizačních prvků obtížné a co je potěšilo. Na první otázku respondenti odpověděli téměř stejně, aktivizaci si představují jako nějakou činnost nebo pohyb. Obtížná pro ně byla cvičení na podporu verbální komunikace a léčebné tělesné aktivizace. Jejich očekávání splnily v podstatě všechny aktivizační činnosti, které byly prováděné jak na podporu hybnosti, tak na podporu kognitivních funkcí. Potěšilo je pexeso nebo doplňovačka, líbila se jim práce s textem, pracovními listy, používání afatického slovníku, předčítání, poslouchání hudby, práce na počítači či sledování televize. V rozhovoru mě zajímalo, zda prováděnou aktivizaci vnímali jako součást léčebného režimu nebo jako činnosti navíc, zda jim vyhovoval čas probíhajících aktivizačních cvičení a které další aktivity by uvítali během jejich hospitalizace. Aktivizaci nevnímali respondenti jako součást léčebného režimu, považovali to za činnosti navíc, které neprobíhají v nemocnicích běžně a tento individuální aktivizační přístup je velmi těšil. S časovým průběhem byli spokojeni, někteří by si přáli pouze více cvičit s fyzioterapeutem. Co se týká zařazení dalších aktivit do plánu, jeden respondent by uvítal návštěvu kněze a druhý televizi na pokoji. Poslední dvě otázky v rozhovoru se týkaly hodnocení a spolupráce členů zdravotnického týmu a účasti

rodinných příslušníků v průběhu hospitalizace. Spolupráci se všeobecnými sestrami a s fyzioterapeuty hodnotili velmi kladně, jeden respondent nebyl spokojený se spoluprací klinického logopeda. Co se týká účasti a spolupráce rodiny, tu nemocní ve většině případů hodnotili dobře, protože rodinní příslušníci se podíleli na péči o své nemocné blízké dostatečně. Pouze rodina jednoho respondenta jej téměř vůbec nenavštěvovala a na nemocném bylo vidět velké zklamání z této situace.

Třetím cílem práce bylo vytvořit pro všeobecné sestry, které pracují na daném standardním neurologickém oddělení, praktický manuál s návrhy aktivizačních cvičení pro pacienty s cévní mozkovou příhodou. Tito nemocní jsou po stabilizaci stavu a provedení všech potřebných vyšetření z akutních, časově limitovaných lůžek neurologického oddělení přeloženi na oddělení následné péče nebo na rehabilitační oddělení. Je to právě rehabilitační oddělení, kde probíhá ve větší míře doléčení pomocí speciálních rehabilitačních metod a postupů. Odtud jsou nemocní dále směřováni do domácího léčení nebo rehabilitačních lázeňských ústavů, určených pro pacienty s mozkovým iktem. Délka pobytu v nemocnici závisí na závažnosti mozkové příhody a průběhu zotavování nemocného. Aby tedy léčebný režim v rámci hospitalizace na neurologickém oddělení byl co nejefektivnější, vypracovala jsem manuál, který popisuje základy léčebné tělesné aktivizace, dechové cvičení, podporu soběstačnosti, trénink kognitivních funkcí, myšlení, paměti, pozornosti a prostorové orientace, formou různých cvičení, her a pracovních listů a další metody, jejichž prvky lze při aktivizaci využít, jako například ergoterapii, biblioterapii a muzikoterapii. Doufám, že manuál s návrhy jednotlivých aktivizačních cvičení bude užitečným a inspirativním pomocníkem při komplexní péči o pacienty s mozkovým iktem.

