



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Role sestry při ošetřovatelském procesu u klienta s apalickým syndromem

Vypracoval: Eva Nováková  
Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2015

## ABSTRAKT

Téma bakalářské práce se nazývá Role sestry při ošetrovatelském procesy u klienta s apalickým syndromem. V teoretické části byla popsána charakteristika vědomí a jeho poruchy, popsán apalický syndrom, jeho stádia, dále jaké jsou příčiny a příznaky. Popsána je i diagnostika syndromu a následná léčba, pokud nastanou komplikace, tak jaké jsou a prognóza klientů s tímto syndromem do budoucna.

Dále jsme se v **teoretické části** zabývali oddělením, na kterém jsou klienti s apalickým syndromem hospitalizováni. Popisují se zde role sester, které vykonávají a které se liší ať už v ošetrovatelské či sesterské práci, tak i používáním zdravotnických přístrojů a pomůcek, pro udržení vitálních funkcí klienta. V navazující kapitole jsme se zaměřili na důležitost spolupráce sester s fyzioterapeuty a komunikací mezi sestrou a rodinou klienta, který je hospitalizován na oddělení.

**Cílem práce** je zjištění pomocí výzkumných otázek role sestry a specifika ošetrovatelské péče u klienta s apalickým syndromem. Pro praktickou část byly stanoveny dvě výzkumné otázky. VO č. 1 Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klienta s apalickým syndromem? VO č. 2 Jak správně komunikovat a spolupracovat s rodinou klienta s apalickým syndromem.

Ke zpracování **metodické části** bakalářské práce byl proveden kvalitativní výzkumné šetření formou strukturovaného rozhovoru se sestrami z ARO, DIOP a ONP – JIP.

**Ve výsledné části** bylo zjištěno ve výzkumné části bakalářské práce, že sestry z dotazovaných oddělení plně rozumí pojmu specifikum ošetrovatelské péče o klienta ve vegetativním stavu. Dokážou plně popsat a vyjmenovat specifika ošetrovatelské péče. Snaží se využít vědomosti ze studií psychologie o tom, jak správně komunikovat s

rodinou klienta. Sestry si uvědomují nutnost potřeby edukovat rodiny klientů s tímto syndromem o jeho péči.

**V závěrečné části** byly všechny otázky zodpovězeny a cíl práce byl tak splněn. Výsledky a obsah bakalářské práce, může být použit pro sestry, které poskytují péči nejen klientovi ale i jeho rodině., na specifických odděleních jako je ARO, DIOP či ONP - JIP, které hospitalizují klienty ve vegetativním stavu.

**Klíčová slova:**

Bazální stimulace

Edukace

Iniciální dotek

Komunikace

Pacient / klient

Specifika

## ABSTRACT

The topic of this work is called *The role of a nurse during a cure process of a client with an Apallic Syndrome*. The theoretical part focuses on the characteristic of the consciousness and its malfunction, describing the apallic syndrome as it is, its phases, also what are its causes and symptoms. I am describing the diagnoses of this syndrome and the cure that follows, and if there are complications, what are they and the prognosis of the clients with this syndrome in the future.

**The theoretical part** also describes the department, where clients with the apallic syndrome are hospitalized. It depicts the roles of the nurses, who take care of the clients and who differ in their nursing, and also in using medical instruments to keep the functions of the clients vital. The following chapter is focusing on the importance of the cooperation of the nurses with the physiotherapists and the communication between the nurse and the client's family.

With a help of explorative questions, **the aim of** this work is to find out the role of a nurse and the particularity of nursing a client with the apallic syndrome. For the practical part, three explorational questions were set. EQ n.1 : What are the specifics of a nursing care of a client with the apallic syndrome. EQ n.2: How to correctly communicate and cooperate with a family of a client with the apallic syndrome.

For the processing of the **methodological part** of the Bachelor's thesis was conducted qualitative research investigation in the form of a structured interview with the Sisters of the ARO, DIOP and ONP-ICU.

In the **research part** of my work, it was found out that nurses from the questioned department fully understand the concept of the specifics of a nursing care of a client in a vegetative stadium. They are able to fully describe and name these specifics. They try to use their knowledge from the psychology studies about how to communicate with the

client's family properly. The nurses are well aware of the necessity to educate the client's families about its care.

In the **final part** all these questions have been answered and therefore the goal of my work was fulfilled. The results and the content of my bachelor's work can be used by the nurses, who give care not only to the client but also to his family. It can be used in the departments such as the anesthesiology and resuscitation department, long-term intensive nursing care department or the aftercare department - an intensive care unit, which hospitalize clients in a vegetative stage.

**Key words:**

Basal stimulation

Education

Initial touch

Communication

Patient/ client

Specifics of

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2015

.....

.....

(jméno a příjmení)

### **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a hlavně za trpělivost při psaní mé bakalářské práce.

## Obsah

|   |    |
|---|----|
| ÚVOD.....                                   | 9  |
| 1 Současný stav .....                       | 11 |
| 1.1 Vědomí.....                             | 11 |
| 1.2 Apalický syndrom.....                   | 11 |
| 1.2.1 Fáze apalického syndromu .....        | 12 |
| 1.2.2 Příčiny.....                          | 13 |
| 1.2.3 Projevy.....                          | 13 |
| 1.2.4 Diagnostika.....                      | 14 |
| 1.2.5 Komplikace.....                       | 14 |
| 1.2.6 Léčba .....                           | 15 |
| 1.2.7 Prognóza .....                        | 15 |
| 1.3 Specifická ošetrovatelská péče .....    | 15 |
| 1.3.1 Výživa.....                           | 16 |
| 1.3.2 Péče o dýchací cesty .....            | 17 |
| 1.3.3 Hygienická péče .....                 | 18 |
| 1.3.4 Vyprazdňování .....                   | 19 |
| 1.3.5 Komunikace.....                       | 20 |
| 1.3.6 Rehabilitace .....                    | 21 |
| 1.3.7 Personál na apalické jednotce.....    | 24 |
| 2 Cíle práce a výzkumné otázky .....        | 26 |
| 2.1 Cíle práce .....                        | 26 |
| 2.2 Výzkumné otázky .....                   | 26 |
| 3 Metodika .....                            | 27 |
| 3.1 Použité metody .....                    | 27 |
| 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru..... | 28 |
| 4 Výsledky .....                            | 29 |
| 4.1 Obsahová analýza rozhovorů.....         | 29 |
| 5 Diskuze.....                              | 41 |



|   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 6 | Závěr .....              | 44 |
| 7 | Použitá literatura ..... | 46 |
| 8 | Přílohy .....            | 49 |

## **Seznam použitých zkratk**

**ARIP** – anesteziologicko resuscitační a intenzivní péče

**ARO** – anesteziologicko – resuscitační oddělení

**AS** – apalický syndrom

**ATD** - a tak dále

**BS** – bazální stimulace

**ČŽK** – centrální žilní katétr

**DIOP** – dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

**DMC** – dolní močové cesty

**GCS** – Glasgow coma scale

**GIT** – gastrointestinální trakt

**JIP** – jednotka intenzivní péče

**K/P** – klient/pacient

**KPR** – kardiopulmonální resuscitace

**NGS** - nasogastrická sonda

**ONP** – oddělení následné péče

**PEG** – perkutánní endoskopická gastrostomie

**UPV** – umělá plicní ventilace

**VO** - výzkumná otázka

## ÚVOD

Téma bakalářské práce bylo vybráno z důvodu, setkání se v přímé péči s klientem, který byl bohužel ve vegetativním stavu. Je to mladý muž, který již není závislý na přístrojích, které podporují jeho životní funkce. Vegetativní stav neboli apalický syndrom se u klientů vyskytuje nejčastěji po úrazech, autonehodách a při stavech, kdy nedochází delší dobu k dodávání potřebného množství kyslíku do mozku. I když se podaří obnovit vitální funkce, je u klienta převážně diagnostikován apalický syndrom z prodlení KPR.

Bakalářská práce je zaměřena na apalický syndrom, který je v dnešní době hodně častým onemocněním všech věkových kategorií. Péče o tyto klienty je velice náročná z hlediska fyzické a psychické stránky, časově a finančně, nejen pro zdravotnický personál, ale i pro rodiny a blízké takto postiženého člověka. Péče spočívá především v ošetrovatelské péči komplexní, intenzivní rehabilitaci a prevenci komplikací. První dny hospitalizace jsou zaměřeny na udržení stabilizace základních životních funkcí, celkového stavu, a tato péče probíhá na ARO (Anesteziologicko resuscitačních odděleních). Prognóza u klientů s AS je ve většině případů špatná a léčba probíhá dlouhodobě. Zde jsou jim pomocí přístrojového vybavení, udržovány a podporovány životní funkce. Přístrojové vybavení, je typické pro toto oddělení. Následně, pokud nepotřebují podporu přístroji, jsou dále přeloženi na oddělení s dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péčí, jako jsou DIOP (Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče), NIP (Následná intenzivní péče) či ONP – JIP (Jednotka intenzivní péče oddělení následné péče). Na tomto oddělení nejsou již podporováni ventilátory, které slouží k podpoře dýchání.

Pro mé šetření bylo použito srovnání ARO péče a DIOP, a ONP – JIP péče na kterých jsou apalictí klienti hospitalizováni. Cílem práce je ukázat a naznačit co je to apalický syndrom, v čem spočívá jeho dlouhodobá rekonvalescence na odděleních, kterými prochází. O speciálních přístrojích, které se při jeho rekonvalescenci používají.

O důležitosti, vzdělanosti sester a personálu, který poskytuje ošetrovatelskou péči, ať už na ARO či DIOP nebo ONP-JIP, spolupráci s fyzioterapeuty, kteří provádějí BS a pasivní či aktivní cvičení. O personálu, který na uvedených odděleních dbá na správnou edukaci a komunikaci s rodinnými příslušníky a využívá zde i psychologii.

# 1 Současný stav

## 1.1 Vědomí

Je stav vnímání a plného uvědomování si sebe sama a okolí. Při normálním vědomí je člověk schopen správně zpracovávat informace a je tak orientován místem, časem a prostředím. Vyhodnocuje dané situace a vyzná se v nich. Za optimální stav činnosti nervstva je považováno jasné a neporušené vědomí. Sledování vědomí je zcela závislé na ošetřujícím personálu a nelze použít žádný přístroj. Poruchy vědomí mohou být způsobeny primárním postižením mozku (např. zánět, nádor, intrakraniální krvácení) nebo mimomozkovými příčinami (např. intoxikace, hypoxie, úraz). Je možno je rozdělit do dvou základních skupin na poruchy kvantitativní (apatie, somnolence, sopor, koma) a kvalitativní (mráкотný stav, obluzené vědomí). Hodnocení vědomí je možné posuzovat použitím různých skórovacích systémů. Nejčastěji se používá GCS. Dle tabulky se hodnotí otevření očí, slovní a motorická odpověď. Klient může dostat dohromady 3-15 bodů, kdy hodnota pod 8 svědčí pro závažnou poruchu vědomí. Pokud klient dosáhne pouze 3 bodů, je v hlubokém bezvědomí (Vytejková, 2013; Seidl, 2008).

## 1.2 Apalický syndrom

Pojem apalický vychází z termínu apallium, který v překladu znamená bez kůry. Je definován jako přechodný stav v důsledku traumatického i netraumatického poškození mozku. Je to zvláštní forma poruchy vědomí. Jedná se o těžké postižení kůry či subkortikálních struktur při zachované funkci mozkového kmene. Postihuje 2-4 osoby na 100 tisíc obyvatel. Tento stav je také označován jako vegetativní stav. Je rozlišován na perzistentní vegetativní stav (je dlouhodobý a není možné vyloučit návrat některých funkcí), a na permanentní vegetativní stav (trvá více než dvanáct měsíců po traumatickém poškození mozku nebo déle než tři měsíce po netraumatickém poškození mozku), (Kapounová, 2007).

K perzistentnímu vegetativnímu stavu dochází po poranění či poškození mozku, jen malé množství lidí utrpí tak vážné poškození mozku, že zůstanou v komatu měsíce a roky, aniž by nabyly dostatečného vědomí k jakékoliv komunikaci, můžou však dýchat bez jakékoliv mechanické pomoci. Cykly bdění a spánku i nadále pokračují, umožňují jim vyživování, ale nemluví a nereagují na pokyny a nechápou, co se jim říká. Hodnota GCS je nižší než 9 (Powell, 2010).