ZÁVĚR

Cévní mozková příhoda je onemocnění, které může zanechat nemocnému závažné následky, jež zásadně změní jeho postavení v osobním, rodinném i pracovním životě. Aby tyto změny co nejméně ovlivnily životní situaci nemocného i jeho rodiny, je zapotřebí včasná léčba a vhodná následná aktivizace nemocného, která zahrnuje rehabilitaci a reedukaci běžných životních úkonů. Kvalita léčby v akutní fázi onemocnění se zlepšuje a život postižených se prodlužuje, ale aktivita je stálý problém zdravotní péče. Aktivizace by měla probíhat intenzivně a opakovaně zejména v prvních dnech a týdnech po iktu, kdy je možné největší využití potenciálu pacienta. V raném stadiu onemocnění má ošetřující personál důležitou úlohu v aktivizaci pacienta, zvláště tehdy, je-li pacient upoután na lůžko a potřebuje velkou míru ošetrovatelské péče. Důležitá je spolupráce všeobecných sester a ostatních členů zdravotnického týmu, jež zajišťují komplexní péči. *„Ta se týká polohování, pasivních a aktivních pohybů, dechových cvičení, péče o kůži a osobní hygienu pacienta, péče o vyprazdňování, pitného režimu a především fyzické i psychické aktivizace pacienta“* (Klusoňová, Pitnerová, 2000, s. 14). Aktivizační prvky zaměřené na podporu hybnosti, soběstačnosti a kognitivních funkcí pomáhají samotnému nemocnému i zdravotníkům při vykonávání ošetrovatelské péče. Pacienti postižení mozkovou příhodou, s nimiž se cíleně a intenzivně pracuje, vykazují vždy známky zlepšení. V nejlepším případě se nemocnému funkční změny natolik upraví, že se může vrátit do života a navázat na jeho předchozí dění, aniž by to ovlivnilo celkovou kvalitu a úroveň jeho žití.

Ti, kdo pečují o pacienty s cévní mozkovou příhodou, si uvědomují velké nedostatky v návaznosti spolupráce multidisciplinárního týmu. Pevně věřím, že přijde doba, kdy systém zdravotní péče bude efektivně organizovaný a pacientům s tímto onemocněním budeme moci nabídnout úzkou spolupráci nejen s fyzioterapeutem a logopedem, ale také například s ergoterapeutem a neuropsychologem, kteří mohou pomoci zlepšit nemocným jejich zdravotní stav a podpořit je tak na cestě k uzdravení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAMS, B. a C. E. HAROLD, 1999. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. ISBN 80-7169-893-8.
- BEDNAŘÍK, Josef, AMBLER, Zdeněk a Evžen RŮŽIČKA, 2010. *Klinická neurologie: část speciální I*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-389-9.
- BENEŠ, Vladimír, 2003. *Ischémie mozku: Chirurgická a endovaskulární terapie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-186-6.
- CARRARO, Lorenzo, 2002. *Obnova pohybu po cévní mozkové příhodě*. Praha: Rehalb o.p.s.
- FARKAŠOVÁ, Dana, 2002. *Výzkum v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-111-5.
- FEIGIN, Valery, 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-428-7.
- HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: Základy metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HROMÁDKOVÁ, Jana, 2002. *Fyzioterapie*. Jinočany: H&H Vyšehradská, s.r.o. ISBN 80-86022-45-5.
- JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978-80-7367-581-3.
- KÁŠ, Svatopluk, 1997. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. ISBN 80-7169-339-1.
- KALINA, Miroslav a kol, 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-107-9.
- KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2608-3.
- KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ, 2000. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-319-8.
- Neurologie 2003*, 2003. Praha: Triton. ISBN 80-7254-431-4.

- KOZÁKOVÁ, Zdenka a Oldřich MÜLLER, 2006. *Aktivizační přístupy k osobám senior-ského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6.
- KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-643-2.
- NEBUDOVÁ, Jana, 1999. *Cévní mozkové příhody: minimum pro praxi*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-41-6.
- ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ, 1995. *Cévní příhody mozkové*. Praha: Brána, spol. s.r.o. ISBN 80-901783-8-3.
- PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- POCHYLÁ, Karla, 2005. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství: Základní terminologie: praktická příručka pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-420-8.
- POWELL, Trewor, 2010. *Poškození mozku: Praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN 978-80-7367-667-4.
- Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*, 2007. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. ISBN 978-80-247-1715-9.
- Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*, 2004. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. ISBN 80-847-0592-3.
- SPENCE, J. David, 2008. *Mozková mrtvice: Prevence, výživová doporučení, recepty*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-058-4.
- SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER, 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. ISBN 80-247-0623-7.
- SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3013-4.
- STAŇKOVÁ, Marta, 2006. *České ošetrovatelství 6: Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi: praktická příručka pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-323-6.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3223-1.

TRACHTOVÁ, Eva, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-8.

TYRLÍKOVÁ, Ivana, 2005. *Neurologie pro sestry*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-287-6.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BAR, Michal a Irina CHMELOVÁ [online]. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě, © 2007 [cit. 6. 3. 2012]. Dostupné na WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>

EHLER, Edvard a kol. [online]. Komplikace ischemické cévní mozkové příhody, © 2011 [cit. 15. 1. 2012]. Dostupné na WWW: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/02/13.pdf>

The internet stroke center [online]. Hunt & Hess Stroke Scale, © 1997 [cit. 3. 11. 2011]. Dostupné na WWW: http://www.strokecenter.org/trials/scales/hunt_hess.html

FRIEDLOVÁ, Karolína [online]. Institut bazální stimulace, © 2004 [cit. 1. 4. 2012]. Dostupné na WWW: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php

PICHRTOVÁ, Doubravka [online]. Aktivizace seniorů – co přináší praxe z pohledu aktivizačního pracovníka, © 2009 [cit. 10. 4. 2012]. Dostupné na WWW: http://is.muni.cz/th/104332/pedf_m/Diplomova_prace.pdf

ŠKRABALOVÁ, Helena [online]. Druhy potřeb, © 2009 [cit. 18. 4. 2012]. Dostupné na WWW: http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/POT%C5%98EBY.pdf

VOTAVA, Jiří [online]. Rehabilitace osob po cévní mozkové příhodě, © 2004 [cit. 2011-12-27]. Dostupné na WWW: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2001/04/06.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activities of Daily Living
apod.	a podobně
BMI	Body masse index
CMP	cévní mozková příhoda
cps.	kapsle
CT	počítačová tomografie
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
kg	kilogram
mg	miligram
ml	mililitr
mmHg	milimetrů rtuťového sloupce
mmol/l	milimol na litr krve
MR	magnetická resonance
PHK	pravá horní končetina
PMK	permanentní močový katétr
RIND	reverzibilní ischemický neurologický deficit
RTG	rentgen
SAK	subarachnoidální krvácení
SPECT	jednofotonová emisní výpočetní tomografie
tbl.	tableta
TIA	transitorní ischemická ataka
TF	tepová frekvence
TK	tlak krve

tzv.	takzvaný
μg	mikrogramů
UZ	ultrazvuk
°	stupeň
%	procento

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: „Osobní riziko iktu“ dle Instrukce Nadace mozkových iktů Nový Zéland

Příloha P II: Barthelové test všedních denních činností

Příloha P III: Okruhy otázek polostandardizovaného rozhovoru

Příloha P IV: Fotodokumentace pacientů při aktivizačních činnostech

Příloha P V: Titulní strana manuálu „Aktivizační přístupy u pacientů s cévní mozkovou příhodou na neurologickém oddělení“ pro všeobecné sestry