### **1.2.1 Fáze apalického syndromu**

Dle Gerstenbranda, který jako první popsal apalický syndrom, rozlišujeme jeho osm fází a jeho remise. V první fázi je apalický syndrom v akutní fázi a je popsán níže. Ve druhé fázi remise pozorujeme schopnost fixace a motorické primitivní reflexe v periorální oblasti a nemocný má tendenci k uchopení předmětů. Začíná se přizpůsobovat rytmus bdění a spánku k normálnímu stavu. Ve třetí fázi dochází k redukci motorických vzorů. Spastická flexe horních a extenze dolních končetin se redukuje. Nemocný je schopen nejen optické fixace, ale také sledování osob nebo objektů. Rytmus spánku a bdění se upravil dle denního rytmu. Čtvrtá fáze Klüver- Bucy syndromu s tendencí uchopení předmětů a vedení k ústům, aby je dotyčný mohl žvýkat a polykat. Předměty ještě nejsou rozeznány. Pacient reaguje na stimulaci cílenou reakcí a může vytvářet některé tóny. Navazuje kontakt s okolím. Flexe horních a extenze dolních končetin se ztrácejí. V Korsakově páté fázi se nachází již jen nízká spasticita. Nemocný trpí poruchami paměti, je dezorientován místem i časem. Šestou fází je fáze anamnestického symptomu. Nemocný je podrážděn, labilní, náladový a jen ve výjimečných případech nacházíme primitivní motorické vzory. V sedmé fázi nacházíme organický psychosyndrom. Je snižená psychická výkonnost, představivost, obtížné vybavení vzpomínek, je zde i emoční labilita a porucha pozornosti. Po této fázi přechází klient do poslední osmé fáze a to stádia defektu (Lippert, 2011).

### **1.2.2 Příčiny**

Příčinami apalického syndromu mohou být traumatické příhody (dopravní nehody, střelná poranění), kde dochází k přímému poranění mozku. Dále to mohou být netraumatické příhody (infekce centrální nervové soustavy, nádorová onemocnění). Hypoxicko-anoxické poškození mozku po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci nebo pozdní zahájení resuscitace. Komplexní poškození mozku v nejtěžší formě, které je ještě slučitelné se životem a přežitím, bývá často způsobeno anatomickým poškozením mozku a komplexním poškozením mozku, při němž nejsou přítomny některé symptomy, pacient není kvadruparetický, prognóza je dobrá, ale s trvalými následky u pacienta (Větrčíčková, 2007).

### **1.2.3 Projevy**

Většina stavů začíná jako tzv. kmenové kóma, které postupně přechází do samotného apalického syndromu. Může dojít i k fázi remise, kdy dochází k uzdravování, ale to je pouze u menšiny klientů. Ze statistik vyplývá, že pokud do jednoho roku od vzniku poškození nedojde ke zlepšení funkcí mozku, naděje na uzdravení je minimální (Kapounová, 2007).

Klient je ležící, má otevřené oči, ojediněle se mohou vyskytovat mimovolné pohyby končetin. Obvykle nejsou únikové a obranné pohyby, chybí reakce na bolestivý podnět. V počátcích se mohou objevovat křeče a prudké pohyby, později nastupují extenční křeče horních i dolních končetin. Jsou zachované funkce kmene - oběh, respirace a částečně je zachován cyklus spánku a bdění. V bdělém stavu má klient otevřené oči, ale nereaguje na podněty okolí. Mohou se vyskytovat vegetativní poruchy: pocení, kolísání tlaku, tepové a dechové frekvence. Nemocný samovolně nemění ani nepohodlnou pozici a nemá odpovídající motorickou odpověď. Není přítomna řeč, klient vydává ojediněle náhodné zvuky. Jsou přítomné primitivní reflexy, spontánní žvýkání, zívání a chňapavý úchop. Snaha o chycení cítěného nebo viděného předmětu. Nejsou přítomny jakékoli kognitivní funkce, nemocný nevyhoví výzvě a není schopen komunikace, chybí jakákoli volná aktivita či chování (Nevšimalová, 2005).

#### **1.2.4 Diagnostika**

Stanovení příčiny vzniku apalického syndromu je prvotní předpoklad. Měly bychom spolehlivě vyloučit působení anestetik, sedativ a blokátorů nervosvalového přenosu, jejichž účinek by mohl ovlivnit diagnózu. Rovněž bychom měli vyloučit možné působení kontinuální metabolické poruchy anebo jiného léčitelného onemocnění, které by mohlo vést k falešně pozitivnímu stanovení diagnózy. Apalický syndrom může být diagnostikován na podkladě několika kritérií. Klient nevykazuje žádné známky vědomí, uvědomování si sebe sama, svého okolí a nejsou přítomny žádné interakce s okolím. Nepřítomnost záměrné, chtěné odpovědi na vizuální, sluchové, dotekové a bolestivé podněty. Není přítomna slovní, jazyková produkce a nejsou známky jejího porozumění. Intermitentní bdělost je přítomna v rámci abnormálního cyklu spánek-bdění. Je zde přetrvávající hypotalamická a kmenová autonomní aktivita, která dovoluje přežití s lékařskou a ošetrovatelskou péčí. Nacházíme proměnlivou přítomnost míšních reflexů a reflexů hlavových nervů (Doležil, 2007).

#### **1.2.5 Komplikace**

Kvůli dlouhodobé hospitalizaci může dojít k řadě komplikací. Mezi nejčastější komplikace můžeme zařadit onemocnění dýchacích cest, kde vznikají pneumonie, atelektázy, infekce. Trávicí trakt mohou postihnout ileózní a krvácivé stavy a průjmy, vyskytující se z příčiny infekce nebo nesprávného složení výživy, ale i obstrukce. U urogenitálního systému se mohou objevovat krvácivé projevy z důvodů permanentní katetrizace, urosepsy. Vyskytují se poruchy metabolismu, kde jako následek vzniká kachexie, u které je zvýšené riziko vzniku dekubitů, dále diabetes mellitus. Komplikace lokomočního aparátu, kde vznikají svalové kontraktury, kloubní ankylózy. V úvahu může připadat i vznik časná a pozdní epilepsie (Větrčíková, 2007).



### **1.2.6 Léčba**

Léčba pacientů s apalickým syndromem je dlouhodobá a vyžaduje tak multidisciplinární přístup a úzkou týmovou spoluprací pracovníků z různých klinických oborů. Klienti jsou umístováni na ARO nebo JIP, kde jsou monitorováni. V akutní fázi je ošetrovatelská péče z pohledu sestry zaměřena spíše na anesteziologicko- resuscitační péči. Po stabilizaci životních funkcí jsou klienti překládáni na standartní oddělení nebo na oddělení specializující se na léčbu dlouhodobě nemocných, nazývané také oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Vedle medikamentózní léčby je důležitá komplexní ošetrovatelská péče a včasná rehabilitace (Doležil, 2007).

### **1.2.7 Prognóza**

Prognóza s výsledným stavem je závislá na včasné lékařské pomoci, tedy podle příčiny a na odborné sesterské péči. Apalický syndrom může trvat několik dnů, ale i let. Může být stavem přechodným nebo výsledným. Klesají bohužel šance na uzdravení a vrácení se do plného vědomí, díky dlouhému trvání stavu. K normě se upraví přibližně 15 % nemocných, v příznivých případech je více než 50 % klientů schopno se znovu začlenit do společnosti, i když jsou v chráněném prostředí (Milotová, 2009).

## **1.3 Specifická ošetrovatelská péče**

Ošetrovatelská péče o pacienta je velmi náročná a zahrnuje tak mnoho ošetrovatelských intervencí, na kterých se podílejí lékaři, sestry a fyzioterapeuti. Do ošetřování o nemocného zapojujeme i rodinu. Cílem je zajistit základní bio-psycho-sociální potřeby. Nemocným dopřáváme léčebný, ošetrovatelský i sociální komfort. Specifičnost ošetrovatelských problémů je dána změnami v tělesné, psychické, a sociální oblasti. U jednoho pacienta se tak mohou vyskytnout ošetrovatelské problémy, které mohou být aktuální, potencionální, ale nejčastěji mají charakter

permanentní a vyžadují tedy neustálé sesterské intervence. Základní ošetrovatelskou péči dělíme na: péči o výživu, péči o vyprazdňování, péči o hygienu a pohodlí, péči a prevenci dekubitů, monitorování vitálních funkcí, podávání a aplikaci léků, komunikaci a stimulaci (Doležil, 2007).

### **1.3.1 Výživa**

U klientů s apalickým syndromem je důležitá nutriční podpora a je možná dvěma cestami - parenterální a enterální. Při podávání parenterální výživy je za potřebí zavedení centrálního žilního katétru (CŽK), jelikož zde bude podávání stravy delší než 5dní. Do centrálního řečiště lze podávat všechny dostupné roztoky cukrů, tukových emulzí, bílkovin. Centrální žilní katétr musí být vyrobeny z takového materiálu, který snižuje riziko tromboflebitidy, embolie. Sestra připraví potřebné pomůcky k zavedení CŽK a asistuje lékaři. Pečuje o katétr asepticky, provádí převazy jednou za 24-72hodin, sleduje místo vpichu, připravuje infuzní roztoky dle ordinace lékaře, mění infuzní linku jednou za 24hodin, obsluhuje infuzní pumpy, přes které je nutriční podávána. Mezi její nevýhody patří technická náročnost, atrofie střevní sliznice způsobená nefyziologickým příjmem výživy a finanční nákladnost. Pokud to stav pacienta dovoluje, začíná se pomalu s enterální výživou.

Enterální výživou se začíná co nejdříve, pokud to zdravotní stav klienta dovolí. Podáváme nezátěžovou stravu, např. vývary. Po jejich toleranci můžeme dále podávat přesnídávky, kašovitou stravu, postupně se přechází k racionální výživě dle dietního opatření. Sestra stravu konzultuje s nutriční sestrou. Riziko podávání stravy per os je aspirace stravy. Umělá enterální výživa se používá tehdy, pokud není možný příjem per os. Jde o chemické složení proteinů, aminokyselin, sacharidů, vitamínů, minerálních, stopových prvků a musí splňovat velmi přísné mikrobiologické požadavky. Dělí se do 4 základních skupin. Polymerní výživa jde o definovaný obsah živin, obsahuje polymery, intaktní bílkoviny, rostlinné oleje a přírodní tuky. Pro podání musí mít klient částečně zachovalý GIT. Používáme např. (Nutrison standard, Nutrison energy plus).

Oligopeptidová výživa tato výživa zcela obsahuje rozštěpené základní výživové složky. Elementární výživa tato směs je použita při těžkých vstřebávacích poruchách GIT a poruchách podporující trávení. Modifikovaná výživa je obohacena o léčebné účinky. Pro jeho aplikování je důležité zavést NGS (Kapounová, 2007).

Sestra vybere vhodnou velikost NGS a zavede ji pacientovi do žaludku. Ověří správnou polohu zavedení poslechem, odsátím žaludečního obsahu anebo stanovením Ph žaludečního obsahu. Zafixuje NGS a po té může aplikovat stravu a léky pomocí Janettovy stříkačky dle ordinace lékaře. Pokud bude klient dlouhodobě odkázán na umělou enterální výživu, zavede lékař pod endoskopickou kontrolou PEG. Po výkonu je zapotřebí nechat sondu volně na spád 12-24 hodin, sestra sterilně ošetřuje a kontroluje okolí PEGu, jeho průchodnost a funkčnost a provádí jeho rotaci. Dále sestra aplikuje stravu nebo léky dle ordinace lékaře. Vždy po podání stravy se NGS a PEG proplachuje vodou. Při podávání enterální stravy mohou vzniknout metabolické, infekční, nebo mechanické komplikace, projevující se nejčastěji průjmem (Kapounová, 2007; Šafránková, 2006; Grofová, 2007).

### **1.3.2 Péče o dýchací cesty**

Pokud jsou klienti dlouhodobě upoutáni na lůžko, dochází ke změnám plicní ventilace. Ve výdechové pozici je fixován hrudník a tím pádem není klient schopen hlubokého nádechu. Ventilace je hluboká, mělká a povrchová. V dýchacích cestách se usazuje sputum (Nolan, 2010).

Klienti s AS často ventilují spontánně, ale nejsou schopni udržet správnou hygienu dýchacích cest. Je jim lékařem zavedena tracheostomická kanyla (Milotová, 2009).

Tracheostomie má mnoho výhod (např. trvalý přístup do dýchacích cest, snazší manipulaci s klientem, lepší hygiena dýchacích cest i dutiny ústní. Je umožněn příjem per os a snadněji se odpojuje od ventilátoru). Nevýhodou tracheostomie je, že jde o chirurgický invazivní zákrok a je zde i možné krvácení. Podávaný kyslík musí být zvlhčován, aby nedocházelo k vysušování sliznic. Zvlhčování provádíme dle ordinace

lékaře aktivně, pomocí nebulizátoru nebo pasivně přes filtr antibakteriální či antivirový. U klientů, kteří spontánně ventilují, používáme pasivní filtry. Pokud nedochází ke zvlhčování, může dojít k tvorbě atelektáz a následnému rozvoji infekce dolních cest dýchacích. Léky k inhalační terapii se podávají ve formě aerosolu. Nejčastěji používané lékové skupiny jsou bronchodilatancia, kortikoidy a mukolitika (Chmelíková, 2005; Lukáš, 2005).

Klienta je třeba odsávat v pravidelných intervalech nebo dle potřeby. Tento výkon můžeme provádět uzavřeným nebo otevřeným způsobem, při kterém musíme dbát na dodržování aseptického postupu a používání sterilních pomůcek. Komplikacemi mohou být poranění dýchacích cest, bronchospasmus, kašel, hypoxémie (Šamánková, 2011).

### **1.3.3 Hygienická péče**

Hygiena slouží k udržování osobní čistoty. Měla by být prováděna ráno a večer alespoň mytím na lůžku, zahrnuje péči o chrup a dutinu ústní, o vlasy, nehty a kůži.

Klienti ve vegetativním stavu, kteří jsou upoutáni zcela na lůžko, jsou odkázáni na pomoc personálu. Pokud to jejich stav dovolí, je v rámci nácviku soběstačnosti hygiena prováděna s dopomocí sester. Pohyby při mytí jsou i součástí rehabilitace.

Ranní a večerní hygiena tvoří několik výkonů. První úkon je zajistit a připravit si všechny pomůcky a čisté prádlo k lůžku. A pak teprve se začíná provádět hygiena jako je péče o obličej, oči a jejich následné zvlhčení a péče o dutinu ústní. Po umytí vlasů jednorázovou šamponovou čepicí, důkladně se vysuší vlasy, upraví se dle zvyklosti klienta. Dále celkové umytí těla klienta včetně genitálu, a následné důkladné osušení, které je jednou z prevencí opruzenin, a promaže se celé tělo určitým přípravkem klienta. Po provedení hygieny se čistě povleče lůžko lůžkovinami. Správně se provede na polohování klienta a zajistí se mu teplé a klidné prostředí. Dbá se na fakt, že pokud je klient alespoň částečně soběstačný, aby se zapojil do provádění hygieny.

Hygienická péče celková se neprovádí, pokud má klient horečku nebo je v těžkém stavu a jeho zdravotní stav to nedovolí. Záznam se zaznamenává do dokumentace.

U mužů se provádí péče o vousy, mohou se zde zachycovat zbytky jídla a proto je třeba je umýt po každém jídle. Holení přizpůsobíme podle potřeby a jak je klient zvyklý na úpravu, provádí se žiletkou či elektrickým holicím strojkem. Musíme si dávat pozor na to, aby nedošlo k poškození kůže. Každý z klientů musí mít svůj vlastní holicí potřeby. Záznam o provedení holení se zapisuje do dokumentace. Před prováděním hygieny si personál musí uvědomit, že pokud zdravotní stav klienta dovolí, zapojuje se do procesu v rámci nácviku soběstačnosti a rehabilitace (Hůsková, 2009; Workman, 2006).

#### **1.3.4 Vyprazdňování**

Jednou ze základních biologických potřeb je pravidelné vylučování moče a stolice. Vždy je potřeba brát zřetel, že je nutné hlídat pravidelnost vyprazdňování. Není dobře podceňovat problémy s vyprazdňováním a přehlížet tyto potíže. Je důležité dodržovat intimitu a diskrétnost a být zde empatická, pro většinu lidí je toto téma velmi intimní záležitostí.

Pokud nastane porucha vyprazdňování ať už stolice nebo moči, musí se zjistit, proč k poruchám došlo. U klientů, kteří jsou upoutáni kvůli svému stavu na lůžku, to může být například nedostatkem pohybu. Tento zdravotní stav a medikamentózní léčba mohou negativně zasáhnout do pravidelného návyku vyprazdňování.

U vyprazdňování se kontrolují patologické změny v kvalitě a množství moče. Příčiny poruchy mikce jsou například záněty urogenitálního traktu, obstrukce, neurologické onemocnění, úrazy, porucha funkce svalů dna pánevního či cizí těleso v DMC. Léčba při projevení komplikací je, podávání léků dle ordinace lékaře. Dále sledování bilance tekutin, zvýšená hygienická péče. Všechny záznamy se zapisují do dokumentace. Pozor na to, že mikci ovlivňují i léky - diuretika

Kvalitu a množství se sleduje i u vyprazdňování stolice. Poruchy se mohou projevit bolestivě, například při zácpě. Příčiny zácpy jsou například z důvodu nedostatku pohybu, nedostatku vlákniny, nedostatku tekutin, onemocnění a poruchy

GIT a léky. Při takovém stavu je důležité zajistit dostatek příjmu tekutin a vhodnou stravu s dostatkem vlákniny, dle ordinace lékaře popřípadě podat léky. Vše zaznamenávat do dokumentace. Také se může u klienta vyskytnout průjem, který se prokáže tehdy pokud, se klient vyprázdní, více než třikrát za den a stolice je řídké konzistence. Průjem může vzniknout z infekce, dietního opatření, léků, nádorů, poruchou funkční. U klientů s průjmem musíme hlídat, aby nedošlo k dehydrataci, ale i celkový stav klienta. Sledujeme množství, barvu a konzistenci stolice. Hodnoty zaznamenáváme do dokumentace. Dle ordinace lékaře můžeme podat léky.

U klientů s AS se také vyskytuje inkontinence moče i stolice. Jde o samovolný únik stolce i moče při ztrátě kontroly vyprazdňování. Důležitá je zde zvýšená hygiena genitálu a dbá se na prevenci infekce a opruzenin (Kelnarová, 2007; Mikšová, 2006).

### **1.3.5 Komunikace**

Lidské tělo má patologické a fyziologické procesy, které sestry musí znát při práci na odděleních intenzivních péče. Patří sem znalost komunikace ve vypjatých situacích, kdy je zapotřebí dostatečná a přesná komunikace s lékaři a ostatními členy zdravotnického týmu pro poskytování péče o klienty. Komunikace probíhá mezi sestrou a klientem, tak i jeho rodinou. Mezi nejčastější etické problémy patří nevhodná komunikace mezi sestrami (Heřmanová, 2012).

Komunikace může být verbální i neverbální. Pro pacienty s apalickým syndromem a komunikace s ním je velmi důležitá rodina. Proto se často doporučuje, aby rodina navštěvovala své blízké. Dojem, že nás pacient nevnímá nebo neslyší je mylný. Komunikace znamená být ve spojení s pacientem. V ošetrovatelské péči využívá sestra dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního chování. Je to důležité pro navázání vztahu mezi pacientem a sestrou. Musí si všimnout reakcí pacienta, pokud na něj mluví a informovat se i od rodiny, jak klient reaguje. Všimáme si očí a obličeje pacienta, jeho grimasy a gest. Je důležité, aby měl pacient okolo sebe hodně vjemů, které může vnímat, proto se nechává zapnutá televize či rádio.

Komunikace s pacientem s apalickým syndromem je vždy obtížná, až někdy prakticky nemožná. Práce s rodinou musí být koordinovaná. Informace by měly být srozumitelné tak, aby je rodina pochopila. Klidně vysvětlovat i několikrát. Můžeme se setkat i s emocemi – vztek, smutek. Personál by měl být připravený a empatický (Špatenková, 2009; Venglářová, 2006).

### **1.3.6 Rehabilitace**

Navázání terapeutického vztahu mezi sestrou a klientem je na delší dobu, pokud má špatnou zkušenost s jiným pracovištěm, nezačne důvěřovat ihned (Jelínková, 2009).

U pacientů v komatu je hlavní metodou multisenzorická stimulace, jde o terapeutický koncept, který se zásadním způsobem odlišuje od dosavadních přístupů. Hlavním cílem není pouze profilaxe, ale raná stimulace jakožto aktivní proces usilující o zlepšení vnímání, podporu komunikace s okolím. Konečným cílem je zlepšení vědomí a dosažení první reprodukovatelné reakce (Kolář, 2009).

Spolupráce s rehabilitační sestrou je velmi důležitá pro léčbu pacienta s apalickým syndromem, je to několikahodinová práce sester. Provádí se už od přijetí pacienta. Rehabilitační sestry jsou speciálně vyškolené, ovládají základy fyzioterapie, bazální stimulace, Vojtovu metodu, ergoterapii.

Hlavním konceptem bazální stimulace je velký význam pro všechny věkové skupiny, zdravé i nemocné. Umožňuje pacientovi zlepšovat svůj stav a to cílenou stimulací smyslových orgánů. Obnovovat schopnosti, které jsou uchovány v paměťových drahách. Ošetřovatelská péče dle tohoto konceptu začíná včasnou rehabilitací. Tím se zvyšuje kvalita života pacienta. Na člověka musí být pohlíženo jako na rovnocenného partnera, který má svojí historii a návyky. Cílem bazální stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby u pacienta docházelo k podpoře vlastní identity, umožnění komunikace s okolím, zlepšení funkcí organismu. Hlavním prvkem konceptu bazální stimulace je, ubírání se stejnou cestou po určitý čas. Formulování vztahu mezi pacientem a ošetřujícím. Pomáhání ošetřujícím se učit a vnímat pacienta, podle jeho

pohybů, gest a výrazů ve tváři. Je důležité umožnit pacientovi vnímat hranice svého těla, cítit okolí svého těla a přítomnost jiného člověka. Důležitost se musí dávat i na doteky u pacienta. Doteky mají důležitou roli v životě každého člověka. Ruce ošetrovatelského personálu jsou médiem a umožňují získat pacientovi spoustu informací o sobě samém i okolním světě. Doteky ošetrovatelského personálu musí být zřetelné a cíleně promyšlené tak, aby nevzbuzovaly u pacienta pocit nejistoty. Koncept bazální stimulace využívá pomocí doteků terapeutické působení v technikách jako například, metody polohování, rehabilitační cvičení a masážní techniky. U pacientů s apalickým syndromem je dotek formou komunikace. Určuje se iniciální dotek, zvolíme ho na centrální části těla. Dotek musí být zřetelný a přiměřeného tlaku- Například na rameno, paži nebo ruce. Iniciální dotek musí respektovat všichni ošetřující personál při každém zahájení výkonu a ukončení. Podporuje se verbálně. Vyžaduje to nejen znalost dané problematiky, ale i dávku vlastního citu. Ošetrovatelský personál, ale nejen on ale i rodina, by si měli všimnout, jak pacient reaguje při komunikaci. Mezi znaky příjemného pocitu zahrnujeme například mžikání očima, úsměv, pousmání, otevírání očí a úst, uvolnění svalového tonu. Pacient se otevírá svému okolí. Pokud se uzavře a má nepříjemný pocit, dává to najevo tím, že zavírá oči a ústa, neklidně dýchá, pláče, křičí, křečovitě drží tělo, odvrací tvář.

Dalšími důležitými prvky jsou stimulace. První je somatická stimulace, která poskytuje pacientovi cítit vjemy z povrchu těla. U této stimulace je nejdůležitější dotek. Možnosti somatické stimulace dle bazální stimulace je celková koupel zklidňující, celková koupel osvěžující, diametrální celková koupel, polohování pacienta, a masáž stimulující dýchání. Celková koupel zklidňující má za cíl uvolnění těla u pacienta, zredukování stavu, kdy je pacient neklidný a navrácení citění vlastního těla. Tato koupel se provádí u pacientů, pokud jsou neklidní, mají zvýšený svalový tonus, při bolestech, pokud je narušen spánkový režim. Ke koupeli se používá voda o teplotě 37- 40 °C, žínky na mytí, ručníky a sprchový gel. Prvotně než se zahájí koupel, je třeba to oznámit pacientovi. Po koupeli pacienta osušíme a dopřeje se mu klid na lůžku. Opakem zklidňující koupele je koupel povzbuzující. Cílem je zvýšení pozornosti a aktivity pacienta. Tato koupel se provádí u pacientů, kteří jsou v bezvědomí, depresi a nevyvíjejí



aktivitu. Tato koupel se od zklidňující moc neliší pouze v teplotě vody, která je 28 – 23 °C a mytí pacienta se provádí ne po směru růstu chlupů, ale v protisměru. I osušování je v proti směru růstu chlupů. Dalším typem je diametrální celková koupel. Provádí se za cílem snížení svalového tonusu a uvědomování se hranic svého těla. Tato koupel se aplikuje u pacientů se zvýšeným svalovým tonusem a kontrakturami svalů. Kontrakura je označována jako trvalé zkrácení svalu. Jsou časté v okolí nemocných míst, jako je páteř či klouby. Dochází k nim při dlouhodobém upoutání na lůžko (Navrátil, 2008).

Je velká řada způsobů, jak se protahují zkrácené svaly – cvičení proti odporu, aktivní nebo pasivní protažení svalů, postizometrická relaxace, izometrické cviky. Který způsob se provádí, závisí na stavu klienta a na zkušenosti personálu (Rychlíková, 2008).

Důležité je také správné polohování pacienta i jako případná prevence dekubitů. Polohováním poskytujeme pacientovi nejen somatickou, ale také vestibulární stimulaci. K polohování se používají různé pomůcky. Měly by být příjemné pro pacienta a jejich používání by mělo být snadné, hlavně pokud pomáhají s přesouváním klienta na lůžku. Polohování se provádí podle zvyklostí oddělení. Před každým polohováním, by se pacientovi mělo vysvětlit, co se s ním bude dělat. Možnosti polohování jsou například, ohnutí horních končetin či dolních, uchopení předmětů, polohy mumie či hnízda. Při těchto pozicích se provádí somatická stimulace. Používají se, pokud je pacient neklidný, upoutaný na lůžku a pro obnovu hranic vlastního těla. Pomůcky jsou tvrdá matrace, ručník či ložní prádlo a malý polštářek. Pokud se pacienta chystá uložit do této polohy, bylo by vhodné nejdříve provést zklidňující koupel. Poté podložíme hlavu polštářem a pacientovo tělo se obloží srolovanými ručníky nebo ložním prádlem. Pacient se nechá maximálně 20 minut. Poloha hnízdo se provádí ve fázi odpočinku. K vytvoření polohy hnízdo se využívají tyto pomůcky - matrace, která může být měkkí, měkký polštář, a 3 povlečené deky. Personál, který je proškolený v péči o pacienta s apalickým syndromem a provádí u něj bazální stimulaci, by měl ovládat i masáže. Prvním typem masáže je MSD – masáž stimulující dýchání. Dýchání je základní lidská potřeba. Masáž se provádí na hrudníku či zádech pacienta stejným tlakem rukou. Personál, který tuto masáž provádí, musí cítit pacientovo tělo, neměl by mít na sobě šperky a měl by mít

teplé ruce. Cílem je zklidnit pacienta a navodit pravidelné dýchání. Každý kdo je vyškolen v bazální stimulaci by měl dodržovat desatero bazální stimulace:

1. Přivítejte a rozlučte se s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se pacienta vždy dotkněte – iniciální dotek.
3. Hovořte zřetelně a jasně.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte vždy přirozeně.
5. Dbejte na tón hlasu, mimiku, a gesta.
6. Při komunikaci s pacientem hovořte tak jak byl zvyklý.
7. Vyvarujte se používat v řeči zdvořiliny.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s pacientem, se odstraní rušivé elementy.
10. Pozorujte na pacientovi jeho reakce při komunikaci

(Lippert-Gruner, 2011; Friedlová, 2007; Ščučková, 2010; Mikula, 2008).

### **1.3.7 Personál na apalické jednotce**

Zdravotnický personál na tomto oddělení má poslání, od kterého se očekává, že bude respektovat jednotlivého pacienta, jeho věk, pohlaví, postavení v životě, rodinu, životní styl. Všechny tyto aspekty musí zakomponovat do ošetrovatelského plánu. Poskytování specializované péče v urgentní medicíně má širokospektrou škálu nemocných. Nejčastěji jde o klienty v nestabilním stavu (KOLEKTIV AUTORŮ, překlad Mgr. Libuše Čížková, 2008).

Složení zdravotnického personálu:

1. Sestry – Sestry musí být vyškolené pro všechny aspekty zdravotní péče. Poskytují 24hodinovou multikomplexní ošetrovatelskou péči. V urgentním stavu kontrolují vitální funkce pomocí přístrojového vybavení. Pomáhají klientovi

s příjmem potravy, hygienou, vyprazdňováním, nácvikem soběstačnosti například oblékáním. Plní ordinace dle lékaře.

2. Lékaři – Jsou nedílnou součástí týmu, vedením je pověřen primář oddělení. Stará se o tyto klienty, provádí u nich vyšetření, předepisuje léky. Asistuje zde i další zdravotnický personál, jakož jsou odborní a sekundární lékaři, kteří tráví více času s klienty než primář oddělení. Ten konzultuje zdravotní stav s kolegy z jiných oddělení – neurologie, neurochirurgie, chirurgie, atd. Podává informace o stavu klienta rodinným příslušníkům.
3. Fyzioterapeut – Pomáhá v obnovení motorických funkcí, pomocí rehabilitačních technik, zajišťuje prevenci kontraktur, spasmům, provádí dechová cvičení a celková pasivní cvičení.
4. Ergoterapeut – Jeho hlavním úkonem je provádění terapií s pomocí rodiny, která přináší oblíbené předměty, vůně a fotografie. Společně se zapojuje do nácviku péče o klienta, který potřebuje jejich péči po celý den.
5. Klinický psycholog – Pomocí testů zhodnocuje klientovy duševní schopnosti a nedostatky týkající se například paměti a schopnosti soustředění. Může poradit rodině se zvládnutím nastalé situace, s rehabilitací a kognitivním cvičením. Poskytuje také konzultace se zvládnutím emočních problémů, s adaptací a zvládnutím budoucí prognózy. Pokud to rodina vyžaduje, je jim k dispozici.
6. Sociální pracovník – Poskytuje rodinám užitečné informace ohledně ekonomické problematice například - sociálních dávek, ubytování a dopravě. Spolupracuje s rodinou na jejich vyžádání (Powell, 2010).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1. Zjistit specifika ošetrovatelské péče u klienta s apalickým syndromem.

Cíl 2. Zjistit důležitost komunikace a spolupráce s rodinou klienta s apalickým syndromem.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienta s apalickým syndromem?

VO2: Jak správně komunikovat a spolupracovat s rodinou klienta s apalickým syndromem?

## **3 Metodika**

### **3.1 Použité metody**

Ke zpracování této části bakalářské práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření formou strukturovaného rozhovoru se sestrami (příloha č. 1) na ARO v Nemocnici Písek, a.s. , na ARO v Nemocnici Strakonících, a.s. a se sestrami DIOP v Nemocnici Písek, a.s, ONP – JIP v Českých Budějovicích a.s., DIOP v Městské Nemocnici Plzeň a.s. Rozhovory byly z části nahrány na diktafon se souhlasem a další část byla provedena ručním zapisováním. Dotazovaní souhlasili s použitím informací pro bakalářskou práci.

### 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaným souborem byli sestry pracující na ARO v Písku, ARO Strakonících, DIOP v Písku, ONP – JIP v Českých Budějovicích a DIOP Plzeň a.s. Následně rodina apalického klienta. Sestrám byly pokládány výzkumné otázky formou rozhovorů. Zkoumaný soubor, tvořilo 9 žen a 1 muž, tento výzkum probíhal na odděleních. Sestry z oddělení ARO, DIOP a ONP- JIP jsem volila s různou délkou praxe a věkové rozmezí bylo 24 - 50 let.

| <b>Města nemocnic</b>    | četnost   | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 | R7 | R8 | R9 | R10 |
|--------------------------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| ARO Písek                | 3         | x  | x  | x  |    |    |    |    |    |    |     |
| ARO Strakonice           | 2         |    |    |    | x  | x  |    |    |    |    |     |
| DIOP Písek               | 1         |    |    |    |    |    | x  |    |    |    |     |
| ONP-JIP České Budějovice | 1         |    |    |    |    |    |    | x  |    |    |     |
| DIOP Plzeň               | 3         |    |    |    |    |    |    |    | x  | x  | x   |
| <b>celkem</b>            | <b>10</b> | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   |

Zdroj: vlastní výzkum

## 4 Výsledky

### 4.1 Obsahová analýza rozhovorů

#### KATEGORIE ČÍSLO 1: Věk sester.

Sestra č. 1 uvedla svůj věk 35 let, sestra č. 2 – 45 let, všeobecná sestra č. 3 – 26 let, z ARO Písek. Sestra č. 4 – 28 let, sestra č. 5 – 24 let. Sestry č. 4. A 5. jsou z ARO ve Strakonících. Sestra č. 6. Z DIOP Písek, uvedla svůj věk 60 let, sestra č. 7 z ONP-JIP České Budějovice – 51 let, Z DIOP Plzeň sestra č. 8– 35 let, sestra č. 9 – 49 let, a č. 10 27 let.

Tabulka 2: Věk sester na ARO, DIOP a ONP-JIP

| Věk           | četnost   | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 | R7 | R8 | R9 | R10 |
|---------------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 21 – 30       | 4         |    |    | x  | x  | x  |    |    |    |    | x   |
| 31- 40        | 2         | x  |    |    |    |    |    |    | x  |    |     |
| 41 – 50       | 2         |    | x  |    |    |    |    |    |    | x  |     |
| 51 – 60       | 2         |    |    |    |    |    | x  | x  |    |    |     |
| <b>celkem</b> | <b>10</b> | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   |

Zdroj: vlastní výzkum

## **KATEGORIE ČÍSLO 2: Délka praxe na ARO, DIOP a ONP-JIP.**

Délka praxe sester na oddělení se liší. Sestra č. 1 zde pracuje 10 let, sestra č. 2 pracuje na oddělení 15 let, respondent číslo 3 pracuje 4 roky, sestry z ARO ve Strakonících - č.4 pracuje 12 let a č. 5 1 rok. Sestra č. 6 pracuje již 38 let, č. 7 již 32 let. Z DIOP. Plzeň sestra č. 8 – 8let, sestra č. 9 – 12 let, a č. 10 4 roky.

Tabulka 3: **Délka praxe uváděná v letech na ARO, DIOP a ONP-JIP**

| <b>Praxe v letech</b> | <b>četnost</b> | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>R10</b> |
|-----------------------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1 - 5                 | 3              |           |           | x         |           | x         |           |           |           |           | x          |
| 6 – 10                | 2              | x         |           |           |           |           |           |           | x         |           |            |
| 11 - 15               | 3              |           | x         |           | x         |           |           |           |           | x         |            |
| 30 - 45               | 2              |           |           |           |           |           | x         | x         |           |           |            |
| <b>celkem</b>         | <b>10</b>      | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1          |

Zdroj:vlastní výzkum

## **KATEGORIE ČÍSLO 3 : Jaké jsou specifika v péči o klienta s apalickým syndromem?**

Na první otázku se odpovědi shodovaly, že specifika ošetrovatelské péče na ARO jsou oproti standardní ošetrovatelské péči a v ovládání přístrojů na ARO jsou sestry důkladně proškolené, aby uměly ovládat přístroje, na kterých je závislý klientův život. Ať už to je plicní ventilátor, monitory, dávkovače, odsávačky, či defibrilátory nebo dialyzační přístroj, který je na první pohled složitý na ovládání. Sestry musí znát jejich používání. Sestra č. 2 uvádí: „ *Začala bych od lůžka, které se liší od klasického na standardním oddělení. Lůžko na ARO musí být přístupné ze čtyř stran - lůžko je vybavené antidekubitární matrací, postranice jsou rozdělené na každé straně na půlku. Dále je vybavené odkládacími prostory na lůžkoviny a monitory, u hlavové části jsou držáky na infuze. Je dobré, pokud má lůžko páté kolečko. Je potom lépe ovladatelné při*



manipulaci. Respondent č. 3, má odlišnou odpověď než-li, jeho kolegyně: " *Specifika ošetrovatelské péče, individuální přístup a hlavně, že je klient stále ještě člověkem, ikdyž bez verbálního projevu.* " Respondentka č. 4 na tuto otázku odpověděla takto: „ *Tak určitě je to v ovládní přístrojů na tomto oddělení, každá sestra musí být proškolená, aby uměla tyto životně důležité a udržující stroje ovládat bez sebemenšího zaváhání. Je to i ve vzdělání sestry, která by měla mít specializaci na ARIP.* Respondentka č. 5 uvádí: „*Naši péči řídíme podle standardů na našem oddělení, které jsou na naší sesterně. Když jsem nastoupila na ARO, byla jsem proškolená na správné ovládní přístrojů, poučena o možnosti polohovatelnosti lůžek, správném podávání léků, které jsou dávkovány přes infuzní dávkovače a o dalších specifických přístrojích na oddělení. Jako například dialyzační přístroj, který byl pro mě na první pohled složitý. Dále ventilátory a nebulizátory. Jak je důležitá péče pro jejich správný chod. Dodržování aseptických postupů pokud jsou intravenózní vstupy, tracheostomie, či převazy při proleženinách nebo jiné poruše kožní integrity.*“ Dále můj výzkum směřoval na otázku hygieny a jejich specifika na ARO. Shoda nastala i u otázek na hygienu u apalických klientů, jaká jsou zde specifika a jak probíhá. Respondentka č. 1 uvedla: „ *Hygienická péče se liší v dodržování správného přístupu ke klientovi, jako je například dodržování **iniciálního doteku** a neustálé **komunikace s ním**, což je edukace, o tom co se bude u něj provádět za výkony. Neustále udržuji kontakt jednou rukou. Po provedení koupele klienta důkladně utřu do sucha, aby nevznikaly opruzeniny či dekubity, následně celého klienta promažu. Při dodržování aseptického režimu dbám na aseptický přístup při převazech například u tracheostomie, nebo pokud má klient nějaký jiný převaz a dodržuji správnou ordinaci lékařů.*“ Respondentka č. 2 k hygienické péči uvedla, že: „ *Péče o klienta u hygienické péče zahrnuje i provádění **BS**, prevence dekubitů a opruzenin. Je hodně důležitý stálý kontakt s klientem, oplachování ho vodou a komunikace s ním.*“ Č. 3 uvedla jako svojí odpověď: „ *Důležité jsou doteky a komunikace. Stále má funkční smysly - sluchu, čichu i čítí. Používáním hygienických potřeb s vůní, na které byl zvyklý, provádíme masáže těla.* Respondentka číslo čtyři na otázku o hygieně uvedla, že, : „ *Umět namasírovat a provést hygienu, která klienta ráno probudí a povzbudí je skvělé. Vytvořit u klienta příjemné prostředí je úspěchem a*

potěšením i pro nás jako personál, který o něj pečuje." Respondentka číslo 5 odpověděla, že : „*Hygienická péče pro mě znamená hlavně aseptický přístup pokud má klient nějakou poruchu kožní integrity.*”

Další zaměření bylo polohování. Respondentky poukazují na spolupráci s fyzioterapeuty a individuální přístup. Využívá se i zde při tomto procesu iniciálního doteku. Respondentka č. 1 uvádí, že : „***Polohování** u apalického klienta se snažíme provádět ve dvou. Pokud je na oddělení "zřízenec", pomůže on. Dbá se na správnost při polohování, aby bylo vypnuté prádlo čisté, a používáme polohovací pomůcky a využíváme **polohování** postele. Rehabilitaci na našem oddělení zajišťují sestry s rehabilitačním vzděláním, které se snaží zabránit kontrakturám a ochabnutí svalstva. Důležitost individuálního přístupu ke klientovi je automatický. U každého klienta a taktéž k jeho rodině. Snažíme se být empatické a trpělivé. Přiznávám, že někdy je to dost těžké se udržet a nezačít brečet, když se máte starat o apalického klienta například ve věku sebe, či vašeho dítěte* ". R2 odpověděla : „*Při rehabilitaci, kterou provádí fyzioterapeutky kontrolujeme správné **na polohování** a snažíme si pomáhat jak jen to jde s pomocí fyzioterapeutek.*” R3 na tuto otázku odpověděl : „***Na polohování** za pomoci fyzioterapeutek, do příjemné polohy pro pacienta , snaha pochopení svého těla.*” Respondentka č. 4 na otázku ohledně **na polohování** odpověděla, : „*Kolektiv sester by měl být sehraný i s fyzioterapeuty a sestrami které ovládají **BS**, která je podle mého přínosem pro takového klienta na oddělení. Já sama si nyní dodělávám kurz **BS** a pro mě samotnou je to přínosem. Pokud vím, že zvládnou **napolohovat** klienta do polohy, která mu umožní vnímat celé své tělo.*” Respondentka číslo 5 odpověděla, že: „***Polohování** probíhá s pomocí fyzioterapeutky, zahajuje se **iniciálním dotekem**, a pokud se ještě u toho provádí **BS**, je to přínosné a prospěšné pacientovi.*”

#### **KATEGORIE ČÍSLO 4 : Jaké jsou specifika na DIOP v péči o klienta s apalickým syndromem?**

Moje otázka směřovaná na dotazované sestry byla, jaké jsou specifika na DIOP v Písku, Českých Budějovicích a Plzni o klienta, s tímto syndromem. Respondentky se shodly, že specifika, jako přístroje, tam nejsou. Zde jsou pouze klienti, kteří si dýchají sami. Sestra číslo 6 odpověděla : „ *Specifikem našeho oddělení je, že se sem klient dostává pouze tehdy, pokud si sám dýchá a nepotřebuje být napojený na plicní ventilátor.*” Sestra ze stanice DIOP v Českých Budějovicích odpověděla stejně, podmínkou je spontánní dýchání klienta. Obě dvě se dále shodly i na odpovědi ohledně hygienické péče. R7 odpověděla následovně: „ *Provádíme **hygienu** dvakrát denně, dále dle potřeby. Důležitá je teplota v místnosti. Dbáme na důležitost vykapávání očí, péči o PEG, Tracheostomickou kanylu, sondy. Vytíráme nos, uši. Po koupeli stříháme nehty. Dbáme na ošetřování pokožky, prevenci dekubitů na rizikových místech, jako jsou ramena a uši. Ústa alespoň dvakrát denně vyčistíme, pokud je třeba konzultace se stomatologem, zařizujeme návštěvu lékaře. Zvýšené riziko dermatitid kvůli pocení. V tomto případě je konzultace s lékařem z kožního oddělení.*” R8 uvedla : „ *Naše oddělení slouží pro pacienty, kteří jsou v těžkém stavu, například bezvědomí, ale spontánně ventilují.*” R9 toto tvrzení potvrdila a přidala další : „ *Mohou mít tracheostomii.*” Respondentka č. 10 upřesnila, jaké případy se zde hospitalizují nejčastěji. „ *Rutinními klienty zde máme po autohaváriích, při kterých dochází k úrazům hlavy a po KPR, při které nedošlo k včasnému obnovení životních funkcí a tím pádem k nedostatečnému prokrvení mozku.*” Další otázka ohledně polohování opět prokázala, že se respondentky shodují v odpovědích. Dbají na prevenci dekubitů pomocí polohování a polohovacích pomůcek. V rámci dodržování ošetřovatelských postupů respektují klienta a používají iniciální dotek a oslovení klienta. Respondentka č. 6 mi názorně ukázala na klientce po autonehodě **polohování** pomocí polohovacích pomůcek a dále říká : „ *používáme zde matrace s paměťovou stopou, **polohujeme** á 2 hodiny. Dále používáme pomůcky jako polštáře, polštáře s pískem, kolečka pod paty, polohovací hady.*” Respondentka č. 7 odpověděla stejně : „ ***Polohujeme** po 2hodinách, používáme matrace s paměťovou stopou, polštáře, polštáře mezi nohy, polštáře*

s pískem. '' Respondentky č. 8, 9 a 10 se jednoznačně shodly na odpovědi, že používají polohovací lůžka, polohovací pomůcky a dbají na důležitost a správnost **polohování** á 2 hodiny. Před manipulací využívají **iniciální dotek** a oslovení klienta. „Po provedení **hygieny dbáme na úpravu lůžka, čisté lůžkoviny a jejich správné vypnutí, aby nedocházelo k dekubitům, či podráždění pokožky.**'' „, Následně s pomocí fyzioterapeutek se klient správně **na polohuje.**''

Dále jsem se respondentek zeptala na důležitost **iniciálního doteku**. Kdy a jakým způsobem ho používají. Respondenty se jednoznačně shodly, že je velmi důležité ho používat a edukovat o tom rodinu. Je to zahájení komunikace a manipulace s klientem. Respondentka č. 6 mi odpověděla : „*Máme s rodinou domluveno, že při přistoupení k rodinnému příslušníkovi, mu sahnou na ruku, stranu si určí po konzultaci s námi, a my, jakožto zdravotnický personál na rameno dané končetiny.*'' R7 mi odpověděla, : „*Že je důležitá **komunikace a spolupráce** s rodinou na domluvení daných podmínek, podle kterých se bude s pacientem komunikovat a navazovat kontakt při práci s ním. Ne vždy rodina kladně spolupracuje a komunikuje. Je to obtížné, pokud rodina nespolupracuje a nedodržuje podmínky, na kterých jsme se na začátku hospitalizace domluvili a žádali je o správné dodržování postupu.*'' Sestry z plzeňského DIOPu velmi poukazují na důležitý prvek **iniciální dotek** v manipulaci s klientem postiženým AS. R8 uvádí, že: „*Každá z rodin apalického klienta je poučena o **iniciálním doteku** na začátku jeho hospitalizace. O jasném určení horní končetiny a strany, na kterém klient rozpozná, že se jedná o sestru nebo jeho blízké, a o oslovení klienta''*

### **KATEGORIE ČÍSLO 5 : Jaké jsou specifické přístroje na ARO oddělení?**

Moje další otázka směřovala k zjištění, jak se liší vybavení na ARO oddělení oproti standardnímu oddělení ve smyslu přístrojového vybavení. Sestry z ARO oddělení se shodují v přístrojích, které jsou typické pro oddělení intenzivní péče. Polohovatelné lůžko, u kterého lze provést laterální náklon, monitory pro kontinuální sledování vitálních funkcí, ventilátor, lineární dávkovače a dialyzační přístroj,

Na tuto otázku mi R1 odpověděla : „ Že specifické přístroje které jsou na ARO musí sestry dokonale ovládat. jsou důkladně proškolené, ať už to je plicní ventilátor, monitory, dávkovače, odsávačky, či defibrilátory. Sestry musí znát jejich používání. ” R2 se shodla s odpovědí R1 a dále dodala, že : „ Lůžko na ARO musí být přístupné ze čtyř stran – pro případ neodkladné resuscitace. Dále je polohovatelné, například laterální náklon. A že na něm jsou k dispozici i rampičky a držáky které drží monitory a infuzní pumpy. ” R3 odpověděl : „Ať už to jsou ventilátory, které za ně dýchají, či dávkovače s infuzemi, které jim podávají léky podle indikací lékařů. Defibrilátor, resuscitační pomůcky, dialýza. ” Respondentka č. 4 řekla, : „ Tak určitě je to v ovládnání přístrojů na tomto oddělení. Každá sestra musí být proškolená, aby uměla tyto životně důležité a udržující stroje ovládat bez sebemenšího zaváhání, ať už to je přístroj na UPV, monitory na měření fyziologických funkcí, ovládnání lineárních dávkovačů, jídelní pumpy, dávkovač na léky. ” A nejmladší respondentka č.5 na tuto otázku odpověděla: „ Když jsme nastoupila na ARO byla jsem proškolená o správném ovládnání přístrojů, poučena o možnosti polohovatelnosti lůžek, správném podávání léků které jsou dávkovány přes infuzní dávkovače a o dalších specifických přístrojích na oddělení. Jako například dialyzační přístroj, který byl pro mě na první pohled složitý. Dále ventilátory a nebulizátory a jak je důležitá péče pro jejich správný chod a údržbu. ”

### **KATEGORIE ČÍSLO 6 : Jaké jsou specifické přístroje DIOP?**

Stejnou otázku byla položena i sestrám na DIOP v Písku, Českých Budějovicích a Plzni. Zde sestry potvrdily, že žádné specifické přístroje se na jejich odděleních nevyskytují, ba naopak. Klient je přijat pouze, když sám spontánně dýchá a nevyžaduje již UPV. Je mu například poskytnut nebulizátor pro zvlhčování. V této otázce se shodují. R6 mi odpověděla takto: „ Přístroje, které zde používáme, jsou monitory, zvlhčovače, oxymetry a tonometry. Jiné speciální přístroje nepoužíváme, protože našim kritériem pro přijetí na DIOP je, že klient již nepotřebuje speciální přístroje jako jsou na ARO, musí si dýchat sám, takže žádné ventilátory. ” Respondentka č.7 odpověděla stejně jako R6 : „ Specifické přístroje zde nepoužívají, klienti jsou pouze na nebulizátoru pokud je to třeba. Jinak ventilátory nepotřebují. ” Sestry z DIOP v Plzni

na mou otázku odpověděly: „ *Přístroje, které zde používáme jsou například: odsávací přístroje, enterální pumpy. Pokud má klient tracheostomickou kanylu používáme i zvlhčovače.* ”

### **KATEGORIE ČÍSLO 7: Důležitost komunikace s rodinou apalického klienta na ARO.**

Jak komunikovat s rodinou apalického klienta, znění mé druhé otázky na výzkumný soubor. Odpovědi na otázku se podle mého liší v délce praxe jednotlivých dotazovaných. Jde o psychologický proces, který je jak pro personál, tak rodinu velmi emočně náročný. Dotazované sestry mi popisovaly jejich zkušenosti s apalickým klientem. Sestra č. 1 odpověděla: „ *Můj první zážitek a zároveň spolupráce s rodinou mého prvního apalického klienta byla pro mě velmi emoční. Klient byl mladý chlapec po autonehodě a já jsem tehdy z toho byla hodně nervózní. **Chovat se profesionálně a být zároveň empatická**, bylo pro mě těžké. Naštěstí jsem vedle sebe měla výborný kolektiv a zkušené sestry, které mi v té době pomohly a radily. Dnes už vím, jak se chovat a jak správně **komunikovat** s rodinou. **Edukovat** je o správnosti dodržování **iniciativního doteku, komunikace** s klientem, poslech hudby kterou měl rád, popřípadě číst knihy nebo časopisy, komunikovat a připomínat mu rodinu, kamarády. Ne jen na klienta koukat jako na nehybného a nekomunikujícího člověka co jen tak leží a okolo něj se ozývají přístroje a všude samé hadičky. To je špatný přístup jak od rodiny, tak od sester na oddělení.*” Sestry se zde shodly na pojmech empatie, trpělivost a profesionalita. Sestra číslo 2 uvádí svou odpověď: „ **Komunikace s rodinou je velmi důležitá**, nejen pro vykonávání práce, ale hlavně pro rodinu nemocného. Představa, že váš blízký je ve stavu jakém je a starají se o něj lidé pro něj cizí, je ne zrovna dobrá představa. Musíte být **empatická**, ale zároveň **profesionální**. Proto je důležitá **komunikace** o dotyčném - například co má rád za hudbu, čtení, a vysvětlit rodině, že je důležité, aby na blízkého nemocného stále mluvili a byly trpěliví. Možnost doporučení nějaké odborné pomoci.” Respondent 3 udává jako svoji odpověď: „ *Hlavně trpělivé přistupování. Rodina jsou většinou laikové, takže je odkážeme na lékaře, kteří medicínský stav klienta vysvětlí. Personál může doporučit a **edukovat** rodinu o tom co*

by bylo dobré pro zlepšení stavu. Jako například hudba do sluchátek, filmy, fotky, obrázky, časté návštěvy rodiny. Dávat si pozor na to, jak se s rodinou bavíte. Musí se zachovat **profesionalita** a neříkat nic, co není v kompetenci sester. Důležitá je i motivace rodiny. " Respondentka číslo 4 udává: „ Je to pro mě osobně psychologický proces. Někdy je dost obtížné, **komunikovat** s rodinou, která to vzdá a má negativní přístup k celé situaci. Jde o edukační a motivační proces, při kterém se snažím rodině změnit přístup na pozitivní a pomoci jim. Vysvětlím, co je pro jejich rodinného příslušníka v danou chvíli to nejlepší a jak oni sami mohou přispět k navození příjemného stavu. Popřípadě doporučím odbornou pomoc pro ně samotné, která jim pomůže zvládat tuto pro ně krizovou situaci. " A poslední odpověď od nejmladší sestry s nejkratším působením na ARO oddělení ze Strakonice: „ Využívám zde znalosti ze střední školy, kde jsme měli psychologii, i to jak **komunikovat** s klientem či jeho rodinou. Jsem za tyto zkušenosti ráda. Sestra by se měla umět vcítit do situace rodiny, která si myslí, že tímto syndromem vše končí. Ale zároveň být **profesionální**. Hlavním úkolem sestry, je podržet rodinu a **edukovat** je o možnostech pomoci jak klientovi tak i sobě. Například psychologická ordinace, konzultace o **rehabilitaci** nemocného a dodat jim dostatek informací o provádění **BS** - muzikoterapie, aromaterapie, fotografie, vyprávění rodinných zážitků a příhod, kterých se klient také účastnil. A hlavně zapojit rodinu do procesu. "

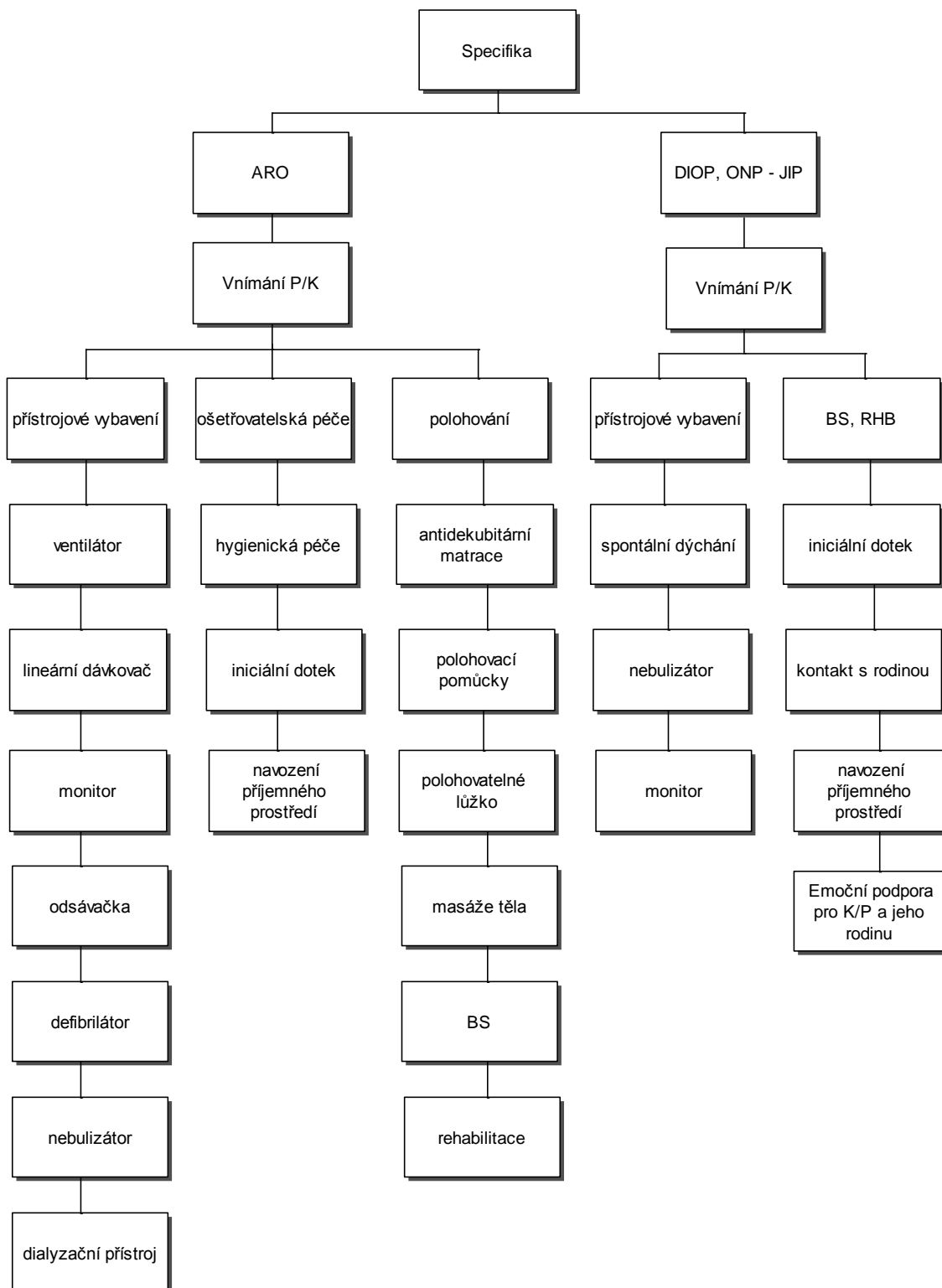
### **KATEGORIE ČÍSLO 8 : Důležitost komunikace s rodinou apalického klienta na DIOP.**

Sestry z DIOP a ONP - JIP se shodly, že je důležitá zpětná vazba s rodinou, dodržování doporučení a edukaci personálu, který je nablízku jejich nejbližším. Respondentka č. 6 odpověděla: „ Důležitost **komunikace** s rodinou je velmi podstatná pro dobro pacienta, tak plnění naší práce. Potřebujeme zpětnou vazbu. Doporučíme rodině o možnosti přinesení osobních věcí, hudby, fotografií., Ne vždy se ale setkaly s pozitivním přístupem. Ve spolupráci s rodinou často zde hraje roli psychika a nesmíření se se stavem pacienta. Nespolupracují při snaze zlepšení stavu blízkého. Jak

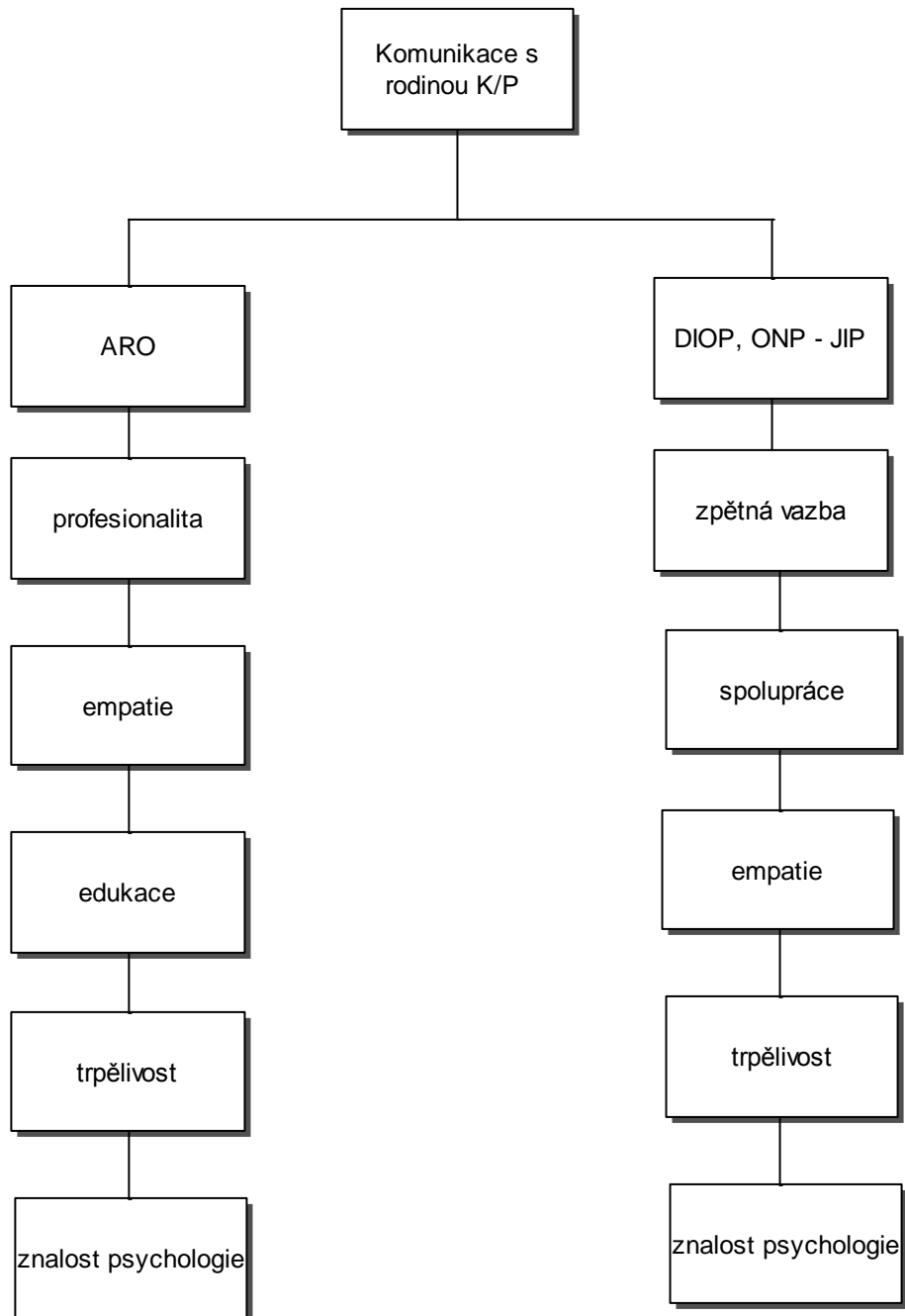
uvedla R7: „*Již jsem se setkala, s tím, že rodina nespolupracovala a ani nenavštěvovala příbuzného. Přistupovala negativně k danému problému a nedokázala se smířit se stavem blízkého člověka. Absolutně ignorovala naše prosby a doporučení pro zlepšení kvality života klienta. Alespoň přinesením věcí jako fotografie, hudba, hygienické potřeby, na které byl dotyčný zvyklý, pro **stimulaci** čichu a paměti. Bohužel i to se stává.*“ R8 uvedla: „*Většinou se setkávám s kladným přístupem rodiny apalického klienta. Využívám zde znalosti ze studií psychologie, postupy v **edukaci** a snažím se být empatická, ale zároveň si udržuji svou profesionalitu.*“ Respondentky č. 9 a 10 se ztotožňují s odpovědí své kolegyně, jen přidávají, že je nutná zpětná vazba od rodiny klienta.



## Schéma 1 : Specifika



## Shéma 2 : Komunikace



## 5 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo popsat roli sestry při ošetrovatelském procesu u klienta s apalickým syndromem. Většina uvedených autorů popisuje apalický syndrom jako: „*Přechodný stav v důsledku traumatického nebo netraumatického poškození mozku. Jde o zvláštní formu poruchy vědomí. Kde je těžké postižení kůry či subkortikálních struktur při zachované funkci mozkového kmene.*“ Trochu jinak vystihuje apalický syndrom Doležil z roku 2007, který uvádí: „*Termín apalický syndrom není v anglosaské literatuře považovaný za dostatečně výstižný a je užíván zejména v zemích střední Evropy (Rakousko, Německo, Česko, Slovensko), anglosaská literatura považuje za vyhovující termín tzv. vegetativní stav (VS), který dostatečně výstižně koreluje se současnými patofyziologickými znalostmi a lze jej akceptovat jako obecně užívaný pojem odpovídající patofyziologické podstatě syndromu, který může také rozlišit ve svém názvosloví pravděpodobnou možnost uzdravení anebo setrvání ve VS. Byly zavedeny termíny persistentní vegetativní stav (PVS), a následně termín permanentní vegetativní stav (PMVS).*“ Tento autor, se dle našeho názoru hodně zaměřuje, na historii o vzniku AS. Autor v celém dokumentu používá mnoho odborných výrazů, které nejsou dále objasněné, a pro laickou veřejnost to může být dost složité pochopit, co tím autor myslel.

Hlavním tématem byly, ale ošetrovatelské intervence a specifika, které jsme chtěli zmapovat u těchto klientů. Rozhovorem na ošetrovatelský personál, který pracuje na odděleních s apalickými klienty zjistit specifika ošetrovatelské péče a zároveň tak i důležitost komunikace, spolupráce s rodinou s tímto klientem.

Většina respondentů na otázku: „Jaké jsou specifika ošetrovatelské péče o klienta s AS?“ odpověděla, že závisí na vybavenosti a dostupnosti lůžka s nemocným, na přístrojové technice a jeho ovládání. Ale je tomu opravdu tak? Záleží na těchto skutečnostech nebo ne? Toto jsou otázky, které jsou velmi diskutabilní. V kritické fázi jsou klienti přijímáni na anesteziologicko-resuscitační oddělení, kde je o klienty špičkově postaráno. Na tomto oddělení by měly pracovat zkušené sestry, které mají odbornou speciální způsobilost (ARIP) k vykonávání ošetrovatelské péče a obsluhují

přístrojovou techniku. Je pravda, že lůžko by mělo být dostatečně vybavené, připravené k případné resuscitaci a přístupné ze všech stran.

Dotazované sestry jak na ARO tak sestry z DIOP a ONP – JIP, protože P/K je hospitalizovaný na těchto třech oddělení. Z výsledků vyplívá zcela odlišný názor sester, které pracují na ARO od těch, které pracují na DIOP a ONP – JIP. Sestry z ARO považují za důležité přístrojové vybavení – ventilátory, monitory vitálních funkcí, lineární dávkovače, dialyzační přístroj, odsávačky, defibrilátor. Přístrojové vybavení je použito podle prvotního zhodnocení stavu K/P při přijetí na ARO. Péče o tyto klienty je velmi náročná. Je zde důležitá výživa, péče o udržení dýchacích cest, vylučování, hygienu, rehabilitaci. Nejvíce z těchto úkonů je právě udržení průchodnosti dýchacích cest. V akutním případě je klient intubován. Jak uvádí Kapounová (2007): „*Tracheální intubace je nejbezpečnější způsob zajištění průchodnosti dýchacích cest. Poskytuje ochranu dýchacích cest před masivní aspirací žaludečního obsahu, slin nebo krve. Tracheální rourka by měla být vždy vybavena nízkotlakovou, vysokoobjemovou oblurační manžetou nebo systémem LANZ, který v manžetě udržuje konstantní tlak.*“ Je to bohužel jen krátkodobé řešení. Pro dlouhodobou ventilaci nebo je-li klient spontánně ventilující se zhoršením udržení průchodnosti dýchacích cest, je doporučeno zavedení tracheostomické kanyly.

Původně nebylo cílem porovnání, rozhovorů sester, ale z výsledků jasně vyplynulo, že sestry z ARO vnímají pacienta úplně z jiného pohledu, než sestry z DIOP a ONP – JIP. Mají i proto jiné priority, jako je dodržování iniciálního doteku, návyky při provádění hygienické péče, časná rehabilitace a dodržují polohování dle polohovacího záznamu nebo stavu klienta.

Jiný pohled sester z DIOP a ONP – JIP, jak vnímají P/K je, že se zde nevyžívají specifické přístroje, které jsou na ARO, protože K/P je přijat na tyto oddělení pouze pod podmínkou, že je spontánně ventilující a nevyžaduje tedy podporu přístrojů. Používají se zde pouze monitory na monitoraci vitálních funkcí a nebulizátory pro případné zvlhčení vzduchu.

Sestry na DIOP a ONP – JIP považují za důležité a prioritní na jejich oddělení pokračování v rehabilitaci, provádění BS. Navození domácího prostředí pro následnou

úspěšnou terapii, například při provádění ergoterapie. Spolupráci rodiny a její zapojení do péče o K/P.

Důležitým faktorem v ošetřování je zapojení rodiny do péče. Ale jak správně komunikovat s tímto pacientem a rodinou? Na tyto otázky odpovídají autoři (Heřmanová, 2012, Špatenková, 2009; Venglářová, 2006). Všichni se shodují, že nejdůležitější pro komunikaci s klientem je zapojování rodiny. Popisují i vhodnou volbu komunikace. Toto se mně velmi líbilo a bylo to zde hezky popsáno. Ošetřující personál mluví srozumitelně, snaží se ukázat rodině péči o klienta, aby se mohli později o něho starat. Kontakt s rodinou je pro něho důležitý, stimuluje. Necítí se být odložen z jejich životů a ví, že tam s nimi pořád je. Jak popisují autoři, mohou jim přinést i různé obrázky, které jim připomínají jejich životní události, oblíbené parfémů.

Dále byl porovnán pohled na komunikaci s rodinou K/P s AS na ARO, DIOP a ONP – JIP. Na ARO sestry uvádějí, že je důležitá profesionalita. Vcítění se (empatie) do problému člověka jako osobnosti. Trpělivost při edukaci K/P a jejich rodin. Dále znalost a využití psychologie v komunikaci.

Sestry z DIOP a ONP – JIP uvádí, že důležitá je komunikace s rodinami, pro kterou je potřebná zpětná vazba s kladným přístupem k dané situaci. Sestry musí být empatické a trpělivé ve vztahu s rodinou. Využívají zde i znalosti psychologie ze svých studií.

Tato práce je psychicky i fyzicky velmi náročná. Dotazované sestry z oddělení mimo rozhovor řekly, že musí dbát na prevenci syndromu vyhoření, který je zde pravděpodobnější než na standardním oddělení.

Bohužel těchto lidí s AS přibývá a bude přibývat. Každý den vidíme ve zprávách různé autonehody, tonutí a různé nehody, které se stávají běžným lidem. Kterým například není poskytnuta včasná KPR. Proto jsou tyto oddělení pro tyto klienty, velmi potřebná. Obzvláště ošetřovatelský personál. Nemyslíte?

## 6 Závěr

Problematika péče o klienty s apalickým syndromem na resuscitačních odděleních a odděleních pro dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči je velmi fyzicky, psychicky a časově náročná. Sestry z ARO zde pečují o nemocné v kritických stavech, kteří nemají dobrou prognózu. Selhávají jim životní funkce a oni potřebují přístrojovou pomoc. V teoretické části byl přiblížen AS, jeho příčiny, projevy, diagnostikou, prognózou a následnou léčbou a ošetrovatelskou péčí.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na specifika ošetrovatelské péče, u klienta s AS pomocí dvou výzkumných otázek. VO1: Jaké jsou specifika ošetrovatelské péče o klienta s apalickým syndromem na ARO, DIOP a ONP - JIP? A VO2: Jak správně komunikovat a spolupracovat s rodinou klienta s apalickým syndromem na ARO, DIOP a ONP - JIP? Cíle byly splněny. Výzkumné šetření ukázalo, že specifika ošetrovatelské péče a to, jak je sestry vnímají, se na jednotlivých odděleních, kterými klient během své hospitalizace prochází, liší. Ať už to hned na začátku při přijetí do nemocnice na ARO tak dále DIOP či ONP – JIP. Sestry z ARO pracují s přístroji, které se liší od uvedených oddělení přístrojovým vybavením, které udržují vitální funkce nemocného. Otázku na specifické přístroje mají sestry dobře zvládnutou jak používání v praxi v přímé péči o klienty, tak jejich technickém ovládnutí. Už zde na tomto oddělení probíhá první fáze kontaktu a komunikace s rodinou klienta, s první edukací. Realizace ošetrovatelské péče a edukace rodiny na ARO probíhá velice kvalitně. Otázku o komunikaci s rodinou a edukaci, sestry plně respektují a využívají zde své zkušenosti z praxe tak i ze studií.

Realizace ošetrovatelských intervencí na odděleních na které jsou klienti přeloženi jako je DIOP, ONP – JIP se provádí s BS ve větší míře, než-li na ARO. Tato terapie se provádí za pomoci rodin, která poskytuje předměty, hudbu a vůně, které klientovi připomínají jeho život před úrazem. Na těchto odděleních není již zapotřebí speciální přístrojové vybavení na podporu vitálních funkcí, jelikož jednou z podmínek je že klienti musí ventilovat bez podpory přístrojů.

Výsledky práce mohou být využity k dalšímu vylepšení ošetrovatelské péče o klienta s apalickým syndromem a ke zvýšení informovanosti o apalickém syndromu

a jeho prognóze pro budoucí život klienta, jak pro zdravotnický personál, tak pro širokou veřejnost. A pro další celoživotní vzdělávání sester.

## 7 Použitá literatura

1. VYTEJČKOVÁ, R.; SEDLÁŘOVÁ, P.; WIRTHOVÁ, V.; OTRADOVÁ, I., PAVLÍKOVÁ, P. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II- Speciální část, 1.vyd.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0
2. SEIDL, Z. *Neurologie: Pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2
3. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 352 s. plus 16 příloh. ISBN 978-80-247-1830-9.
4. POWELL, T. *Poškození mozku.* Praha: Portál s.r.o., 2010. 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4
5. LIPPERT, G a kol. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie: Pacient ve vegetativním stavu a jeho rehabilitace.* Praha 2011. 281-282 s. ISSN 1210-7859
6. VĚTRÍČKOVÁ, P. *Komplexní péče o pacienta ve vigilním kómatu.* Florence. 2007. č. 1. 36 s. ISSN 1801 – 464X
7. NEVŠÍMALOVÁ, S.; RŮŽIČKA E.; TICHÝ J. *Neurologie.* 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.
8. DOLEŽIL, D.; CARBOLOVÁ K. *Vegetativní stav (apalický syndrom).* *Neurologie pro praxi.*, roč. 2007. vol. 1. 57 s, ISSN 1213-1814.
9. MILOTOVÁ, K.; BENDÍKOVÁ, J. *Péče o nemocné s apalickým syndromem a jeho specifika.* Praha: Mladá fronta/zdravotnické noviny: sestra [online]. 2009. č. 7-8. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-apalickym-syndromem-a-jehospecifika-435466>
10. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 276 s. ISBN 978-80-247-1148-5
11. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 237 s. ISBN - 978-80-247-1868-2
12. NOLAN, J. P. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010.* Resuscitation [online]. 2010, č. 81, 1219–1276 [cit. 2012-03-11]. ISSN 0300-9572.



13. CHMELÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelská péče o pacienta s tracheostomií*. Praha: Mladá fronta/Zdravotnické noviny: sestra [online]. 2005 [cit. 2012-02-21]. Dostupné z:<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-pacienta-s-tracheostomii-298075>
14. LUKÁŠ, J. *Tracheostomie v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 120s. + 8 str. obrázkové přílohy. ISBN 80-247-0673-3
15. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7
16. HŮSKOVÁ, J.; KAŠNÁ P. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-2852-0.
17. WORKMAN, B., BENNETT A. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
18. KELNAROVÁ, J. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. Praha: Grada 2007. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8
19. MIKŠOVÁ, Z. et. al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 246 s. ISBN 80-247-1442-6.
20. HEŘMANOVÁ, J. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9
21. ŠPATENKOVÁ, N. *Základní otázky komunikace – Komunikace nejen pro sestry*. Praha: Galén 2009, 135 s. ISBN 97-880-726-2599-4
22. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
23. JELÍNKOVÁ, J.; KŘIVOŠÍKOVÁ M.; ŠAJTAROVÁ L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7
24. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
25. NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 421 s. ISBN 978-80-247-2319-8

26. RYCHLÍKOVÁ, E. *Manuální medicína*. 4. rozšířené vydání, Maxdorf. 2008. 504 s. ISBN 978-80-7345-169-1
27. MIKULA, J.; MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2
28. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
29. ŠČUČKOVÁ, E. Ošetrovatelská a kompletní rehabilitační péče v LDN. *Sestra*. Roč. 2010. č. 6. s. 68. ISSN 1214-7664
30. KOLEKTIV AUTORŮ, překlad Mgr. Libuše Čížková. *Sestra a urgentní stavy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2

## **8 Přílohy**

Seznam příloh:

1. Příloha č. 1 Otázky k rozhovoru se sestrami.
2. Příloha č. 2 Rozhovor s otcem K/P s AS.
3. Příloha č. 3 Fotodokumentace ARO.
4. Příloha č. 4 Fotodokumentace – metody BS.

## **Příloha č. 1 Otázky k rozhovoru se sestrami.**

VO1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o klienta s apalickým syndromem?

VO2: Jak správně komunikovat a spolupracovat s rodinou klienta s apalickým syndromem?

### **Doplňující otázky k rozhovoru se sestrami.**

1. Věk sester?
  - a) 21 – 30
  - b) 31 – 40
  - c) 41 – 50
  - d) 51 – 60
2. Délka praxe na ARO, DIOP a ONP-JIP.
  - a) 1 – 5
  - b) 6 – 10
  - c) 11 – 15
  - d) 30 – 45
3. Jaké jsou specifika v péči o klienta s apalickým syndromem?
4. Jaké jsou specifika na DIOP, v péči o klienta s apalickým syndromem?
5. Jaké jsou specifické přístroje na ARO oddělení?
6. Jaké jsou specifické přístroje DIOP?
7. Důležitost komunikace s rodinou apalického klienta na ARO.
8. Důležitost komunikace s rodinou apalického klienta na DIOP.

(Vlastní zdroj)

## **Příloha č. 2 Rozhovor s otcem K/P s AS.**

Tento rozhovor jsem provedla po domluvené schůzce s otcem, jehož syn je apalickým klientem již 6 let. Tento stav se panu M. stal v 25-ti letech, kdy si neaplikoval pravidelně inzulín a dostal se tak následně do hyperglykemického komatu. Kde došlo vlivem bezvědomí k pádu v koupelně. Bohužel mu nebyla poskytnuta včasná KPC a důsledkem toho vznikla hypoxie, kde následně mozek nebyl dostatečně okysličen, a začaly odumírat mozkové buňky. Otec mi vyprávěl jeho příběh.

Otec začal tím, že jeho syn nevedl zrovna vzorný život. V pubertě se seznámil s partou chlapců, kteří jezdili na BMX kolech a byly to takové děti ulice. M. se tento život i přes zákazy rodičů zalíbil. Začal kouřit, pít alkohol a užívat lehké drogy. Rodiče vše věděli, ale bohužel nedal na jejich rady. Později se seznámil se slečnou L. a rodiče si mysleli, že ho snad konečně někdo „zkrotí“, ale ani ona to nedokázala. Přizpůsobila se jejich partě, protože M. milovala. Poté se stala jednoho dne ta nešťastná událost a rodinou to otřásl. Pamatuje si to do dnes. Jeli s manželkou na víkend na chatu za M., kde byl s přáteli, se sestrou a jejím přítelem. Dle domněnek si M. neaplikoval inzulín, na kterém byl závislý a ještě měl být prý pod vlivem drog. Ležel v koupelně a jeho přátelé si mysleli, že je prostě opilý tak ho nechali vyspat se. Jeho nyní již ex-přítelkyni se to nezdálo a přivolala RZS. Byl převezen do nemocnice. Otec pokračuje, ale postřehla jsem, že je rozrušený. Jen řekl: „*Lékaři ho chtěli nechat umřít, že jeho zdravotní stav nebude už nikdy v pořádku.*“

Nechtěla jsem dále pokračovat v rozhovoru z období, kdy pan M. ležel v nemocnici, bylo to pro otce i po tolika letech dost těžké. Proto jsem se začala ptát, jak je to s panem M. v současnosti. Otec popisuje syna s nadšením a to i díky zařízení, ve kterém se nyní nachází. Starají se zde o něj velmi kvalitně, dýchá sám, je u něj prováděna BS, je odborně polohován, jsou u něj prováděny terapie po celý den. Bylo umožněno rodině přinést věci, které jejich synovi připomínají jeho život před nehodou. Jako jsou fotky, kolo, helma na kolo, přehrávač, televize, vůně, fotky přátel. Dodnes za ním dojíždí i jeho ex – přítelkyně, která několik let čekala, zda se probudí a bude normálně fungovat, ale vzdala to. Nyní má svou rodinu, ale je to obdivuhodné. Snaží se

celá rodina. Jeho otec je šťastný, že syn má takovou péči 24 hodin každý den. Vypadá velmi dobře a díky kvalitní ošetrovatelské péči nemá žádné proleženiny ani jiné defekty. Před rokem mu byl odebrán PEG a nyní se snaží o to, aby alespoň jedl ústy. Otec dodává s úsměvem, že si musí dávat pozor na prsty při krmení.

### Příloha č. 3 Fotodokumentace ARO.

Obrázek č. 1 – monitor na snímání vitálních funkcí



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

Obrázek č. 2 – Ventilátor

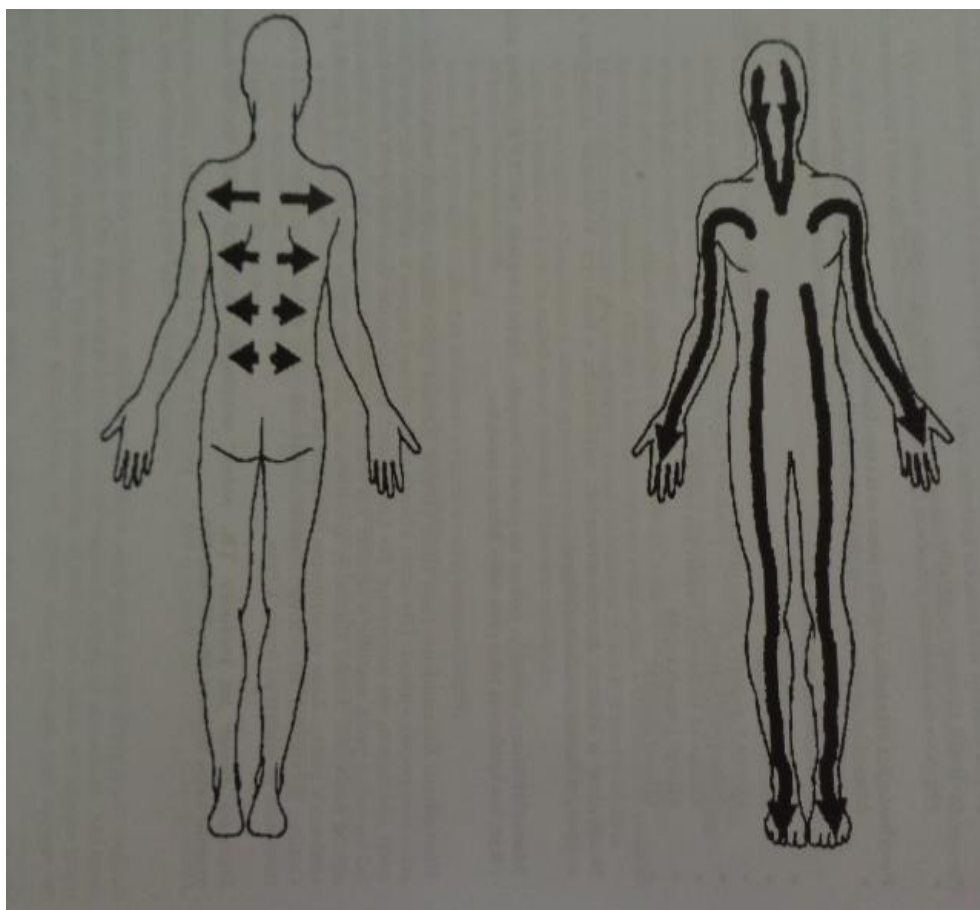


(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

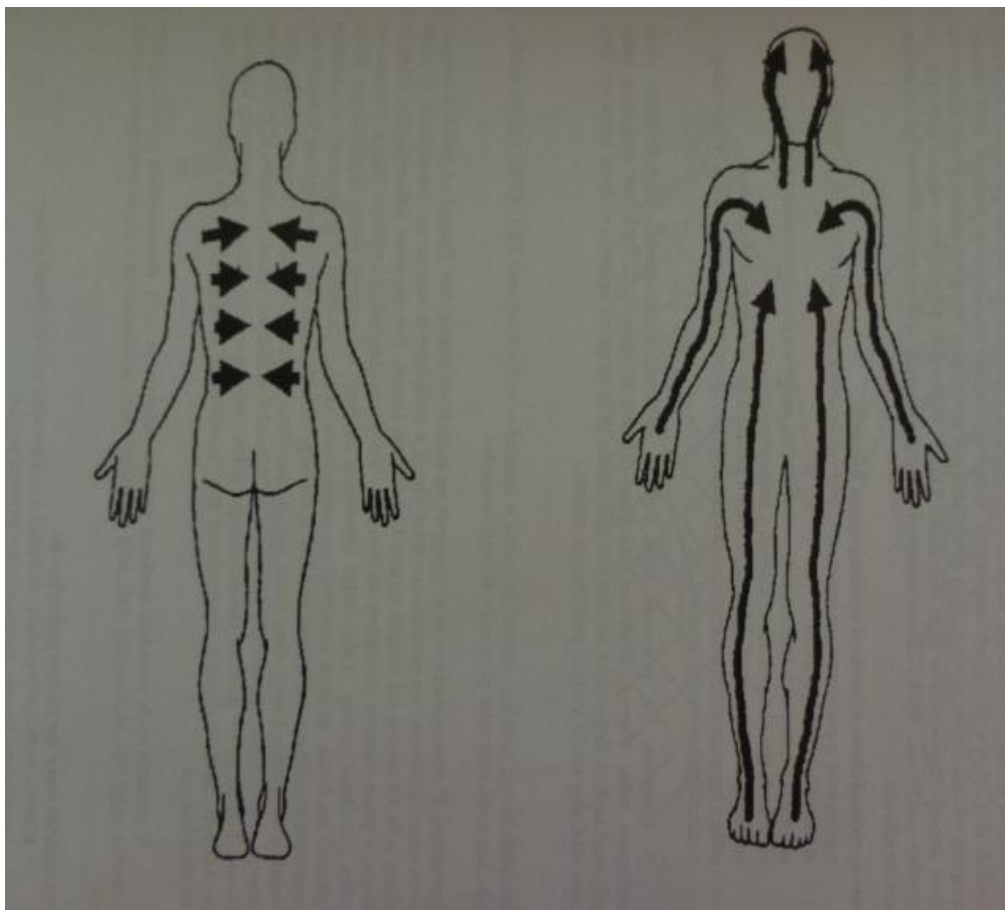


**Příloha č. 4 Fotodokumentace – metody BS.**

Obrázek č. 3 – Somatická stimulace zklidňující



Obrázek č. 4 – Somatická stimulace povzbuzující



(Zdroj: Friedlová 2006)