Příloha P VI: Vyjádření staniční sestry neurologického oddělení k manuálu

Příloha P VII: Žádost o umožnění přístupu k informacím

**PŘÍLOHA P I: „OSOBNÍ RIZIKO IKTU“ DLE INTRUKCE NADACE
MOZKOVÝCH IKTŮ**

Rizikový faktor	Skóre rizika				Aktuální skóre
	0	1	2	3	
Věk	0-44	45-64	65-74	nad 75	
Kouření	Nikdy nebo přestal před více než 5 lety	Přestal před méně než 5 lety	Kuřák do 20 cigaret denně	Kuřák přes 20 cigaret denně	
Krevní tlak (mm Hg)	Normální <120/80	Hraniční až mírná hypertenze 120-159/80-94	Střední hypertenze 160-179/95-109	Těžká hypertenze 180+/110+	
Cukrovka	Nepřítomna	Nelze posoudit	Rodinná zátěž	Potvrzený diabetes	
Rodinná zátěž iktem	Žádná	Pokrevní příbuzný měl iktus po 65 letech	Pokrevný příbuzný měl iktus před 65 lety	2 a více příbuzných mělo iktus	
Cholesterol	Pod normou (<5,2 mmol/l nebo <200 mg/dl)	Průměrný (5,2-6,1 mmol/l nebo 200-239 mg/dl)	Středně zvýšený (6,2-7,8 mmol/l nebo 240-300 mg/dl)	Silně zvýšený (>7,8 mmol/l nebo >300 mg/dl)	
Alkohol (standardní dávky denně)	Žádná přemíra (0-2 muž, 0-1 žena)	Lehké nadužívání (3-4 muž, 2 žena)	Střední abúzus (5-6 muž, 3-4 žena)	Těžký abúzus (>6 muž, >4 žena)	
BMI (kg/m ²)	Normální (18,5-24,9)	Lehká nadváha (25-26,9)	Střední nadváha (27-29,9)	Obézní (>30)	
Fyzická aktivita	Normální (1 h energické aktivity alespoň 3x týdně)	Lehce snížená (1 h energické aktivity 1-2x týdně)	Středně snížená (<1 h energické aktivity 1x týdně)	Minimální (téměř žádná energická aktivita)	
Celkové skóre:					

(Feigin, 2007, s. 67)

PŘÍLOHA P II: BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

(ADL – activity daily living)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00
10	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

(Šamánková, 2006, s. 63)

PŘÍLOHA P III: OKRUHY OTÁZEK POLOSTANDARDIZOVANÉHO ROZHOVORU

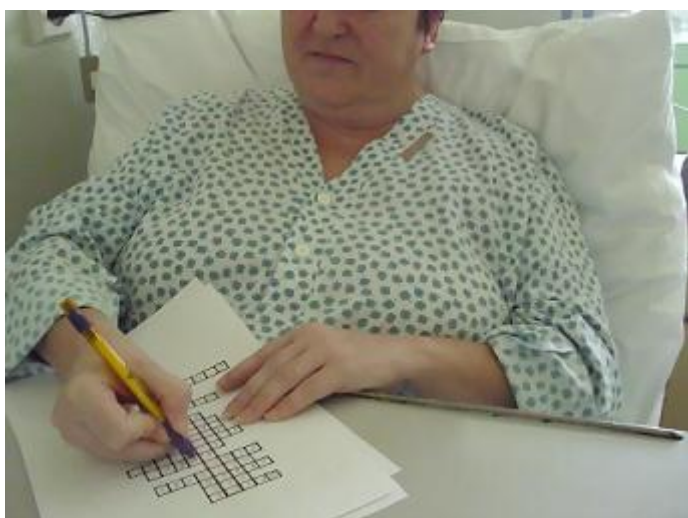
1. Co si představíte pod pojmem „aktivizace“ na našem neurologickém oddělení?
2. V průběhu Vaší hospitalizace byla naplánovaná a realizovaná aktivizace, o které jste byl/a obeznámen/a na počátku Vaší hospitalizace. Jak jste vnímal/a tyto aktivizační cvičení?“
3. Co pro vás bylo nejobtížnější? Byly to prvky tělesné léčebné aktivizace, prvky na podporu soběstačnosti (jídlo, hygiena, vyprazdňování) nebo prvky zlepšující myšlení, paměť, řeč, pozornost a soustředěnost (kognitivní funkce)?
4. Které aktivizační prvky Vám přinesly radost?
5. Vnímal/a jste aktivizaci jako součást léčebného režimu nebo jako činnosti navíc?
6. Vyhovoval Vám čas probíhajících aktivizačních cvičení?
7. Které další aktivity byste uvítal/a v průběhu Vaší hospitalizace?
8. Jak hodnotíte spolupráci s logopedem, s fyzioterapeutem a se všeobecnými sestrami, co se týká aktivizace?
9. Jak hodnotíte podporu ze strany Vaší rodiny v průběhu Vaší hospitalizace na našem neurologickém oddělení?

PŘÍLOHA P IV: FOTODOKUMENTACE PACIENTŮ PŘI AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTECH

Fotodokumentace k aktivizaci pacienta A – vlastní zdroj



Fotodokumentace k aktivizaci pacienta B – vlastní zdroj



Fotodokumentace k aktivizaci pacienta C – vlastní zdroj



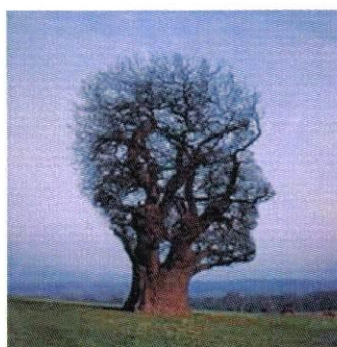
Fotodokumentace k aktivizaci pacienta D – vlastní zdroj



**PŘÍLOHA P V: TITULNÍ STRANA MANUÁLU „AKTIVIZAČNÍ
PŘÍSTUPY U PACIENTŮ S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU NA
NEUROLOGICKÉM ODDĚLENÍ“ PRO VŠEOBECNÉ SESTRY**

*Aktivizační přístupy u pacientů
Aktivizační přístupy u pacientů
s cévní mozkovou příhodou*

Manuál pro všeobecné sestry



Vypracovala Bianca Běhávková
příloha bakalářské práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

PŘÍLOHA P VI: VYJÁDŘENÍ STANIČNÍ SESTRY NEUROLOGICKÉHO ODDĚLENÍ K MANUÁLU



Uherskohradištská nemocnice a.s., J. E. Purkyně 365,
686 68 Uherské Hradiště

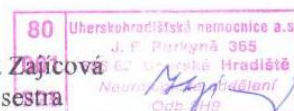
tel. 572 529 111

IČ 27 66 09 15

V Uherském Hradišti 28.5.2012

Manuál s návrhy aktivizačních cvičení pro pacienty s cévní mozkovou příhodou je pěkně a přehledně zpracovaný, vystihuje problematiku onemocnění. Na neurologickém oddělení pracuji mnoho let a každý den se setkávám s pacienty, kteří se potýkají s následky cévní mozkové příhody, a vidím, že aktivita těchto nemocných je mnohdy velký problém. Ošetřující personál, který o tyto nemocné pečuje, je s nimi v neustálém kontaktu po celý den i noc. Proto věřím, že manuál se stane velkým pomocníkem a bude patřičně využit, jako cenný zdroj informací o aktivizačních cvičeních, které mohou nemocným s CMP během léčebného procesu velmi prospět.

Ludmila Zajíčková
staniční sestra



PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	BIANCA BĚHÁVKOVÁ
Téma bakalářské práce	MANUŽABE PACIENTA S BEVÁNÍM NERVOVÝMI PŘÍHODOU NA NEUROLOGICKÉM ODDĚLENÍ
Pracoviště	NEUROLOGIE, UHERSKOHROBŮŤSKÁ NEMOCNICE a.s.


Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 14. 10. 2019


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Uherskoohrobtiské nemocnice a.s.
J. E. Purkyně 369
036 03 Uherské Hradiště
hlavní sestra


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz