Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

POSOUZENÍ PSYCHICKÉ A FYZICKÉ ZÁTĚŽE SESTER V OŠETŘOVÁNÍ KLIENTA S APALICKÝM SYNDROMEM

Bakalářská práce

Vedoucí práce
Bc. Alena Polanová

Autor práce
Helena Prokešová

2008

Evaluation of mental and physical stress of nurses treating clients with Apallic Syndrome

Thanks to modern medicine there is a growing number of patients with apallic syndrome. They are hospitalized in various hospital units. Treating such patients is without question demanding with regard to instruments needed in hospital units, with regard to staffing but high demands are also set on nursing staff who are supposed to provide specialist and difficult care. Providing such care is mostly in competence of a nurse for whom it may represent greater or smaller mental and physical stress. As a result the quality of provided care may be influenced.

The objective of my thesis was to evaluate mental and physical stress of nurses providing care to clients with apallic syndrome depending on hospital unit.Two hypotheses were stated. H1: Mental stress of nurses working in apallic unit is lower than the stress of nurses working in other hospital units. H2: Physical stress of nurses working in apallic unit is lower than the stress of nurses working in other hospital units. I used the method of questioning (questionnaire method) to achieve the objective and to verify the hypotheses. The research set of data consisted of 87 nurses from three types of hospital units. Evaluation of results showed that: H1 - Mental stress of nurses working in apallic unit is lower than the stress of nurses working in other hospital units - was confirmed. H2 - Physical stress of nurses working in apallic unit is lower that the stress of nurses working in other hospital units - was not confirmed.

In the last part of my thesis I suggested recommendations to key personnel of hospital units where the research work was carried out. The results of the research show that nurses working in standard units and in intensive care units suffer from greater mental stress while taking care of patients with apallic syndrome. Nurses working in apallic units suffer from greater physical stress while taking care of patients with apallic syndrome.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Posouzení psychické a fyzické zátěže sester v ošetřování klienta s apalickým syndromem 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 jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích …….

podpis studenta

Poděkování

Děkuji Bc. Aleně Polanové za cenné rady, podněty, připomínky a mnoho pochopení při zpracování bakalářské práce.

Obsah:

Úvod……..3

1. Současný stav..... 4

1.1 Apalický syndrom..... 4

1.1.1 Vysvětlení pojmu apalický syndrom..... 4

1.1.2 Fyziologie centrální nervové soustavy..... 5

1.1.3 Patofyziologie apalického syndromu..... 6

1.1.4 Příčiny vzniku apalického syndromu, vyšetření a diagnostika apalického syndromu……8

1.1.5 Vývojová stádia apalického syndromu a jeho prognóza..... 8

1.2 Ošetřovatelská péče u klienta/pacienta s apalickým syndromem 10

1.2.1 Péče o kůži..... 10

1.2.2 Péče o dýchací cesty, dutinu ústní, sliznice, oči, uši..... 11

1.2.3 Péče o vyprazdňování..... 11

1.2.4 Péče o nazogastrickou sondu, perkutánní endoskopickou gastrostomii .. 12

1.2.5 Monitorace fyziologických funkcí..... 13

1.2.6 Podávání léků..... 14

1.2.7 Péče o invazivní vstupy 15

1.2.8 Rehabilitační ošetřování..... 15

1.2.9 Komunikace a podpora psycho-sociálních potřeb klienta/pacienta s apalickým syndromem..... 16

1.3 Psychická zátěž sestry 16

1.3.1 Zátěžové situace, zátěž a stres..... 16

1.3.2 Taxonomie zátěžových situací 17

1.3.3 Faktory odolnosti vůči zátěži 18

1.3.4 Reakce na zátěž – vztah sestry k těžce nemocným 19

1.3.5 Psychická zátěž sestry 20

1.3.6 Zátěž sestry na jednotce intenzivní péče..... 21

1.3.7 Syndrom vyhoření (Burn – out syndrom) 21

1.4 Fyzická zátěž **23**
1.4.1 Aktivní a pasivní pohybový systém *23*
1.4.2 Fyzická únava *24*
1.4.3 Fyzická zátěž v práci sestry *25*
2. Cíl práce a hypotézy **26**
2.1 Cíl práce **26**
2.2 Hypotézy práce **26**
3. Metodika **27**
3.1 Použité metody **27**
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru **27**
4. Výsledky **29**
5. Diskuse.. ..... **58**
6. Závěr…. **67**
7. Seznam použitých zdrojů **69**
8. Klíčová slova **72**
9. Přílohy……**73**

Úvod

Díky moderní medicíně klientů/pacientů s apalickým syndromem přibývá. Jsou hospitalizováni na různých ošetřovacích jednotkách.

Ošetřovatelská péče u těchto klientů/pacientů je bezesporu náročná nejen na přístrojové vybavení ošetřovacích jednotek a na personální obsazení, ale velké nároky jsou kladeny i na ošetřovatelský personál, který má poskytovat odbornou a náročnou ošetřovatelskou péči.

Sestry pracující na apalických jednotkách mohou být zatíženy nemožností verbálního kontaktu s klientem/pacientem, stereotypem ošetřovatelské péče, ztrátou víry ve zlepšení klientova/pacientova zdravotního stavu a každým jeho zhoršením. K ošetřování klientů/pacientů je přistupováno automaticky, na druhé straně se personál snaží o zlepšování podmínek ošetřovatelské péče, zútulňování okolí klienta/pacienta a o hledání alternativ v ošetřovatelské péči (19).

Ale nejen sestry na těchto jednotkách jsou ohroženy. Sestry ostatních ošetřovacích jednotek, kde jsou klienti/pacienti s tímto syndromem hospitalizováni jsou ohroženy jiným typem zátěže. Některé se s těmito klienty/pacienty setkávají poprvé, jiné po delší době. Tito klienti/pacienti pro ně mohou představovat zátěž z hlediska času potřebného k poskytování ošetřovatelské péče. Je jim nutné poskytovat odbornější ošetřovatelskou péči, sestry jsou postaveny tváří v tvář člověku s vážnou diagnózou, jehož zdravotní stav se většinou nijak výrazně nelepší.

Toto téma jsem si zvolila proto, že pracuji na oddělení, kde jsou klienti/pacienti s apalickým syndromem také hospitalizováni. Není sporu o tom, že péče, kterou tito klienti/pacienti vyžadují, je pro mě i mé kolegyně, jako sestry, psychickou či fyzickou zátěží. V této práci jsem se zaměřila na to, zda je tato zátěž více psychická či fyzická, zda ovlivňuje poskytování péče a zda má vliv na tuto zátěž částečně také druh ošetřovací jednotky, kde je klient/pacient umístěn.

1. Současný stav

Po odeznění akutního stádia jsou stabilizovaní klienti/pacienti s apalickým syndromem hospitalizováni na různých ošetřovacích jednotkách standardního, intenzivního typu nebo na tzv. apalických jednotkách. Na každé jednotce je klientům/pacientům personálem poskytována veškerá dostupná péče na základě osvědčených metod i nejnovějších poznatků. Poskytování této péče je většinou v kompetenci sestry, pro kterou může představovat větší či menší psychickou a fyzickou zátěž. Obě tyto zátěže pak mohou mít vliv nejen na kvalitu poskytované péče, ale i na sestry samotné. Proto je potřeba věnovat pozornost ošetřovatelské péči jako takové, ale zároveň také sledovat zátěž sester při jejím poskytování.

1.1 Apalický syndrom

1.1.1 Vysvětlení pojmu apalický syndrom

Název apalický syndrom byl poprvé použit v roce 1940 p. Kretschmerem pro charakteristické postižení mozku vznikající jako následek závažných stavů postihujících mozkovou tkáň (3). P. Gerstenbrandem byl v roce 1967 vytvořen podrobnější popis (3).

Výraz apalický vychází z termínu pallium, což znamená bez kůry mozkové. Tento termín akceptujeme jako termín vycházející z představy nefungující mozkové kůry (12). Projev dezintegrace činnosti mozku s propojením korových oblastí a mozkového kmene je definován jako apalický syndrom (3). Apalický syndrom je zvláštním typem poruchy vědomí, jehož základním rysem oproti klasickému „nebdělému“ bezvědomí – komatu, je bdělost s otevřenýma očima (2).

Jde o těžké postižení kortikosubkortikální úrovně, při níž je zachována funkce mozkového kmene. Tomuto klinickému obrazu většinou předchází těžké postižení celého mozku s klinickým obrazem kómatu a s následnou reparací jen odolnějších, fylogeneticky starších struktur mozkového kmene (17).
Jde o stabilizovaný následek těžkého postižení mozku (21).

1.1.2 Fyziologie centrální nervové soustavy

Neuron je základní stavební jednotkou nervové tkáně. Skládá se z těla nervové buňky a jejích dostředivých a odstředivých výběžků. Buňky jsou vždy v centrálním nervovém systému nebo v jeho těsném sousedství. Ale jejich výběžky mohou zasahovat značně daleko – mimo centrální nervstvo. Výběžky nervových buněk jsou dvojí axony a dendrity. Axon vede informace odstředivě. Dendrity dostředivě – od čidla do těla buňky uložené v centrálním nervovém systému nebo v jeho blízkosti.V centrálním nervstvu neurony tvoří složité prostorové sítě, neboť jejich výběžky se vzájemně spojují dotykem (6).

Mezi nervovými buňkami jsou v centrálním nervstvu i buňky, které zajišťují výživu, chrání a fagocytují poškozené neurony. Nazýváme je buňky gliové. Ty tvoří stavebně i funkčně jakési „vazivo nervové tkáně“ a můžeme je podle tvaru a funkce dělit do tří skupin:

1. Astrocyty jsou rozvětvené, hvězdicovité buňky s dlouhými výběžky. Kromě podpůrné funkce v krevním oběhu mají důležité funkce při zajištění látkové výměny neuronu.
2. Oligodendroglie, které se pravděpodobně podílejí i na elektrické aktivitě mozku.
3. Mikroglie, které se účastní obranných a „úklidových“ reakcí v centrálním nervstvu (6).

Mozková kůra, cortex cerebri, je v souladu s funkční a stavební hierarchií nervového systému nejvyšším řídícím centrem pro většinu funkcí, které nervová soustava zabezpečuje. Kůra pokrývá obě mozkové polokoule (hemisféry), na kterých vytváří 2-5 mm silný plášť. Tvoří povrchovou vrstvu koncového mozku. Skládá se z nervových buněk, které svými výběžky tvoří prostorovou síť vzájemně propojených neuronů. Podle typických zářezů a rýh můžeme každou hemisféru rozčlenit na lalok čelní, temenní, týlní a spánkový. Podle počtu buněčných vrstev a typů buněk, které ji tvoří, členíme mozkovou kůru na řadu oblastí. K většině těchto oblastí můžeme přiřadit určité funkce, jejichž řízení neurony dané oblasti zajišťují (6).

Funkce mozkové kůry. Mozková kůra je nejvyšším centrem reflexních oblouků, ve kterých může probíhat rozbor vzruchů a jejich převod do odpovědi. Korové analyzátory

si můžeme představit jako políčka, která se skládají z obrovského počtu neuronů, kde končí a odkud vycházejí mozkové dráhy (6).

Analyzátory:

1. Motorický analyzátor je uložen v kůře čelního laloku a řídí vědomé, chtěné a vůlí ovládané úmyslné pohyby.
2. Analyzátor kožní citlivosti leží v těsné blízkosti motorického analyzátoru, dochází zde k „uvědomování si“ svého těla, k vnímání senzitivních podnětů z nejrůznějších receptorů a k vnímání bolesti.
3. Zrakový analyzátor pokrývá kůru týlního laloku, zde končí vlákna zrakových drah a dochází k syntéze obrazů zaznamenávaných receptory sítnice “televizní obrazovka“.
4. Sluchový a vestibulární analyzátor je uložen v kůře spánkového laloku.
5. Čichový analyzátor je uložen v kůře na spodní ploše čelních laloků (6).

1.1.3 Patofyziologie apalického syndromu

Ve stádiu VASK (vlastního apalického symptomového komplexu) se vyskytuje dvanáct symptomů:

1. Porucha vědomí – coma vigile. Klient/pacient má otevřené oči, upřené do prázdna, nefixující okolní svět. Má silně zvýšen svalový tonus. Klient/pacient je v kómatu při současném bdění, ale dochází i k období spánku.
2. Porucha fyziologického rytmu spánku a bdění. Změna bdění na spánek se děje nezávisle na denní době. Fáze bdění trvá zprvu jen několik minut, je podstatně kratší než fáze spánku. Ve zvláště hluboký spánek upadají klienti/pacienti po zátěži (umývání, stlaní, příjem potravy).
3. Reflexní primitivní motorika na senzitivní podněty. Generalizovanou odpovědí všech končetin a trupu reaguje klient/pacient na podněty ze zevního prostředí. Pohyby jsou neuspořádané a nápadně zpomalené (26)..
4. Emoční reakce chybí.
5. Anomální držení končetin a hlavy. Horní a dolní končetiny jsou ve flexi s možnou jednostrannou převahou, svaly trupu a hlavy mají zvýšený tonus, hlava je někdy výrazně flektována či otočena ke straně, polohu končetin změnit nelze.

6. Motorické primitivní šablony: orální automatizmy – na podnět v oblasti úst klient/pacient otevírá ústa, mlaská, polyká. Klient/pacient nejčastěji zachytí předmět do úst, přidrží zuby a bezprostředně potom nastanou pravidelně automatické sací pohyby - skřípání zubů (26).

7. Poruchy vegetativních funkcí. Labilita až kolísání tonu sympatiku a parasympatiku v průběhu bdění a spánku, projevy ve změnách krevního oběhu, srdeční činnosti a tělesné teploty. Dochází také k poruchám metabolizmu, výraznému snížení rezistence organismu vůči infekci, případně kachexie při výrazném přísunu živin.

8. Poruchy optomotoriky. Rozbíhavé postavení bulbů. Zornice bývají izokorické i anizokorické, líně reagující na osvit.

9. Příznaky z postižení pyramidové dráhy, tomu odpovídající zvýšení svalového tonu – elasticita (26).

10. Inkontinence je vždy centrálního původu, přechodného charakteru.

11. Nacházíme ztuhlost společně s elasticitou, sníženou mimiku.

12. Okální symptomy na základě dalších ložiskových poškození mozku (26).

Výpadkem funkce velkého mozku jsou způsobeny první čtyři příznaky vlastního apalického symptomového komplexu , další tři jsou způsobené autonomní funkcí mozkového kmene po vyřazení mozkové kůry. Zbývajících pět následkem funkčního nebo lokálního anatomického postižení určitého systému (26).

Průběh vlastního apalického symptomového komplexu se vyznačuje stabilizací celkového obrazu s určitými změnami v jednotlivých příznacích. Přibývá více bdění. Může se zvýraznit flekční držení těla a končetin, především ve velkých kloubech dochází k vytváření kloubních změn. Žvýkací automatizmy postupně vymizí, mírně se upravují i vegetativní funkce, trvá inkontinence. Dochází k zástavě kachexie, může být i malý váhový přírůstek. V průběhu vlastního apalického symptomového komplexu dochází k mnoha změnám a na mnoha úrovních může dojít k mírnému zlepšování (26).

1.1.4 Příčiny vzniku apalického syndromu, vyšetření a diagnostika apalického syndromu

Nejčastější příčinou poškození mozkové kůry a podkoří včetně některých přívodných a vývodných drah mozku (12) jsou těžká kraniocerebrální poranění, difúzní hypoxická poškození mozku při srdeční zástavě či kardiopulmonální resuscitaci, tonutí a další stavy spojené s mozkovou hypoxií, dále těžké intoxikace a závažné infekce centrální nervové soustavy. Hlavní roli při vzniku apalického syndromu hraje hypoxie mozkové buňky, a to i v případech kraniocerebrálního poranění, kde následky poranění korelují nejvíce se selháním oběhové a dechové funkce vzniklým v souvislosti s úrazem. Základní význam pro prevenci rozvoje těžkého difúzního poškození mozku má rychlost stabilizace základních životních funkcí (3).

U klientů/pacientů s apalickým syndromem mohou být prováděna různá diagnostická vyšetření: nativní RTG snímky – lebky a páteře, výpočetní tomografie – CT je přímou vyšetřovací metodou, magnetická rezonance – MRI je novou metodou v zobrazovací diagnostice, zcela nezatěžující klienta/pacienta. Vyšetření je neinvazivní, nevystavuje klienta/pacienta ionizujícímu záření, elektroencefalografie – EEG je vyšetřovací metoda pomocná, sloužící k registraci bioelektrických mozkových potenciálů (25).

1.1.5 Vývojová stádia apalického syndromu a jeho prognóza

Vývoj apalického syndromu probíhá ve čtyřech stádiích. Iniciální stádium - v jeho vývoji jsou rozlišovány 4 fáze. V první fázi, se prohlubuje porucha vědomí, která je provázena psychomotorickým neklidem, klient/pacient otevírá oči na bolestivý podnět. Pro druhou fázi je charakteristické střídání se postavení bulbů v divergenci /rozbíhání/ a konvergenci /sbíhání/, bývá svalová hypertonie. Ve třetí fázi klient/pacient nereaguje na zevní podněty, má hlubokou poruchu vědomí a bulby jsou v divergentním postavení. Pro čtvrtou fázi je typické hluboké bezvědomí, svalová hypertonie a mydriáza. Na alogický podnět reaguje klient/pacient decerebračními křečemi, bulby jsou v divergentním postavení (3).

Přechodné stádium - zde pozorujeme 3 přechodné stavy. Coma prolomte trvá 1-5 dnů, je provázeno komatózním stavem bez decerebračních křečí, trvá hypertonie

svalová, divergence bulbů, objevují se žvýkací automatismy, pocení, teploty. Porucha spánku trvá 1-5 dnů, je provázena těžkou poruchou vědomí a flekční odpovědí na alogický podnět, žvýkací automatismy se zvýrazňují. Stabilizují se vegetativní funkce. Klient/pacient na pohled působí dojmem spící osoby. V dalším vývoji nastává stav označovaný jako kinetický mutismus trvající 2-10 dnů. Stav je provázen zvláštní poruchou vědomí nazývanou coma vigile. Klient/pacient má otevřené oči, objevuje se centrální spastická kvadruparéza většinou s jednostrannou převahou, jsou přítomny bloudivé pohyby bulbů, vegetativní funkce jsou stabilizovány, objevují se hmatové orální mechanismy, charakteristický je váhový úbytek, dekubity a inkontinence (3).

Vlastní apalický syndrom - označovaný jako coma vigile je charakterizován příznaky způsobenými výpadkem funkce velkého mozku, jako jsou poruchy fyziologického rytmu spánku a bdění, chybí emoční reakce, reflektorická primitivní motorika vyvolaná senzitivními podněty. Horní i dolní končetiny jsou ve flekčním postavení, objevují se primitivní motorické šablony (orální automatismy), poruchy vegetativních funkcí projevující se labilitou a kolísáním tonu sympatiku a parasympatiku. Trvají poruchy optomotoriky, kvadruspasticita, inkontinence. Současně trvají příznaky vzniklé následkem funkčního nebo lokálního anatomického postižení určitého systému (3).

Remise apalického syndromu - ústup coma vigile. Nástup syndromu Kluvej Bucy, kdy klient/pacient vyhoví nejjednodušší výzvě a je obnoven rytmus spánku a bdění. Klient/pacient má spontánní obranné pohyby, neklid rukou, uchopuje předměty, dává si je do úst. Předměty nerozeznává, chybí reakce strachu, studu, rozvíjí se frontální syndrom. Klient/pacient je desorientován časově a místem s poruchou pozornosti. Má poruchy chápání, představivosti, paměti, pozornosti a projevuje se u něj emoční labilita což je označováno jako organický psychosyndrom. V průběhu vývoje se objevuje reakce na zevní podněty, cílená motorika, první projevy efektivity a konečně i slovní projevy (3).

Prognostické faktory - s přibývajícím věkem od 40. roku života se prognóza zřetelně zhoršuje. Prognózu rovněž velmi zřetelně zhoršují předchozí poškození mozku, GCS < 5 musí být považováno za nejhorší prognostické kritérium. Při dokonalé péči o

vnitřní prostředí, prevenci infekcí a dekubitů, nemocný žije týdny, měsíce i roky. Prognóza je však krajně nepříznivá (21).

1.2 Ošetřovatelská péče u klienta/pacienta s apalickým syndromem

1.2.1 Péče o kůži

Kůže má důležitou úlohu v obraně organismu před škodlivými vlivy. Pouze kůže zdravá, dobře hydratovaná a nenarušená může plnit ochrannou funkci (14).

Prevence proleženin (dekubitů) – lokalizovaná oblast buněčného poškození, vzniklá poruchou mikrocirkulace a z ní vyplývající hypoxie, vyvolaná tlakem, se nazývá proleženina (dekubitus). Nejčastěji k tomuto poškození tkáně dochází mezi kostní vyvýšeninou a pokožkou s minimální vrstvou svalové hmoty. Dle Torrancovy klasifikace dělíme proleženiny do 5 stádií. Příčiny vzniku proleženin jsou nepřerušený tlak, tření a třecí síla. Faktory ovlivňující vznik dekubitů – tlak, tření, vlhkost, mobilita, poruchy centrální nervové soustavy, věk, výživa, tělesná teplota, souběžná nemoc. Sestra musí tuto problematiku znát. Jejím hlavním cílem je identifikace klientů/pacientů ohrožených vznikem dekubitů a vypracování individuálních preventivních postupů. K určení rizika lze použít již vypracovaná hodnocení. Nejznámějším a nejjednodušším hodnocením je tabulka dle Nortonové (viz Příloha 2)(14).

Sestra v prevenci proleženin (dekubitů) odstraní či sníží tlak třecích a střižných sil polohováním, které je základním a nejúčinnějším prostředkem proti vzniku proleženin. Změny polohy provádí v přesných časových úsecích. Pro snadnější orientaci jsou používány tzv. polohovací záznamy (viz Příloha 3). Dále provádí úpravu lůžka, které by mělo být přiměřeně měkké, nesležené a hladce ustlané. Používá vhodných pomůcek k polohování např. podložní korýtka, válce, kvádry, kruhy, klíny, antidekubitární matrace nebo speciální lůžka „Clinitron“ (viz Příloha 4). K samotné změně polohy klienta/pacienta pak používá např. podložku či polohovací lůžko. Zajišťuje dostatečnou hydrataci a výživu klienta/pacienta, jež se také na vzniku proleženin (dekubitů) významně podílí. Zajišťuje kompletní hygienu a v případě již vzniklé proleženiny zajišťuje či provádí její lokální ošetření dle ordinace lékaře (14).

1.2.2 Péče o dýchací cesty, dutinu ústní, sliznice, oči, uši

Je nutné, aby klient/pacient měl dostatečnou saturaci kyslíkem, zajištěny volné dýchací cesty a nejevil známky přítomnosti celkové ani místní sepse.

Endotracheální kanyla, později tracheostomická kanyla, se zavádí na zabezpečení a udržení průchodnosti dýchacích cest. U klientů/pacientů v bezvědomí pro prevenci aspirace a pro odstraňování tracheobronchiálních sekretů (15).

Péče o chrup – čištění chrupu zubním kartáčkem. Zubní hygienu provádíme alespoň 2x denně.

Zvláštní péče o dutinu ústní, do které patří péče o sliznici dutiny ústní a jazyk, a jsou při ní, dle zvyklosti zdravotnických zařízení, používány borax-glycerinový olej, roztok heřmánku, roztok peroxidu vodíku, speciální štětičkou napuštěnou citronovou šťávou a olejem.

Péče o oči – sestra provádí hygienu a kontrolu, zda se neobjevuje patologický sekret, eventuelně podává léky dle ordinace lékaře.

Péče o uši – sestra provádí kontrolu sekrece a hygienu (14).

1.2.3 Péče o vyprazdňování

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu. Z tohoto hlediska zajišťuje pravidelné, přiměřené uspokojování této potřeby rovnováhu (homeostázu) v organismu. Vyprazdňování zasahuje intimní sféru člověka a proto by sestra měla dbát na zajištění intimity klienta/pacienta. U klientů/pacientů s apalickým syndromem dochází k poruše defekace, celkové inkontinenci. Klient/pacient není schopen kontrolovat odchod stolice normální konzistence. Na tuto poruchu mohou navazovat i další. Zejména dietní chyby mohou vyvolat průjem a plynatost. Následkem imobilizace může dojít k zácpě či paradoxnímu průjmu u těžké zácpy. Úkolem sestry je adekvátní péče o kůži, okolí konečníku a včasné upozornění lékaře (24).

Rovněž při vylučování moče dochází u klientů/pacientů s apalickým syndromem k celkové inkontinenci, kontinuálnímu, spontánnímu odchodu moče**.** Proto je u těchto

klientů/pacientů zaveden permanentní močový katétr, který je napojen na uzavřený sterilní systém (4).

Aktivity sestry u klienta/pacienta s permanentním močovým katétrem jsou zaměřeny především na zajištění bezproblémového odtoku moče a prevenci infekce močových cest. Sestra dbá na dostatečný přísun tekutin, provádí hygienu perinea a ústí močové trubice. Provádí výměnu uzavřeného sterilního systému dle standardu oddělení. Kontroluje funkčnost permanentního močového katétru (14).

U některých klientů/pacientů je zavedena epicystostomie (chirurgické vyústění močového měchýře břišní stěnou). Sestra provádí stejné aktivity jako v případě permanentního katétru s tím, že musí denně nebo dle ordinace lékaře provést sterilní převaz epicystostomie.

1.2.4 Péče o nazogastrickou sondu, perkutánní endoskopickou gastrostomii

U klientů/pacientů s apalickým syndromem musí být zvolen jeden z alternativních způsobů příjmu potravy, neboť nejsou schopni přijímat potravu ústy bez rizika aspirace. K těmto způsobům patří parenterální či enterální metody. Parenterální metoda je spíše užívána u klientů/pacientů v akutním stádiu. V dalších stádiích se pozvolna přechází k metodám enterélním. Nejčastěji je používána nasogastrická sonda, která je zavedena do žaludku nebo tenkého střeva. Podání výživy může probíhat kontinuálně, celých 24 hodin pomocí pumpy, nebo v předepsaných časových intervalech (bolusově). Směsi určené pro výživu jsou dnes již většinou připravovány komerčně. Další volbou jsou jídelnou připravené tekuté diety, které jsou klientům/pacientům podávány pomocí Janetovy stříkačky. Sestra ověří aspirací žaludeční obsah, který by neměl být před podáním dávky větší než 50 ml, a podá předepsané množství stravy. Po jejím podání sondu propláchne čajem, aby nedošlo k jejímu ucpání stravou. Přesná dávka podávané potravy je většinou určena lékařem, nebo je dána směrnicemi zařízení. Sestra by měla znát problematiku výživy, umět hodnotit stav výživy klienta/pacienta, znát dietní systém, neboť objednává klientovi/pacientovi stravu. Pečuje o sondu, udržuje její průchodnost, kontroluje její uložení. V případě podávání výživné směsi kontroluje její expiraci (11).

Někteří klienti/pacienti mohou mít zavedenu perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG), zavedení PEG katétru do žaludku. Tato metoda slouží k podávání stravy přímo do žaludku nebo do tenkého střeva. Její výhodou je nejmenší riziko aspirace. Jestliže má klient/pacient PEG zaveden, provádí sestra sterilní převaz rány dle standardů oddělení či ordinace lékaře (11).

1.2.5 Monitorace fyziologických funkcí

Klienti/pacienti s apalickým syndromem jsou převážně hospitalizováni do stabilizace stavu, na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, nebo na jednotkách intenzivní péče. Ale i na standardních jednotkách u nich sestra provádí monitoraci fyziologických funkcí (14).

Sestra monitoruje krevní tlak a zajišťuje jeho měření vhodnou metodou. Provádí přesné zdokumentování zjištěných hodnot. Při zaznamenání patologických hodnot informuje lékaře. U klientů/pacientů s apalickým syndromem lze v akutním stádiu provádět měření také arteriálního krevního tlaku pomocí invazivního vstupu. Zde sestra zajišťuje navíc kontrolu polohy vstupu, průchodnost kanyly, sterilní převazy místa invazivního vstupu a kontrolu monitorace (14).

V souvislosti s měřením pulsu sestra sleduje nejen puls samotný (frekvenci, kvalitu a výkyvy v hodnotách), ale také celkový stav klienta/pacienta, jeho tělesnou teplotu a barvu kůže. Provádí přesnou dokumentaci. Při zaznamenání patologických hodnot informuje lékaře (14).

V rámci monitorace dechu dbá sestra o udržení a zajištění průchodnosti dýchacích cest, sleduje vlastnosti dechu (frekvenci, hloubku, rytmus a charakter), hodnotí vynaloženou námahu klienta/pacienta při dýchání a používá správné techniky hodnocení. Provádí přesnou dokumentaci zjištěných hodnot. Při potřebě zajišťuje zvlhčování vzduchu a při záznamu patologických hodnot informuje lékaře (14).

Monitoraci vědomí provádí sestra za pomoci škály GCS (Glasgow Coma Scale) (viz Příloha 5), která je nejvíce rozšířenou škálou pro sledování klientů/pacientů s poruchou vědomí. Díky ní je vyhodnocení stavu vědomí klienta/pacienta rychlé a

jednoduché. Stav klientů/pacientů lze monitorovat kontinuálně. Bodové ohodnocení mezi 3 (nejhlubší kóma) a 15 (plným vědomím) je vyhodnocením otevření očí, motorickou a verbální odpovědí (25). U klientů/pacientů s apalickým syndromem se nejčastěji setkáváme s hodnotou GCS 8 a méně. Tato hodnota značí těžkou poruchu vědomí (21).

V monitoraci tělesné teploty je pro sestru důležité zvolení vhodného místa k měření. Lze provádět měření pravidelné, dle zvyklosti oddělení nebo dle ordinace lékaře. Při patologii hodnot je nutné informovat lékaře a podávat léky dle jeho ordinace (14).

Monitorace příjmu a výdeje tekutin vede k zajištění přiměřené bilance mezi příjmem a výdejem stravy a tekutin. Sestra provádí pravidelné zapisování podávaných tekutin či stravy jakoukoliv formou. Pravidelně zapisuje množství odpadních tekutin z organismu. Sleduje bilanci příjmu a výdeje nejméně dvakrát denně nebo dle ordinace lékaře. Při patologických hodnotách lékaře informuje.

1.2.6 Podávání léků

Klintům/pacientům s apalickým syndromem jsou léky podávány parenterálně nebo enterálně.

Při parenterálním podání mohou být využity všechny druhy injekčních aplikací: subkutánní, intramuskulární, intradermální i intravenózní. Při enterálním podání jsou používány sondy či perkutánní endoskopické gastrostomie. Jestliže nejsou k dispozici tekuté formy léků, musí se tablety nebo prášky rozdrtit a před podáním rozpustit ve vodě nebo čaji a takto připravené aplikovat (11).

Při jakémkoliv podání léků by měla sestra znát jejich účinky, ovládat způsob jejich podání, kontrolovat jejich expiraci a provádět řádnou dokumentaci o podání léku dle standardu oddělení (11).

1.2.7 Péče o invazivní vstupy

Je péčí o veškeré invazivní vstupy do těla klienta/pacienta.
Zahrnuje péči o tracheotomii, permanentní močový katétr, nasogastrickou sondu nebo perkutánní endoskopickou gastrostomii.

Péče o centrální žilní katétr (CŽK), později periferní kanylu.

Indikací k zavedení centrálního žilního katétru je těžký zdravotní stav klienta/pacienta, měření centrálního žilního tlaku, klient/pacient vyžadující dlouhodobou metabolickou péči. V péči o tento invazivní vstup sestra provádí sterilní převaz místa vstupu dle potřeby, výměnu infuzních setů používaných u klienta/pacienta 1x za 24-48 hodin nebo dle zvyklosti oddělení a záznam do dokumentace. Komplikace centrálního žilního katétru jsou sepse, embolizace, ucpání katétru, paravenózní zavedení katétru a vznik hematomu, pneumotorax, hemotorax, atd. (14).

1.2.8 Rehabilitační ošetřování

Je způsob aktivního ošetřování, jenž využívá určité prvky fyzioterapie a ergoterapie. Vede k aktivaci klienta/pacienta a je prevencí komplikací z hypomobility. Je třeba spolupráce sestry s fyzioterapeutem a ergoterapeutem. U klientů/pacientů s apalickým syndromem provádí sestra pasivní rehabilitační ošetřování, které zahrnuje polohování a pasivní pohyby. Cílem rehabilitačního ošetřování je prevence komplikací svalové atrofie a kontraktury, cirkulační poruchy, kloubní ztuhlosti, dekubitů (20).

Polohování je střídání poloh těla nebo jeho částí v určitých časových intervalech a ve správném postavení páteře a velkých kloubů. Jeho cílem je zabránit vzniku kloubních deformit a kontraktur a zabránit vzniku dekubitů (20).

Pasivní pohyby jsou pohyby prováděné přístrojem nebo druhou osobou. Jejich cílem je udržet fyziologickou délku svalů, udržet hybnost kloubů nebo zvětšit rozsah kloubní pohyblivosti a stimulace proprioceptorů (zachování činnosti spojů v řízení hybnosti a nervových drah) (20).

1.2.9 Komunikace a podpora psycho-sociálních potřeb klienta/pacienta s apalickým syndromem

Sestra nesmí zapomínat na sesterskou etiku ani u klientů/pacientů, kde nemá zpětnou vazbu. U klientů/pacientů s apalickým syndromem může vzniknout mylný dojem, že tento klient/pacient nás nevnímá, neslyší, co říkáme a je někde jinde. Sestra by měla s tímto klientem/pacientem zacházet vlídně, mluvit na něj, pohladit ho (4). Dotek a pohlazení jsou jedním z projevů lásky, který může sestra klientovi/pacientovi nabídnout a jimiž konkrétně fyziologicky působí (podporují rovnováhu vegetativního nervového systému, vedou k relaxaci spastického svalstva, přinášejí pocit bezpečí a osobního přesahu, což klienti/pacienti s apalickým syndromem potřebují) (1). Klient/pacient by měl být sestrou při veškerých ošetřovatelských činnostech, se svolením rodiny, oslovován křestním jménem (12). Jde o to, aby klient/pacient s apalickým syndromem měl co nejvíce vjemů. K tomuto můžeme využít např. puštěné televize v pokoji klienta/pacienta, vyzdobení pokoje fotkami známých. Nikdo nemůže vědět, jak takový klient/pacient vnímá i přes to, že kritéria hodnocení vědomí jsou objektivně daná (4).

Rodina je v kontaktu s klientem/pacientem nezastupitelná a jejím členům jsou doporučovány časté návštěvy (4). Je nutné klást důraz na spolupráci s rodinou a to nejen s ní hovořit, ale také ji instruovat, jak mohou pomoci. Zejména v oblasti psychické a sociální. Zdůraznit jejich úlohu v léčebném procesu (23).

1.3 Psychická zátěž sestry

1.3.1 Zátěžové situace, zátěž a stres

O psychické zátěži můžeme hovořit jako o náročných životních situacích, se kterými se člověk vyrovnává technikami odvozenými buď od agrese nebo od úniku a jež mohou mít na jeho zdraví různý dopad. Zátěžové situace tvoří přirozenou součást života, dokonce o nich můžeme mluvit jako o nezbytné a přirozené součásti normálního utváření osobnosti. Ale v silách jedince není se na ně přiměřeně adaptovat, pokud se takové situace stanou neúměrně silnými, případně se kumulují v omezeném časovém úseku (9).

Pojmu stres se v současnosti často používá ve smyslu psychické zátěže, popřípadě se stresem rozumí zvláštní forma zátěže, kdy musí organismus mobilizovat rezervní zdroje energie pro činnost; přitom je zcela lhostejné, zda jde o působení fyzikální povahy nebo psychosociální, a také jestli je původní vyvolávající činitel příjemný nebo nepříjemný. Významným činitelem je způsob osobní interpretace významu nějakého podnětu vyvolávajícího stres, jeho vnímání, dále skutečnost, že stresový stav jedince je možno navodit nejen přímým podnětem, ale také k němu dochází v důsledku předjímání, očekávání, popřípadě vybavením nějaké vzpomínky nebo minulé zkušenosti. Psychický stres je tedy významně vázán na hodnocení situace, která může být pro člověka buď skutečně ohrožující, nebo stačí, abychom ji jako ohrožující pouze subjektivně vnímali (9).

Posoudit, co není nebo je škodlivé pro konkrétního jedince, je proto velmi závislé na něm samotném, tedy na tom, jak „stresovou“ situaci hodnotí. Při zvládání zátěžových situací záleží tedy na našich emocích, na naší připravenosti, dovednosti a znalosti (9).

A právě v tom se lišíme, co pro nás je přijatelnou nebo nepřijatelnou zátěží. Na zátěžové situaci samotné i na osobních charakteristikách jednotlivce závisí, jestli se budeme chovat „přiměřeně“ nebo neadaptivně. Pokud ale objektivní požadavky na interakci jedince s prostředím narůstají a jsou v rozporu s jeho subjektivními předpoklady, začíná se člověk vyrovnávat se situací pouze s vypětím svých sil. Je-li situační tlak na člověka větší než jeho schopnost danou situaci řešit a on psychicky selhává, pak se to promítá do snahy vybít vnitřní napětí, nebo se u něj rozvíjejí nejrůznější neadaptivní formy chování, které se pak dostávají i do stálého repertoáru jeho projevů, jako tzv. obranné mechanizmy (9).

1.3.2 Taxonomie zátěžových situací

Zátěžové situace mohou být děleny z hlediska rozporu mezi požadavky, které ta která situace na chování člověka klade a mezi možnostmi člověka tyto požadavky splnit. Nepřiměřené úkoly a požadavky znamenají přetěžování člověka množstvím požadavků na rozsah a aktuální uplatnění duševních nebo tělesných sil, které přesahují možnosti konkrétního jedince. Důsledkem nepřiměřených požadavků a úkolů bývá

především podrážděnost, nechuť pokračovat v činnosti, agrese nebo naopak rezignace na činnost, apatie, úniky od aktivit k útlumovému chování nebo náhradnímu cíli (9).

Problémové situace jsou spojeny s potřebou provádět zcela neznámé činnosti nebo orientovat se v neobvyklých, doposud pro člověka neznámých situacích. Problémové situace si mohou v řadě případů vynutit změnu chování člověka, navyklého způsobu života a změnu jeho hodnotového systému (9).

Překážky zabraňují jedinci dosažení žádoucího cíle či podstatně omezují jeho možnosti v tomto směru. Tyto situace také vedou k významným změnám v motivaci, přičemž základním motivem se stává samo překonání překážky (9).

Konfliktová situace souvisí s procesem rozhodování se. Konflikty mohou nastat mezi vnitřními tendencemi jedince a vnějšími požadavky, potom hovoříme o tzv. vnějším konfliktu. Jedná-li se o střet protichůdných zájmů či motivů jedince, které si navzájem odporují, nazýváme tento stav vnitřním konfliktem (9).

Stresové situace vznikají působením určité rušivé okolnosti při průběhu nějaké činnosti a znemožňují zdárný průběh této činnosti. Mohou být působeny např. stresorem časovým, působením atypického prostředí, v němž má být činnost vykonána, působením faktoru rizika, kdy můžeme situaci řešit pod tlakem vlastního ohrožení či odpovědnosti za život druhé osoby (9).

1.3.3 Faktory odolnosti vůči zátěži

Je dokázáno, že existují faktory, které chrání člověka před nepříznivými důsledky stresových událostí. Je zřejmé, že účinnější než podpora vnější, jsou vnitřní zdroje, jimiž se rozumí způsoby reakcí jedince a jeho životní postoje. Šetření ukazují, že aktivní přístup ke změnám je nejlepším způsobem obrany proti možným nepříznivým důsledkům. Z těchto šetření vyplývá, že osobnost může být vysvětlením toho, proč se někteří lidé dostávají do stresogenních situací a jiní ne. Může ovlivnit způsob, jakým lidé reagují ve stresogenních situačních podmínkách. Určité osobnostní charakteristiky mohou tedy být vysvětlením pro odlišnou vnímavost a zranitelnost různých osob vůči stresu.

Pozitivní osobnostní charakteristiky dle sociologa A. Antonovského:

1. Srozumitelnost vyjadřuje, do jaké míry člověk chápe podněty, s nimiž se v životě setkává, jako smysluplné. Z hlediska kladného pólu je člověk schopen vidět celý jeho obraz a své pozitivní místo v něm a ne jen úzký výsek svého světa. Je to člověk, který „zná pravidla hry“ světa kolem a ten mu je srozumitelný (9).

2. Zvládnutelnost, kladný pól je charakterizován důvěrou ve zvládnutelnost situace jak vlastními silami, kde jde o osobní situaci, tak kolektivními silami, kde jde o situaci sociální. Jde o důvěru ve vlastní potenciál, schopnosti a možnosti tohoto potenciálu využít. Tento postoj lze charakterizovat výrokem „je to obtížné, ale zvládnu to“ (9).

3. Radost ze smysluplnosti, ta se vztahuje k emocionální stránce celkového postoje k životu a dění v něm. Kladný pól je charakterizován přesvědčením, že to, oč se člověk snaží, má nějaký smysl. Že dané konání opravdu stojí za to, aby se jím člověk zabýval, aby v něm pokračoval, aby do něj investoval svoji energii. Přitom ho činnost, kterou dělá, těší, i to, že se na ni může aktivně podílet (9).

1.3.4 Reakce na zátěž – vztah sestry k těžce nemocným

Pro ošetřující personál znamenají těžcí klienti/pacienti často přetížení nejen z časového hlediska, ale i z hlediska trvalé konfrontace s vitálně ohroženými lidmi, kteří jsou zcela na jejich zručnosti a zaangažovanosti závislí. Tento ošetřující personál se tak stává zodpovědným za život a smrt. To vede k mimořádné zangažovanosti sester, které jsou klientům/pacientům k dispozici při mimořádných situacích. V krizových situacích zůstávají ve službě až po hranice svých sil a to vše může vést až k určitému pocitu výlučnosti. Co dělají jiní je v porovnání s jejich úkoly a jejich zodpovědností méně důležité. U sester můžeme pozorovat některé typické reakce:

Klienty/pacienty prožívají jako náročné a jako určité břemeno. Cítí, že klienti/pacienti jsou nevděční, kritizují je, ale zároveň vyžadují jejich velké nasazení. Obzvláště náročí jsou pak pro ně klienti/pacienti silně závislí, ti, co si pořád stěžují a agresivní. Typickým chováním ošetřujícího jsou pak výčitky pociťované nebo i projevované vůči klientovi/pacientovi a negativní afekt (9).

Stažení se, izolování se ošetřujícího personálu do postoje jakési emocionální neutrality může být reakcí na přetížení nebo na chování klientů/pacientů. Personál minimalizuje svůj kontakt s nimi. Jak personál, tak klienti/pacienti se tak dostávají do izolace (9).

Další reakcí může být u lékařů a sester, kteří mají sklon k obětování se - úplná identifikace s vlastní rolí, kdy už nemají skoro žádný soukromý život a „žijí“ svojí profesí. To se nedá vydržet dlouho, dochází pak k vyčerpání, rezignaci, personál sám je častěji nemocen, dochází k cirkulacím personálu (9).

Personál, ošetřující těžké klienty/pacienty potřebuje určitou oporu a společnou orientaci. K té slouží pravidelné schůzky celého týmu, kde se hovoří jak o klientech/pacientech, tak o tom, co se v pracovním týmu odehrává. Je tam místo i pro pocity jednotlivých členů týmu. Ulehčuje se tak zpracování konfliktů a rozporů a zlepšuje se tak i tok informací. Pravidelná setkávání také mohou posilovat pocit sounáležitosti. To dohromady pak může mít příznivý dopad na péči o pacienty (9).

1.3.5 Psychická zátěž sestry

K psychické zátěži patří: časová tíseň, nevraživost nebo soupeření ve vztazích, výčitky za vlastní opomenutí, příliv nové složité techniky, bezradnost a bezmoc u fatálních a prudkých případů, nejednoznačné a nové situace (1), nutnost neustálé pozornosti a sledování stavu, vysoké pracovní tempo, improvizace, vysoké nároky na paměť, konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, nízké ohodnocení, nutnost dalšího vzdělávání, organizační potíže (22).

Obecně je známo, že psychická zátěž souvisí s uspokojením z vlastní práce, s pocitem jistoty a s vírou v budoucnost. Pokud něco z toho chybí, přichází beznaděj, psychická únava, psychosociální choroby, odpor k vlastní práci, deprese a syndrom „burn-out“- vyhoření. Následuje neschopnost intelektuální práce po měsíce a někdy i roky (18).

Osobnost sestry je opakovaně vystavena řadě potenciálně traumatizujících emočních vlivů, což může vést k habitulaci. Habitulace je stav, kdy původně ostře vnímaný podnět přestává vyvolávat silný vjem a my si na něj zvykáme. Habitulace je užitečná při

ochraně zdravotníka před přetížením a vyčerpáním, ale přináší také riziko, že může dojít k otupění pozornosti vůči důležitým signálům ze strany nemocného (1).

Stres je interakční veličinou. Je spolupůsobením stresoru a odolnosti, nebo též prahu kritické zátěže daného jedince. Může vycházet ze spěchu, vlastní omylnosti, konfliktů, častých nebo významných změn či očekávání. Otázkou zůstává, zda má sestra větší odolnost než standardní. Další nejistota je v tom, zda lze psychickou odolnost nějak trénovat (1).

1.3.6 Zátěž sestry na jednotce intenzivní péče

Práce zdravotních sester je spojena s celou řadou rizik jak zdravotních, tak psychických a je velmi náročná. Z hlediska profilu práce sestry rozlišujeme čtyři skupiny nemocných umístěných na jednotkách intenzivní péče: nemocní, kteří vyžadují klasickou resuscitační péči, nemocní v paliativní péči bez kontaktu (na ventilátoru, s tracheotomií a s enterální výživou), nemocní s příznivou perspektivou, ale vyžadující náročnou péči, která trvá dlouhou dobu. Tito nemocní jsou při vědomí a je třeba je mimo jiné připravit na novou kvalitu života, nemocní s nepříznivou prognózou, kde se jedná o dlouhodobý stav, zde je nejnáročnější motivace (13).

Za jednu z psychicky nejnáročnější považujeme právě paliativní péči. Zde je stav nemocného velmi vážný a prognóza je nepříznivá. Sestry se v této péči musí vyrovnat s tím, že jejich práce je sice humánní a záslužná, ale nepovede k pozitivnímu cíli a to k uzdravení. Tudíž nepřináší tato práce téměř žádnou motivaci (13).

1.3.7 Syndrom vyhoření (Burn – out syndrom)

Protože se zvyšuje celkové životní tempo a nároky spolu s většími požadavky na výkonnost, výskyt syndromu stoupá.

Rizikové faktory pro vznik onemocnění jsou pracovní, osobnostní (nedostatek radosti ze života, problematický osobní život), osobnostní a povahové rysy (pevná vůle, rozhodnost, soběstačnost, nezávislost, zhoubná sebedůvěra, perfekcionismus, odpor k pravidlům, cílevědomost, lidé neváží si sami sebe, lidé neschopní relaxovat) (22).

Syndrom je rozdělován do několika fází. Nultá fáze se vyznačuje nadšením (velké ideály, vysoká angažovanost, ale výsledky nejsou takové, jaké si jedinec představuje, dochází k přetěžování). Dále přichází stagnace (upadá nadšení, cíle a představy se přestávají realizovat). Frustrace (negativní postoj k pracovnímu procesu jako celku, spory v kolektivu, podrážděnost, nesnášenlivost). V tomto období lze nejsnáze rozpoznat a zamezit dalšímu rozvoji syndromu. V konečné fázi dochází k apatii (ztráta zájmu, nadšení, elánu, převládá zklamání) (22).

Psychické příznaky syndromu:

- při nadměrně vyvinuté námaze pocity malé nebo žádné efektivity
- snížení až vymizení aktivity, kreativity, iniciativy
- projevy jako smutek, frustrace, bezvýchodnost, beznaděj
- věci ztrácejí smysl
- pocity emocionálního vyčerpání až emoční zploštělost
- pocity marnosti, vlastní zbytečnosti
- snížené sebevědomí
- absolutní ztráta motivace
- úbytek až vymizení zájmů
- prohlubování negativistického postoje, cynismus, sebelítost
- utlumení až vymizení empatie (22).

Fyzické příznaky syndromu:

- unavitelnost vedoucí k celkové únavě
- apatie, ochablost
- vegetativní projevy - bolesti u srdce, arytmie, dýchací a zažívací obtíže, bolesti hlavy, poruchy spánku, svalová bolest, zvýšené riziko závislosti

Sociální příznaky syndromu:

- omezení kontaktu s okolním světem
- nezájem o hodnocení od ostatních osob
- častější konfliktní situace, vznikající v důsledku apatie (22).

1.4 Fyzická zátěž

1.4.1 Aktivní a pasivní pohybový systém

Aktivní orgán pohybu je kosterní sval. V našem těle je nejobjemnějším orgánem a spolu s kostrou, jejími klouby a vazy (tj. pasivním ústrojím), tvoří funkční celek. Pohyb je pro vývoj a udržování funkceschopnosti svalové tkáně hlavním podnětem. Velmi rychle dochází k degenerativním změnám ve svalové tkáni a atrofii kosterních svalů, jejíchž důsledkem je i ztráta kontraktility po imobilizaci končetiny. Naopak, při zatěžování svalové tkáně se dostavuje morfologická i funkční hypertrofie svalových vláken, což je spojeno se zvýšením tělesné zdatnosti a výkonnosti jedince (8).

Svaly dělíme z hlediska funkce na dvě skupiny, a to na svaly posturální, které jsou neustále aktivní, neboť udržují základní polohu těla a svaly fázické, které jsou unavitelnější a jejich úkolem je vykonávání různých pohybů a jemná koordinační činnost. Obě skupiny musí být v rovnováze, neboť vzájemně ovlivňují svou činnost. Při nedostatečné péči o pohybový systém dochází k tzv. svalovým dysbalancím. Příčinami této dysbalance jsou přetížení, nedostatečné zatěžování či asymetrické zatěžování (8).

Projevy svalové činnosti jsou z hlediska svalové práce rozlišovány na tři typy:

1. Pozitivní, kdy sval pracuje proti odporu nebo dodává nějakému tělesu energii,
2. Práci statickou, při které je udržována poloha těla nebo břemene,
3. Práci negativní, která brzdí pohyb. Práce je testována na ergometrech. Její účinnost má velký rozsah a závisí mimo jiné na trénovanosti, únavě a druhu zatížení (8).

Pasivní složka pohybového aparátu je tvořena pojivovou tkání (kosti, chrupavky a vazivo). Tato tkáň je dosti adaptivní. Při úměrném zatížení je měněna pozitivně (posilují kosti, šlachy i vazy), naopak imobilizace je spojena s atrofií a chudnutím pojivových tkání. Ovšem při neúměrném přetížení dochází k bolestem a potížím tzv. traumatům pohybového aparátu. Trvalé neúměrné přetěžování vede ke vzniku deformujících změn na kloubech, zánětům šlach, bolestem kostí. Hypermobilita páteře je také zdrojem dlouhodobých obtíží (8).

1.4.2 Fyzická únava

Fyziologická únava je jevem kladným. Z hlediska metabolických změn ve svalech dochází při zatížení submaximální a maximální intenzity ke vzniku únavy „rychlé“ a zatížením střední a mírné intenzity ke vzniku „pomalé“ únavy (8). Únava je důsledkem opakovaných zátěží. Většinou po odpočinku a odpovídající době spánku odezní (7).

Projevy únavy 1. objektivní – pokles výkonu

2. subjektivní – nechuť pokračovat v práci, slabost, bolesti ve svalech, zhoršené vnímání (8).

Jestliže fyzická zátěž přetrvává déle, může dojít k vyčerpání organismu a přepracování, dochází k chronické únavě a ta je vždy jevem patologickým.

Projevuje se:

- poklesem dlouhodobě podávaných výkonů
- snížením hmotnosti
- snížením obranyschopnosti organismu
- poruchami trávení
- nechutenstvím
- poruchami spánku
- podrážděností
- apatií
- emoční labilitou
- organismus je vnímavější k infekcím (8)

Překonávání únavy je spojováno s nadměrnou konzumací kávy, cigaret a léků (7). Biorytmy ovlivňují práceschopnost lidského organismu, to že noční práce má nižší produktivitu, prokázala řada prací. V noci se zvyšuje chybovost, z únavy dochází k nepřesnosti. 20-50 % osob s noční prací mají poruchy spánku nebo trpí zažívacími potížemi. Někdy se u osob pracujících v noci objevují závažné zdravotní poruchy. Dochází-li náhle k desinchronizaci (změně fixace funkcí fyziologického biorytmu), přináší to snížení fyzické, ale i psychické výkonnosti (8).

Biologický proces obnovy přechodného poklesu funkčních schopností organismu je regenerace (zotavení). Regenerace může probíhat s vyloučením fyzické aktivity, v tom

případě hovoříme o odpočinku pasivním. Sem řadíme např. spánek, koupele, masáže, saunování. Nebo v procesu urychlení zotavení dochází k využití pohybové aktivity, tehdy hovoříme o odpočinku aktivním, patří sem např. kompenzační cvičení, cvičení ve vodě, aktivní relaxace (8).

1.4.3 Fyzická zátěž v práci sestry

Zátěž je různorodá v závislosti na skladbě pacientů, jejich zdravotním stavu a na druhu oddělení. Způsobuje ji zejména manipulace s klientem v rámci ošetřovatelské a léčebné péče, manipulace s prádlem, zdravotnickým materiálem a nezbytný úklid na oddělení.

V práci sestry je zvýšené fyzické zátěži vystaven zejména pohybový aparát dolních končetin, horních končetin a páteře. A to hlavně při manipulaci s imobilním klientem/pacientem. Do této manipulace zahrnujeme i polohování. Aby polohovala pouze jedna sestra je nevhodné a zároveň v rozporu s pracovně právními předpisy. Takové polohování je nebezpečné nejen pro sestru, ale i pro klienta/pacienta (7).

Platí, že ženy by neměly na pracovišti zvedat více než 20 kg při občasném zvedání a přenášení, 15 kg při častém zvedání a přenášení. Při zvedání osob jsou přípustné hodnoty pro manipulaci s břemeny dodrženy, jestliže u klientů vážících 40 a více kg spolupracují dvě osoby za použití pomocných prostředků, např. podložek s rukojetí. (Nařízení vlády č.178/2001 Sb., Vyhláška MZ 261/1997) Za ideálních podmínek by byla řešením moderní technika – zvedáky, elektricky polohovatelná lůžka atd., což většinou nedovoluje prostorová a finanční situace zdravotnických zařízení (1).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zhodnotit psychickou a fyzickou zátěž sester v ošetřování klientů/pacientů s apalickým syndromem v závislosti na ošetřovací jednotce.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1 - Psychická zátěž sester pracujících na apalické jednotce je nižší než zátěž sester na ostatních ošetřovacích jednotkách.

Hypotéza 2 - Fyzická zátěž sester pracujících na apalické jednotce je nižší než zátěž sester na ostatních ošetřovacích jednotkách.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Provedený výzkum je výzkumem kvantitativním, zhotoven metodou dotazování. V rámci výzkumu byla použita technika dotazníků, kdy respondenti označili zvolené odpovědi, případně dopsali své názory. Dotazníky byly anonymní a jejich vyplňování dobrovolné.

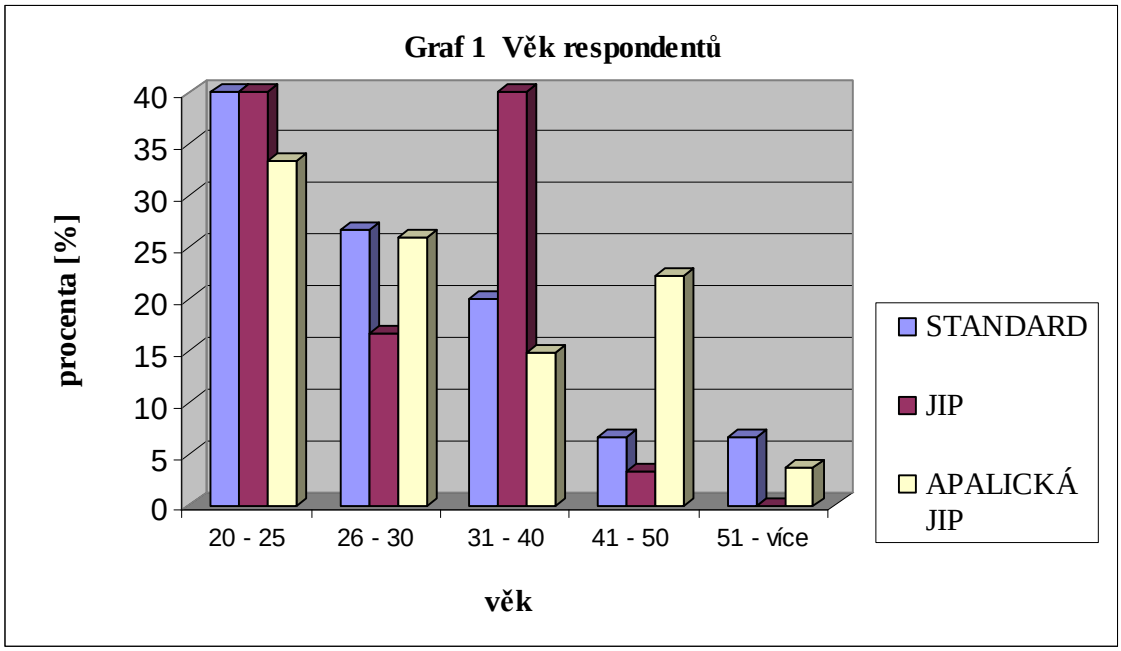
V dotazníku bylo použito 29 otázek (příloha 1). Otázky jsou většinou uzavřené, pouze otázky 20 a 21 jsou polouzavřené. Otázky 1, 2, 3, 4, jsou identifikační, otázka 5 se vztahuje k upřesnění ošetřovací jednotky, otázka 6 zjišťuje, jak často respondenti ošetřují klienty/pacienty s apalickým syndromem. Otázky 7, 8, 9, 12, 13, 14 se vztahují k psychické zátěži respondentů, otázky 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22 se vztahují k fyzické zátěži respondentů, otázka 18 se vztahuje k oběma zátěžím, otázky 23, 24, 25, 26 se vztahují k náročnosti ošetřovatelské péče klientů/pacientů v souvislosti s ošetřovací jednotkou. Otázky 27, 28, 29 byly určeny pouze respondentům, kteří nepracují na apalických jednotkách a týkají se jejich zátěže v ošetřování klientů/pacientů s apalickým syndromem. Dotazník byl určen zdravotním sestrám pracujícím na různých ošetřovatelských jednotkách, kde jsou hospitalizováni klienti/pacienti s apalickým syndromem.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkum byl proveden v Nemocnici České Budějovice a. s. se souhlasem náměstkyně pro ošetřovatelskou péči Mgr. Otáskové na pracovištích JIP a standardním lůžkovém oddělení chirurgickém, JIP oddělení interním, standardním lůžkovém oddělení následné péče, JIP oddělení následné péče - apalická jednotka. Pro nedostatek respondentů bylo nutné provést výzkum ještě ve Fakultní nemocnici Praha Motol a Malvazinky na odděleních OCHRIP se souhlasem staničních sester. Na všech zmíněných odděleních předcházel rozdání dotazníků osobní pohovor s vrchními či staničními sestrami, které dotazníky předaly dále sestrám. Z celkového počtu 110

dotazníků vyplnili a vrátili respondenti 94 dotazníků, což představuje 85% návratnost, z toho 7 dotazníků nebylo vyplněno správně a nešlo je ve výzkumu použít.

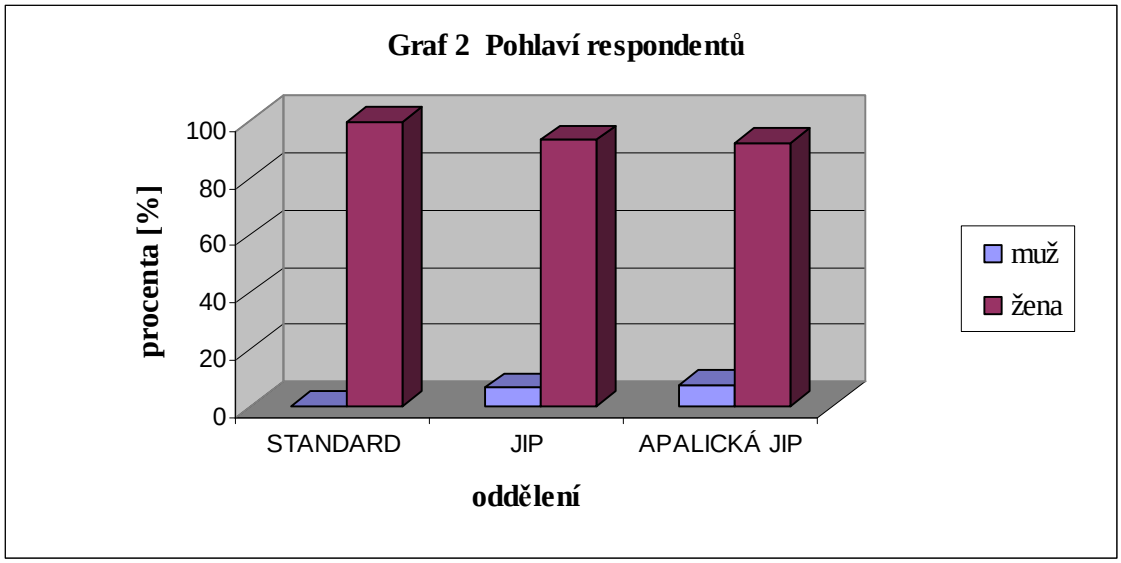
4. Výsledky



Na standardních jednotkách z celkového počtu 30 sester (100 %): 12 sester (40,0 %) 20-25 let, 8 sester (26,6 %) 26-30 let, 6 sester (20,0 %) 31-40 let, 2 sestry (6,7 %) 41-50 let a 2 sestry (6,7 %) 51 a více let.

Na jednotkách intenzivní péče z celkového počtu 30 sester (100 %): 12 sester (40 %) 20-25 let, 5 sester (17 %) 26-30 let, 12 sester (40 %) 31-40 let, 1 sestra (3 %) 41-50 let.

Na apalických jednotkách je z celkového počtu 27 sester (100 %): 9 sester (33 %) 20-25 let, 7 sester (26 %) 26-30 let, 4 sestry (15 %) 31-40 let, 6 sester (22 %) 41-50 let a 1 sestra (4 %) 51 a více let.

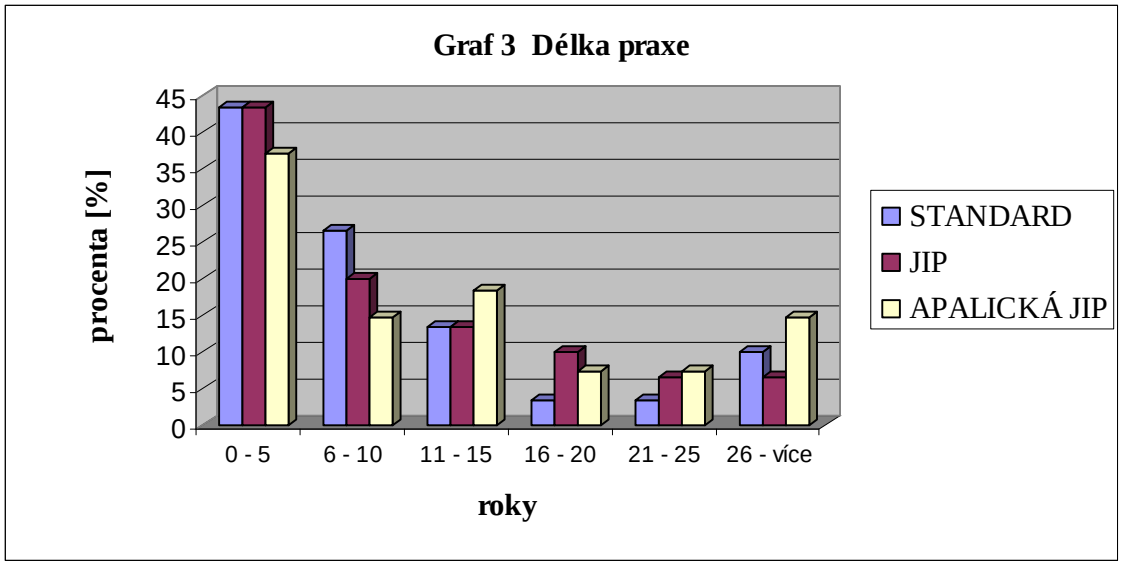


Graf ukazuje pohlaví dotazovaných sester.

Ze 30 sester (100 %) na standardních jednotkách 30 žen (100 %).

Ze 30 sester (100 %) na jednotkách intenzivní péče 28 žen (93 %), 2 muži (7 %).

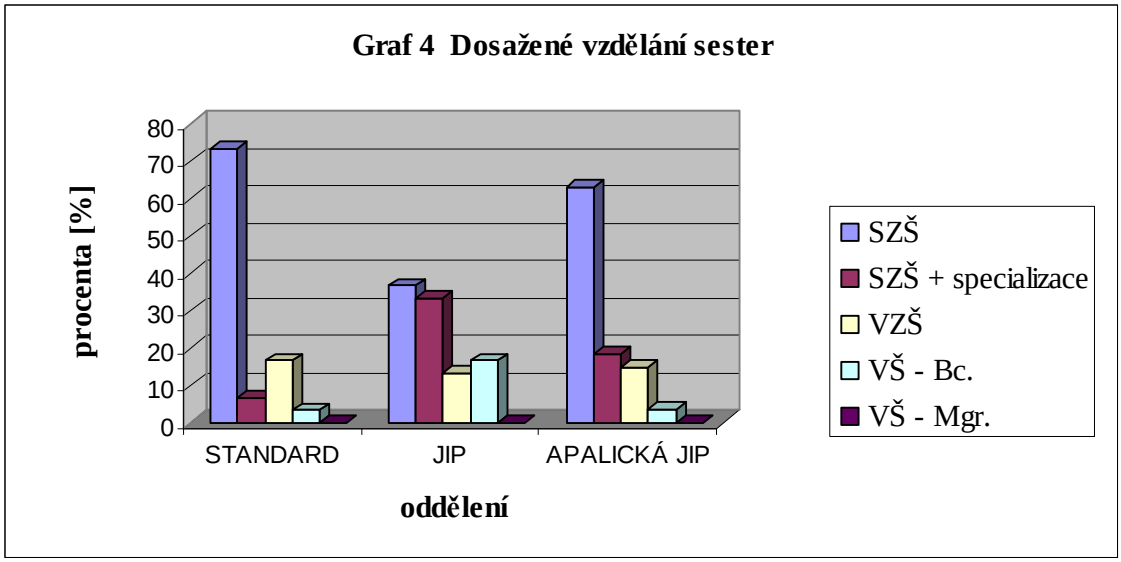
Ze 27 sester (100 %) na apalických jednotkách 25 žen (93 %), 2 muži (7 %).



Na standardních jednotkách z celkového počtu 30 sester (100 %) pracuje 13 sester (43,4 %) 0-5 let, 8 sester (26,7 %) 6-10 let, 4 sestry (13,3 %) 11-15 let, 1 sestra (3,3 %) 16-20 let, 1 sestra (3,3 %) 21-25 let, 3 sestry (10,0 %) 26 a více let.

Na jednotkách intenzivní péče pracuje z celkového počtu 30 sester (100 %) 13 sester (43 %) 0-5 let, 6 sester (20 %) 6-10 let, 4 sestry (13 %) 11-15 let, 3 sestry (10 %) 16-20 let, 2 sestry (7 %) 21-25 let, 2 sestry (7 %) 26 a více let.

Na apalických jednotkách z celkového počtu 27 sester pracuje 10 (37 %) 0-5 let, 4 sestry (15 %) 6-10 let, 5 sester (19 %) 11-15 let, 2 sestry (7 %) 16-20 let, 2 sestry (7 %) 21-25 let, 4 sestry (15 %) 26 a více let.

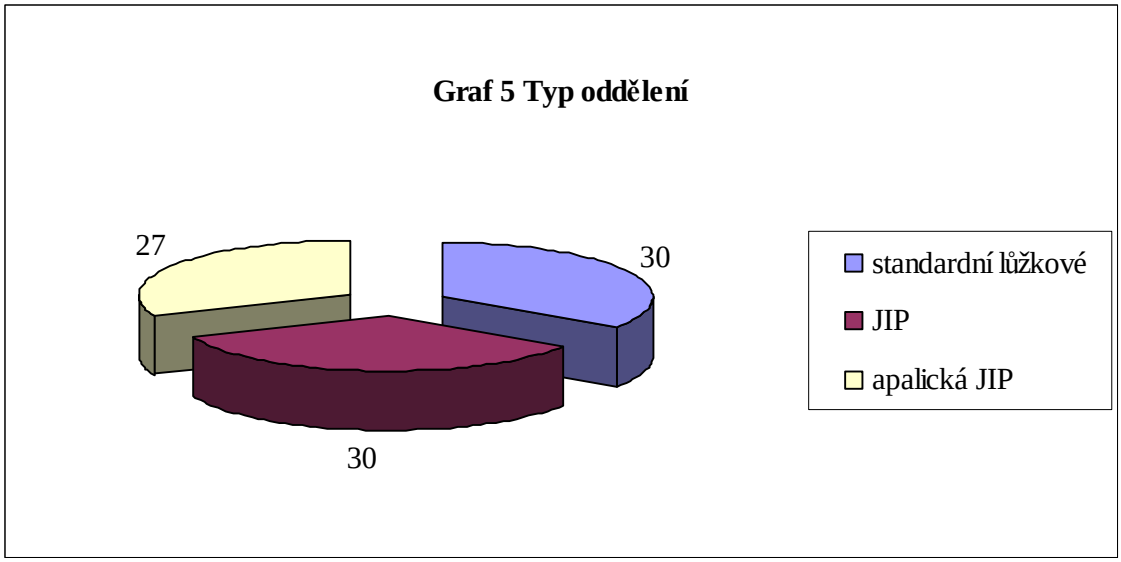


Graf popisuje výsledky nejvyššího dosaženého vzdělání sester na ošetřovacích jednotkách.

Na standardních jednotkách uvedlo střední zdravotnické vzdělání 22 sester (73 %), 2 sestry (7 %) uvedlo střední zdravotnické vzdělání a specializační, 5 sester (17 %) označilo vyšší zdravotnickou školu, 1 sestra (3 %) označila bakalářské vzdělání. Magisterské vzdělání neoznačila žádná sestra (0 %).

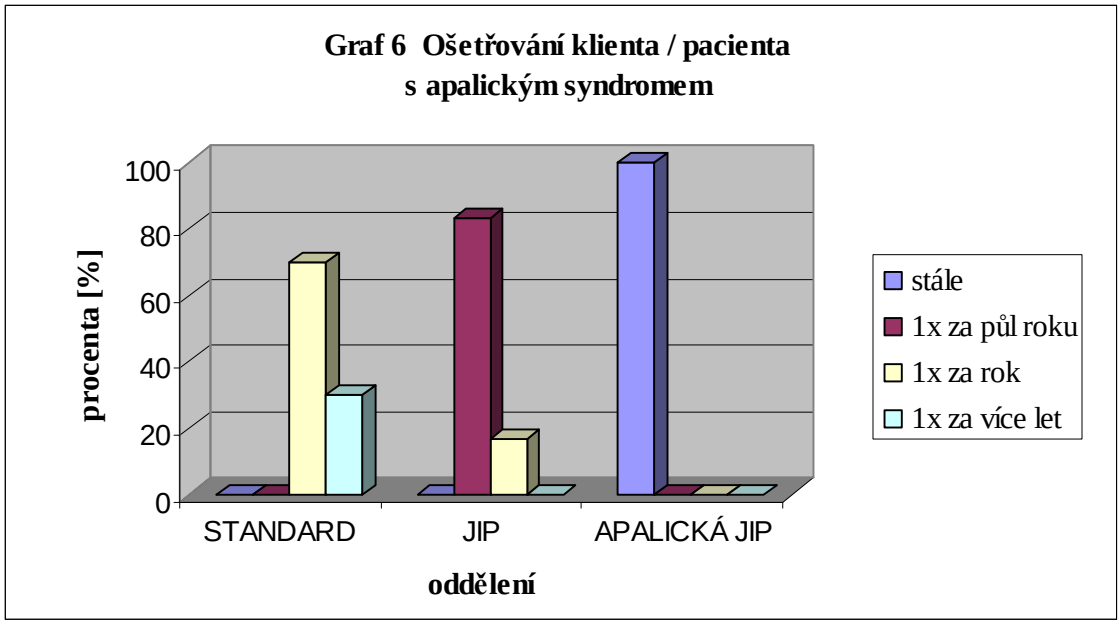
Na jednotkách intenzivní péče označilo 11 sester (37 %) střední zdravotnické vzdělání, 10 sester (33 %) střední zdravotnické vzdělání a specializaci, 4 sestry (13 %) uvedly vyšší zdravotnické vzdělání, 5 sester (17 %) uvedlo bakalářské studium a žádná sestra (0 %) magisterské studium.

Na apalických jednotkách označilo 17 sester (62 %) střední zdravotnické vzdělání, 5 sester (19 %) střední zdravotnické vzdělání a specializaci, 4 sestry (15 %) uvedly vyšší zdravotnické vzdělání, 1 sestra (4 %) bakalářské studium a žádná sestra (0 %) neoznačila magisterské studium.



Graf znázorňuje oddělení, na kterých pracují dotázané sestry.

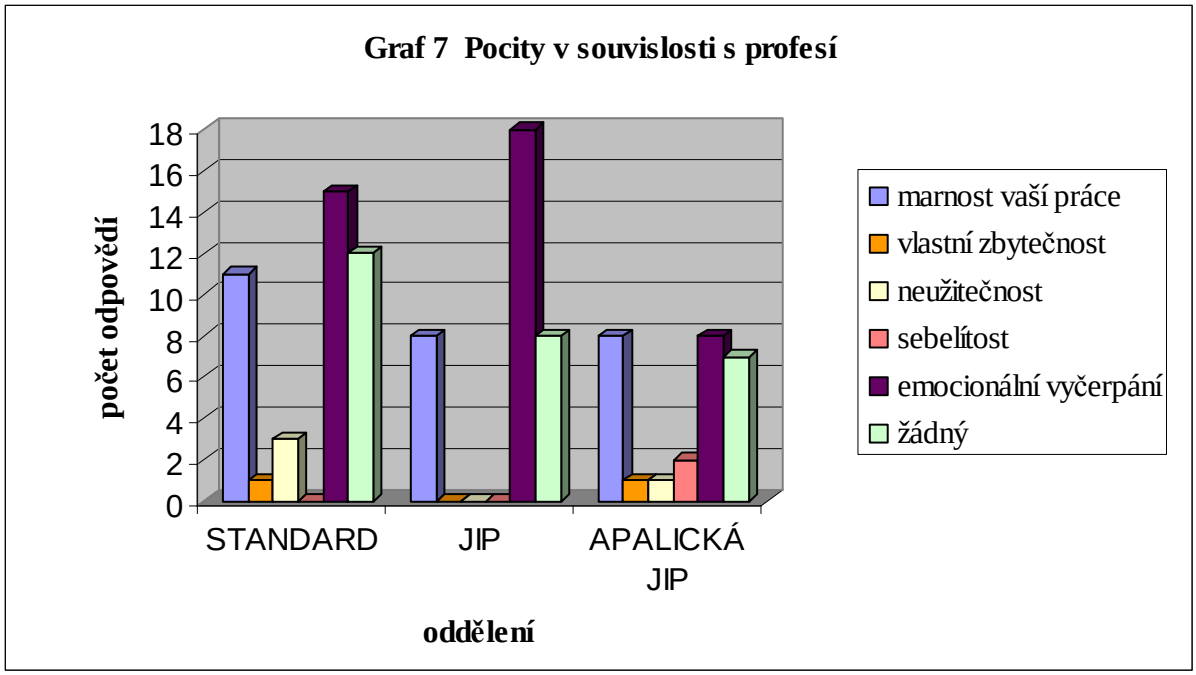
30 sester pracuje na standardních ošetřovacích jednotkách, 30 sester na jednotkách intenzivní péče a 27 sester na apalických jednotkách .



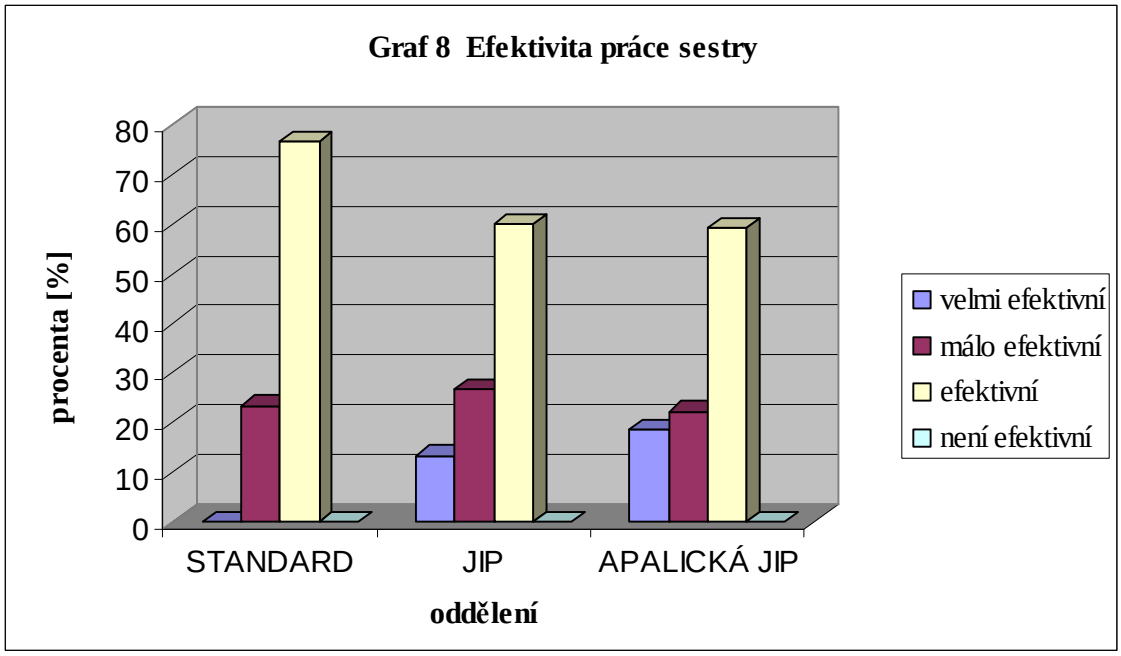
Graf vyjadřuje, jak často sestry na jednotlivých ošetřovacích jednotkách ošetřují klienty/pacienty s apalickým syndromem. Na standardních jednotkách uvedlo 21 sester (70 %), že klienta/pacienta s apalickým syndromem ošetřují 1x za rok, 9 sester (30 %) ošetřuje tyto klienty/pacienty 1x za více let.

Na jednotkách intenzivní péče označilo 25 sester (83 %), že klienty/pacienty s apalickým syndromem ošetřují 1x za půl roku a 5 sester (17 %) 1x za rok.

Na apalických jednotkách označilo 27 sester (100 %), že ošetřují klienty/pacienty s apalickým syndromem stále.



Graf vypovídá o pocitech, které sestry vnímají v souvislosti s vykonáváním profese.
U této otázky bylo možno označit více odpovědí.
Na standardních jednotkách označilo 11 sester pocit marnosti své práce, 1 sestra pocit vlastní zbytečnosti, 3 sestry pocit neužitečnosti, 15 sester má pocit emocionálního vyčerpání. 12 sester nemá v souvislosti s vykonáváním profese žádný z uvedených pocitů.
Na jednotkách intenzivní péče pociťuje 8 sester marnost své práce. Pocity vlastní zbytečnosti, neužitečnosti a sebelítosti neoznačila sestra žádná. 18 sester označilo pocit emocionálního vyčerpání a 8 sester nemá žádný z uvedených pocitů.
Na apalických jednotkách označilo 8 sester pocit marnosti své práce, 1 sestra má pocit vlastní zbytečnosti, 1 sestra si připadá neužitečná, 2 sestry mají pocit sebelítosti, 8 sester vyznačilo emocionální vyčerpání a 7 sester nemá žádný z uvedených pocitů.

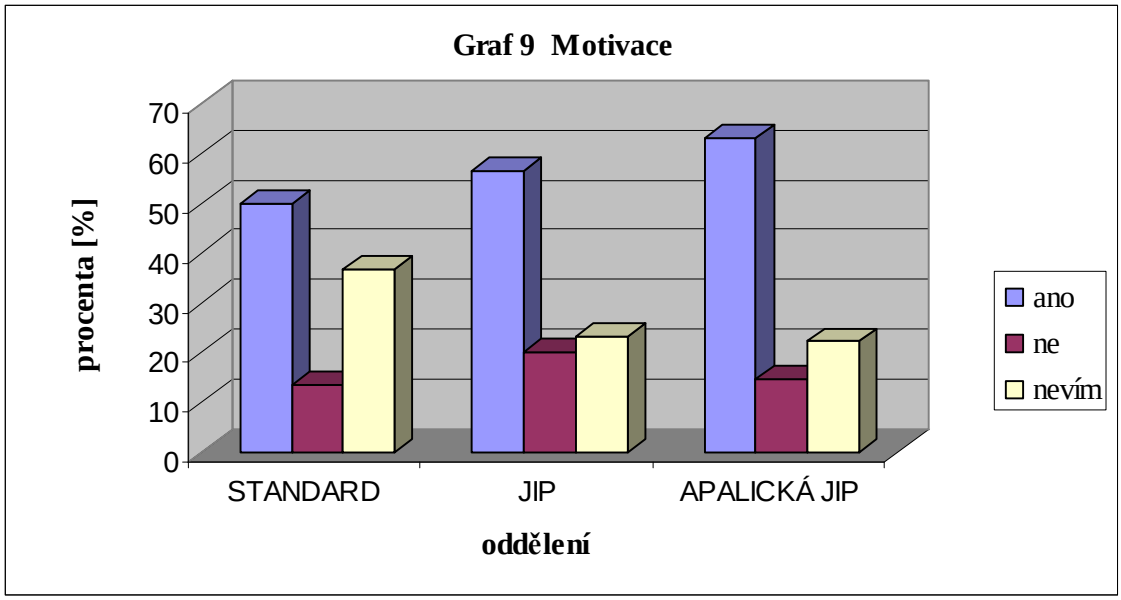


Graf informuje o tom, zda dotazované sestry považují svou práci za efektivní. Jestliže ano, do jaké míry.

Na standardních jednotkách jako velmi efektivní neoznačila svou práci žádná sestra (0 %). 7 sester (23 %) považuje svou práci za málo efektivní, 23 sester (77 %) vnímá svou práci jako efektivní. Žádná sestra (0 %) neoznačila svou práci za neefektivní.

Na jednotkách intenzivní péče odpověděly 4 sestry (13 %), že jejich práce je velmi efektivní, 8 sester (27 %) označilo svou práci za málo efektivní a 18 sester (60 %) za efektivní. Žádná sestra (0 %) nevnímá svou práci za neefektivní.

Na apalických jednotkách 5 sester (19 %) uvedlo, že svou práci mají za velmi efektivní, 6 sester (22 %) za málo efektivní, 16 sester (59 %) jako efektivní. Jako neefektivní neoznačila svou práci žádná sestra (0 %).

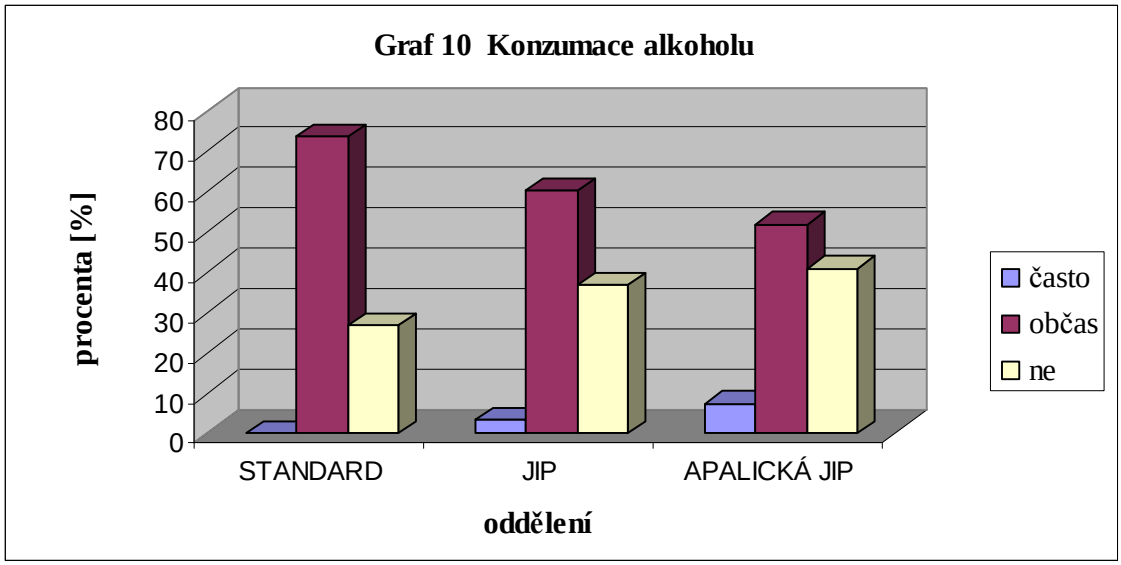


Graf znázorňuje, zda sestry motivuje jejich práce.

Na standardních jednotkách označilo 15 sester (50 %) svou práci za motivující, 4 sestry (13 %) jejich práce nemotivuje a 11 sester (37 %) neví, zda je jejich práce motivuje.

Na jednotkách intenzivní péče vybralo 17 sester (57 %) odpověď, že jejich práce je motivující, 6 sester (20 %) práce nemotivuje a 7 sester (23 %) neví, zda je jejich práce motivuje.

Na apalických jednotkách vyznačilo 17 sester (63 %) práci za motivující, 4 sestry (15 %) práce nemotivuje a 6 sester (22 %) neví, zda je jejich práce motivuje.

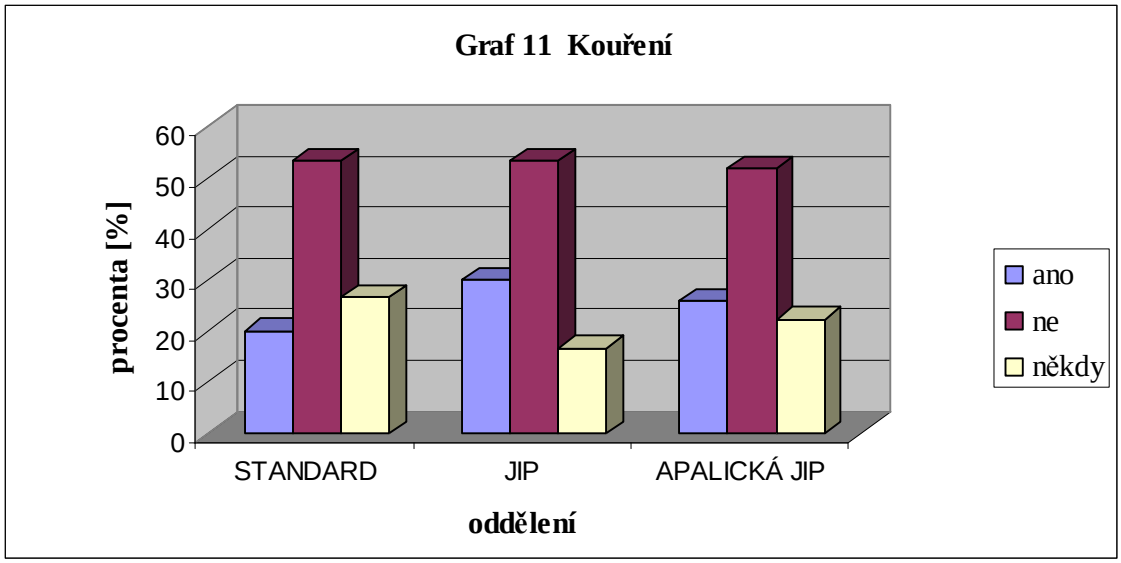


Graf poskytuje přehled o konzumaci alkoholu sestrami.

Na standardních jednotkách uvedlo 22 sester (73 %) občasnou konzumaci alkoholu, 8 sester (27 %) alkohol nekonzumuje. Žádná ze sester (0 %) neuvádí častou konzumaci alkoholu.

Na jednotkách intenzivní péče označilo 18 sester (60 %) občasnou konzumaci alkoholu, 11 sester (37 %) nekonzumuje alkohol vůbec a 1 sestra (3 %) uvedla, že alkohol konzumuje často.

Na apalických jednotách odpovědělo 14 sester (52 %), že alkohol konzumují občas, 11 sester (41 %) alkohol nekonzumuje a 2 sestry (7 %) konzumují alkohol často.

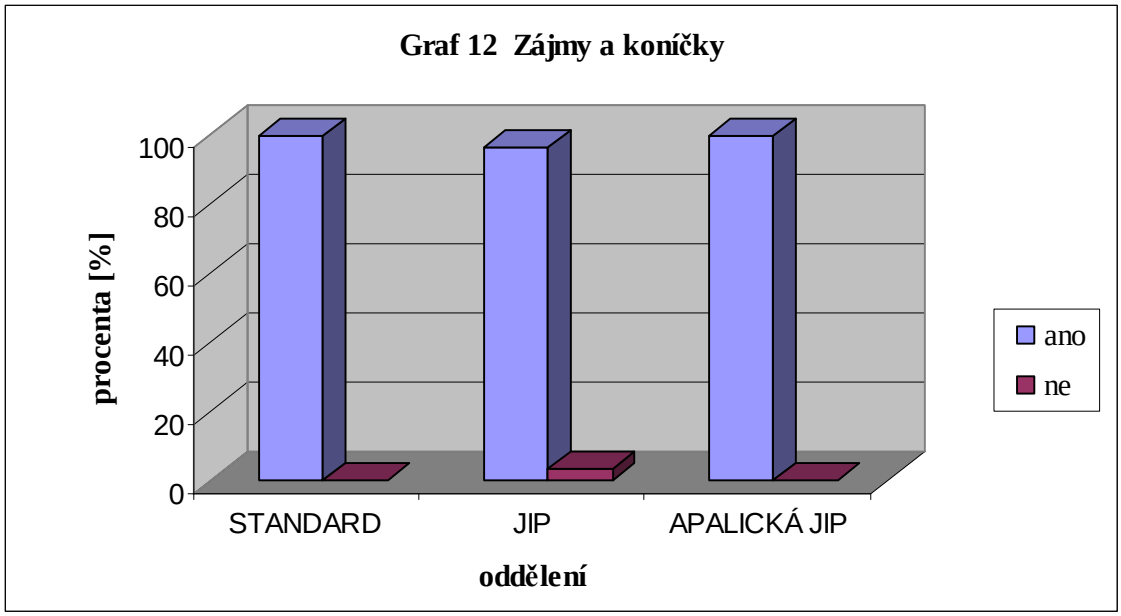


Graf udává výsledky odpovědí na dotaz kouření.

Na standardních jednotkách odpovědělo ano 6 sester (20 %), ne 16 sester (53 %) a někdy 8 sester (27 %).

Na jednotkách intenzivní péče odpovědělo ano 9 sester (30 %), ne 16 sester (53 %) a někdy 5 sester (17 %).

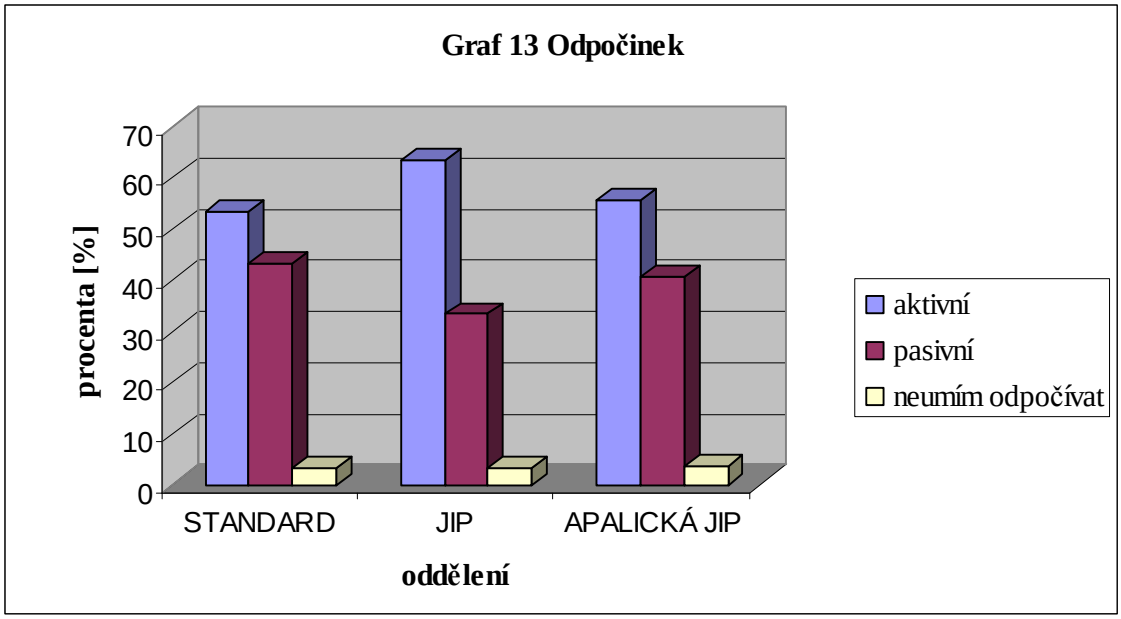
Na apalických jednotkách odpovědělo ano 7 sester (26 %), ne 14 sester (52 %) a někdy 6 sester (22 %).



Na dotaz, zda mají sestry nějaké zájmy, koníčky bylo jasnou odpovědí na standardních jednotkách 30 sester (100 %) ano, ne neodpověděla žádná sestra (0 %).

Na jednotkách intenzivní péče ano vybralo 29 sester (97 %), ne vybrala 1 sestra (3 %).

Na apalických jednotkách bylo taktéž jednoznačně odpovězeno. 30 sester (100 %) odpovědělo ano, žádná sestra (0 %) neodpověděla ne.

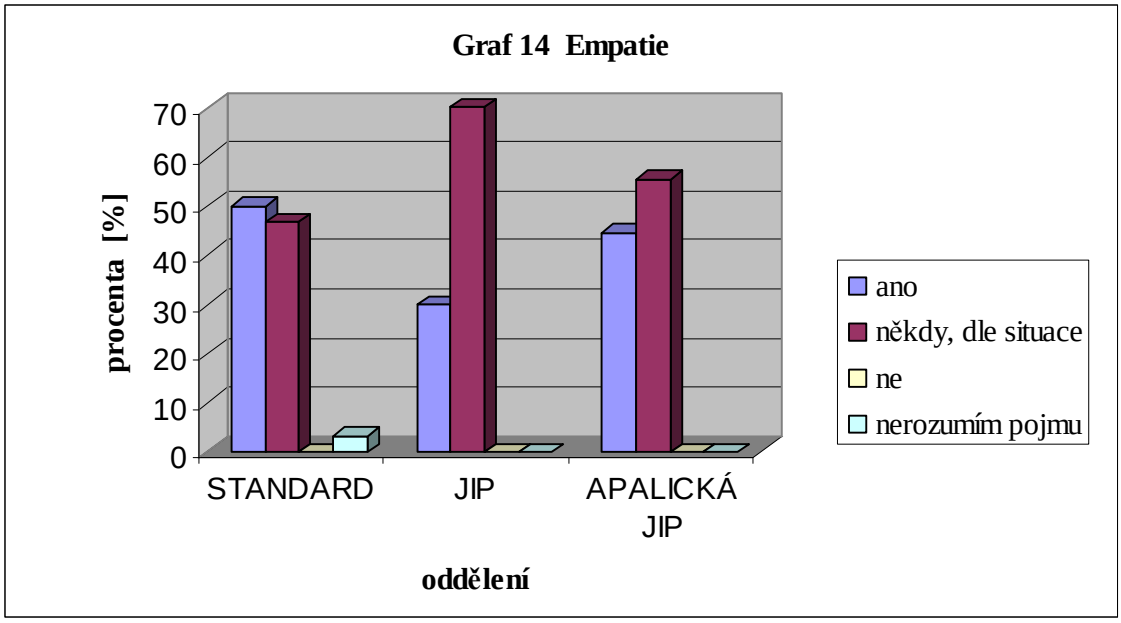


Graf ukazuje, jak sestry odpočívají ve svém volném čase.

Na standardních jednotkách aktivně odpočívá 16 sester (53,4 %), pasivně 13 sester (43,3 %), neumí odpočívat 1 sestra (3,3 %).

Na jednotkách intenzivní péče aktivně odpočívá 19 sester (63,4 %), pasivně odpočívá 10 sester (33,3 %), neumí odpočívat 1 sestra (3,3 %).

Na apalických jednotkách aktivně odpočívá 15 sester (55,6 %), pasivně odpočívá 11 sester (40,7 %) , neumí odpočívat 1 sestra (3,7 %).

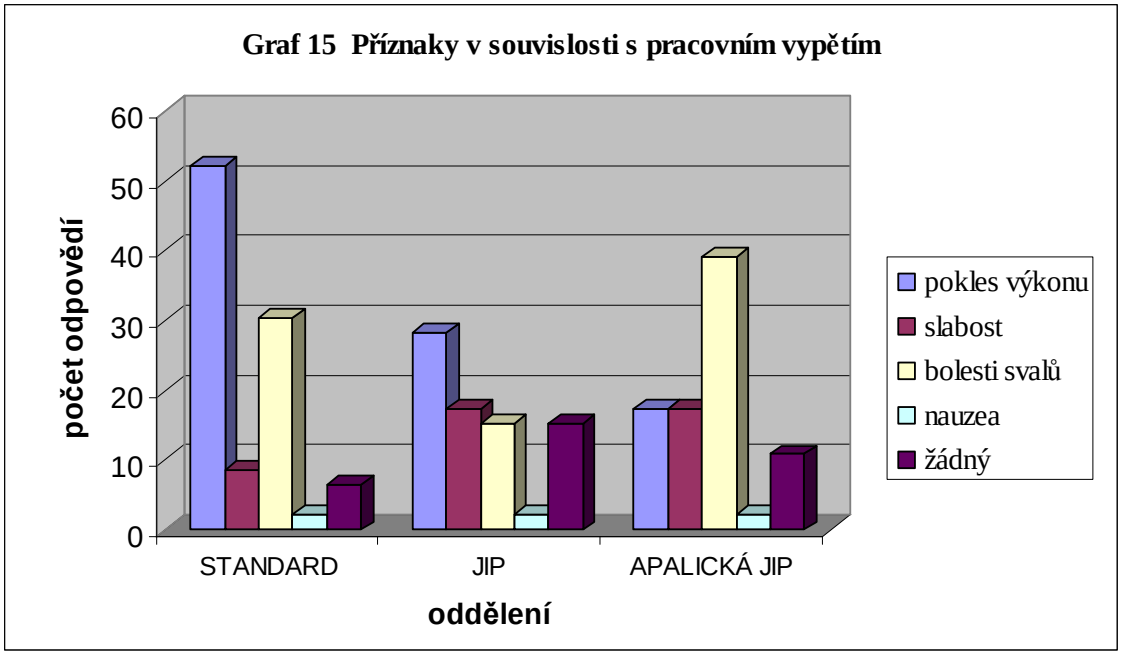


Graf je zobrazením odpovědí na otázku, zda jsou sestry vůči svým klientům/pacientům empatické.

Na standardních jednotkách odpovědělo 15 sester (50 %), že jsou empatické, 14 sester (47 %) je ampatických pouze někdy, dle situace. Žádná sestra (0 %) neuvedla ne a 1 sestra (3 %) nerozumí pojmu.

Na jednotkách intenzivní péče odpovědělo 9 sester (30 %), že jsou empatické, 21 sester (70 %) je empatických někdy, dle situace. Žádná sestra (0 %) neoznačila, že není empatická a žádná sestra (0 %) neoznačila, že nerozumí pojmu.

Na apalických jednotkách je empatických 12 sester (44 %), 15 sester (56 %) je empatických někdy, dle situace. Žádná sestra (0 %) neoznačila, že není empatická a žádná sestra (0 %) neoznačila, že nerozumí pojmu.

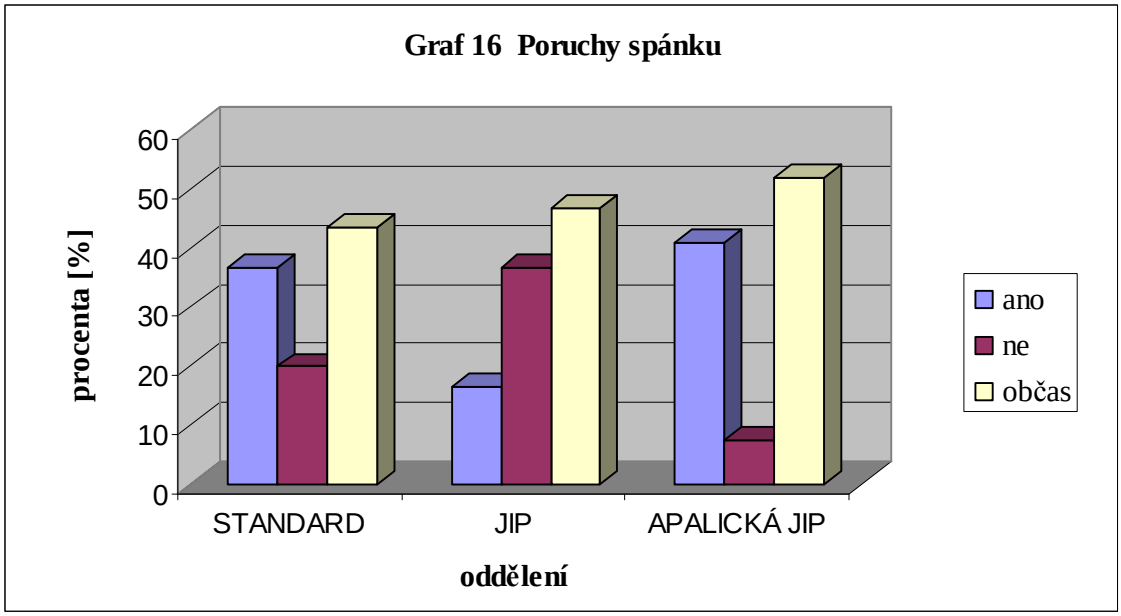


Graf znázorňuje počet odpovědí sester, které uvedly některý z příznaků. Bylo možné označit i více variant.

Na standardních jednotkách uvedlo v souvislosti s pracovním vypětím 24 sester pokles výkonu, 4 sestry slabost, 14 sester bolesti svalů, 1 sestra nauzeu. 3 sestry nepociťují žádný z uvedených příznaků.

Na jednotkách intenzivní péče uvedlo v souvislosti s pracovním vypětím 13 sester pocit poklesu výkonu, 8 sester slabost, 7 sester bolesti svalů, 1 sestra nauzeu a 7 sester nepociťuje žádný z uvedených příznaků.

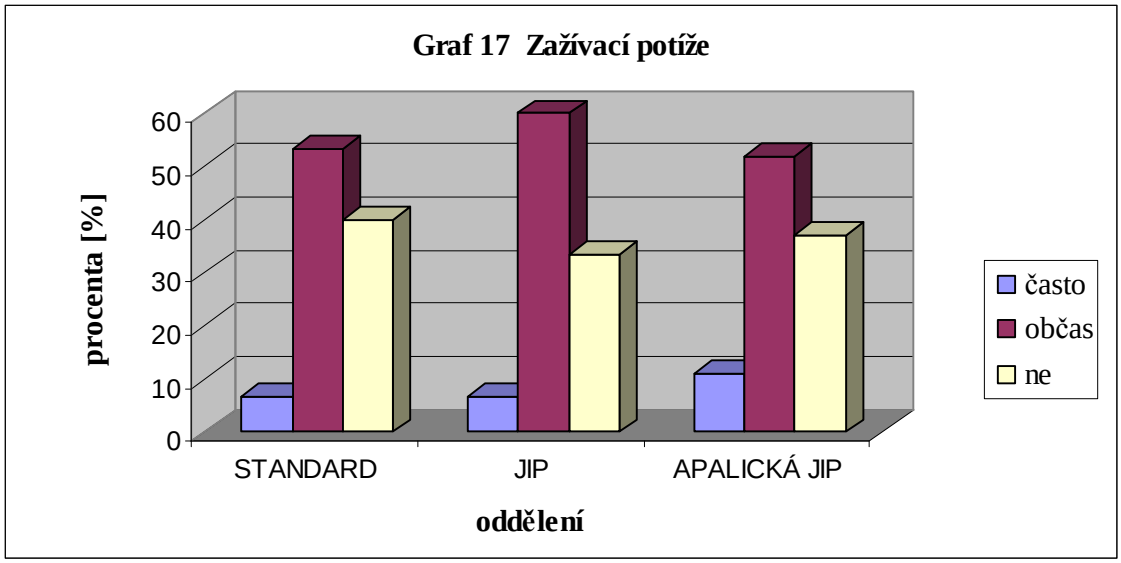
Na apalických jednotkách uvedlo v souvislosti s pracovním vypětím 8 sester pokles výkonu, 8 sester slabost, 18 sester bolesti svalů, 1 sestra nauzeu a 5 sester nepociťuje žádný z uvedených příznaků.



Na dotaz, zda mají sestry poruchy spánku na standardních jednotkách odpovědělo ano 11 sester (37 %), ne 6 sester (20 %) a občas 13 sester (43 %).

Na jednotkách intenzivní péče označilo odpověď ano 5 sester (16,7 %), ne 11 sester (36,7 %), občas 14 sester (46,6 %).

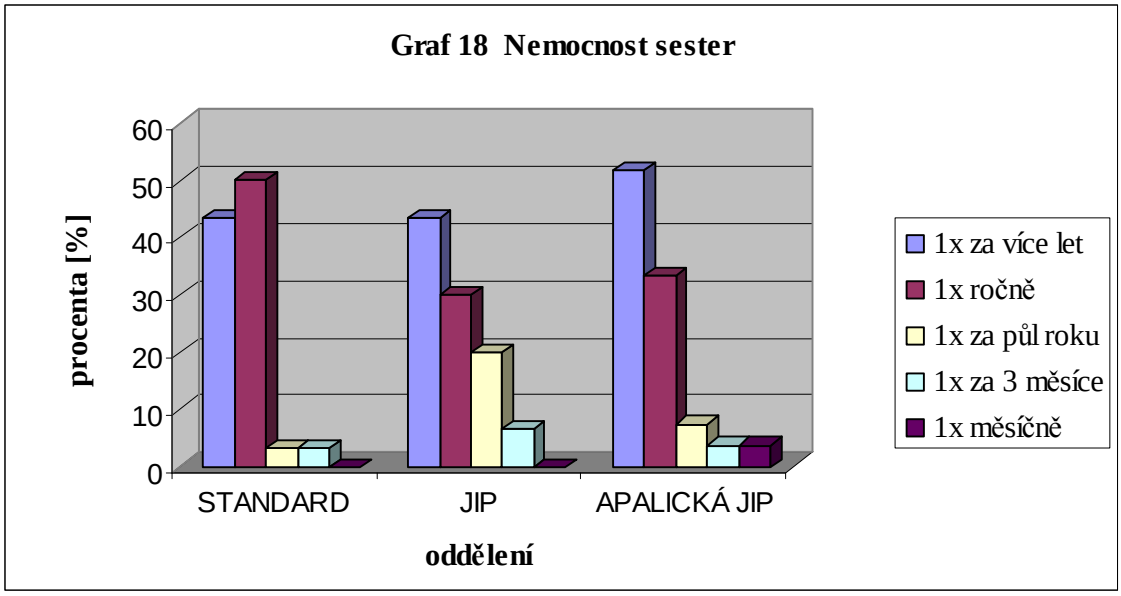
Na apalických jednotkách odpovědělo ano 11 sester (41 %), ne 2 sestry (7 %), občas 14 sester (52 %).



Zažívacími potížemi trpí na standardních jednotkách 2 sestry (7 %) často, 16 sester (53 %) občas. 12 sester (40 %) zažívacími potížemi netrpí.

Na jednotkách intenzivní péče trpí zažívacími potížemi 2 sestry (7 %) často, 18 sester (60 %) občas. 10 sester (33 %) zažívacími potížemi netrpí.

Na apalických jednotkách trpí zažívacími potížemi 3 sestry (11 %) často, 14 sester (52 %) občas. 10 sester (37 %) zažívacími potížemi netrpí.

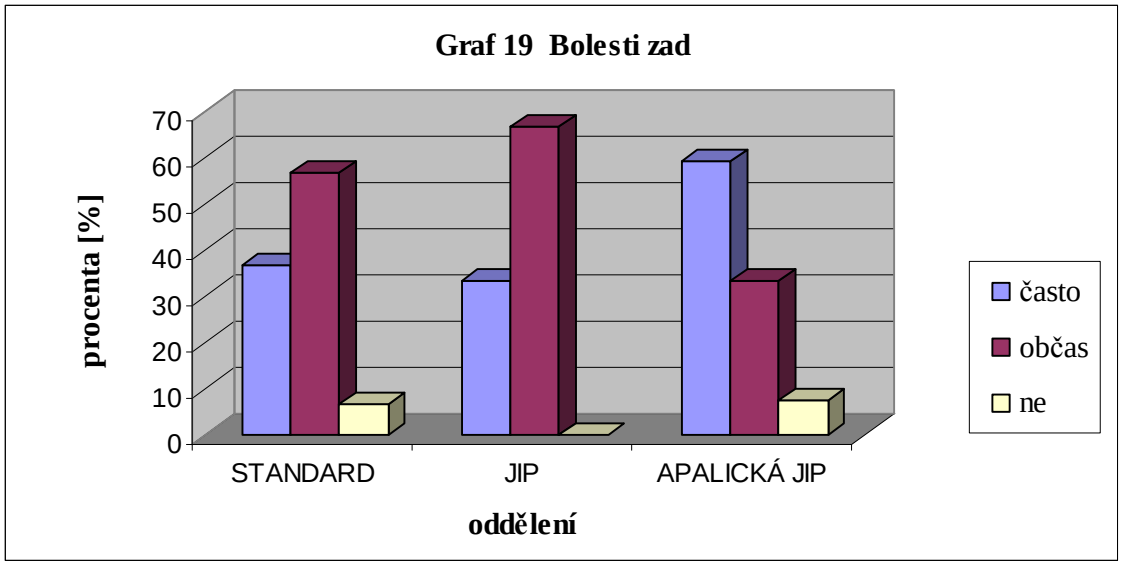


Graf informuje o nemocnosti sester na jednotlivých ošetřovacích jednotkách.

Na standardních jednotkách onemocní 13 sester (43,4 %) jednou za více let, 15 sester (50,0 %) jednou ročně, 1 sestra (3,3 %) jednou za půl roku, 1 sestra (3,3 %) jednou za tři měsíce. Žádná ze sester (0,0 %) není nemocná každý měsíc.

Na jednotkách intenzivní péče je 13 sester (43 %) nemocných jednou za více let, 9 sester (30 %) onemocní jednou ročně, 6 sester (20 %) onemocní jednou za půl roku, 2 sestry (7 %) jednou za tři měsíce. Žádná sestra (0 %) není nemocná každý měsíc.

Na apalických jednotkách 14 sester (51,9 %) onemocní jednou za více let, 9 sester (33,3 %) onemocní jednou za rok, 2 sestry (7,4 %) onemocní jednou za půl roku, 1 sestra (3,7 %) onemocní jednou za tři měsíce a 1 sestra (3,7 %) onemocní každý měsíc.



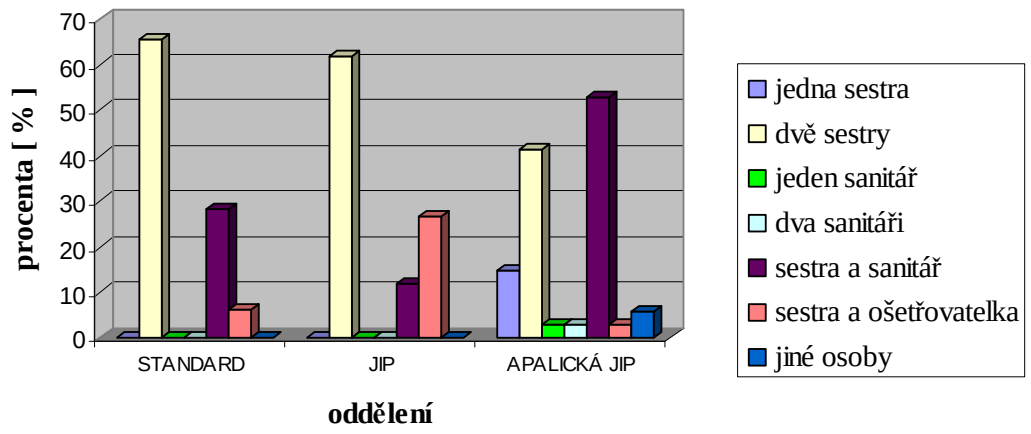
Graf je přehledem odpovědí na dotaz, zda sestry pociťují bolesti zad.

Na standardních jednotkách odpovědělo 11 sester (37 %) často, 17 sester (57 %) občas a 2 sestry (6 %) bolesti zad nepociťují.

Na jednotkách intenzivní péče odpovědělo 10 sester (33 %) často a 20 sester (67 %) občas. Žádná sestra (0 %) neoznačila odpověď ne.

Na apalických jednotkách odpovědělo 16 sester (59 %) často, 9 sester (33 %) občas a 2 sestry (8 %) bolesti zad nepociťují.

Graf 20 Polohování klienta/pacienta s apalickým syndromem

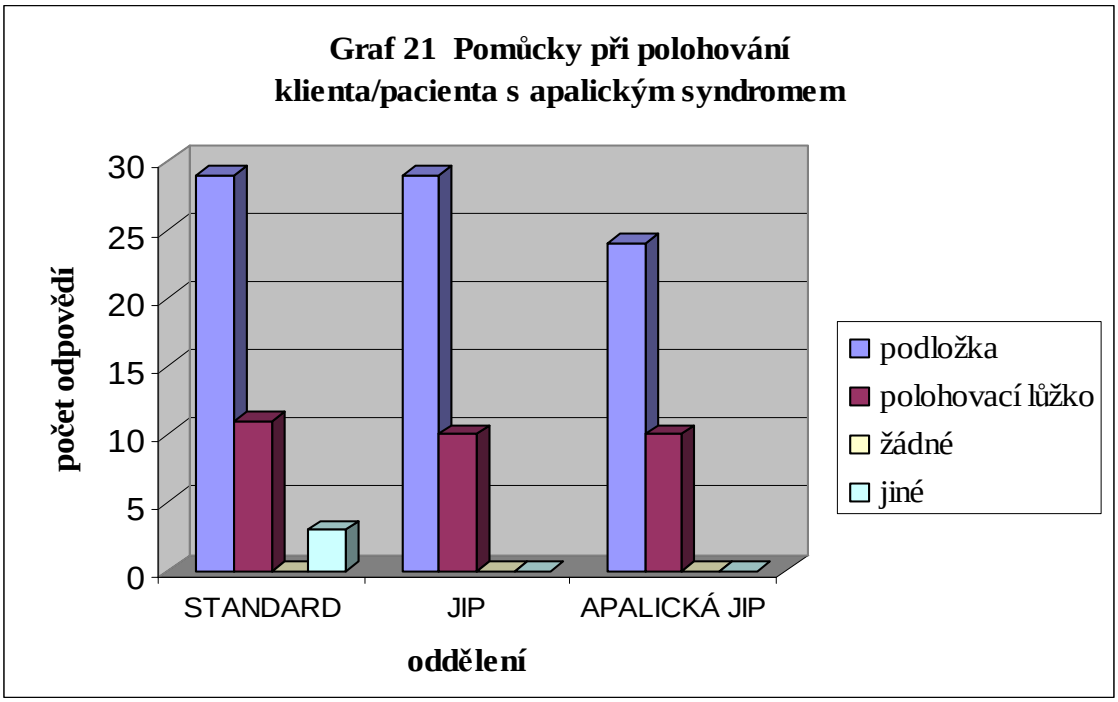


Graf vypovídá o způsobu polohování klientů/pacientů na jednotlivých jednotkách. Na tuto otázku bylo možno odpovědět více variantami.

Na standardních jednotkách neodpověděla žádná sestra, že polohování provádí pouze jedna sestra. 21 sester označilo, že polohování provádí dvě sestry, žádná ze sester neoznačila, že polohování provádí sanitář, žádná sestra neodpověděla, že polohování provádí dva sanitáři. 9 sester označilo, že polohování provádí sestra a sanitář. 2 sestry uvedly, že polohování provádí sestra a ošetřovatelka. Žádná ze sester neuvedla jiné osoby, které by polohování prováděly.

Na jednotkách intenzivní péče žádná sestra nepolohuje klienty/pacienty sama. 21 sester uvedlo, že polohování provádí dvě sestry. Žádná sestra neoznačila, že polohování provádí sanitář nebo dva sanitáři. 4 sestry odpověděly, že polohování provádí sestra a sanitář, 9 sester uvedlo, že polohování provádí sestra a ošetřovatelka. Žádná sestra neuvedla jiné osoby, které by polohování prováděly.

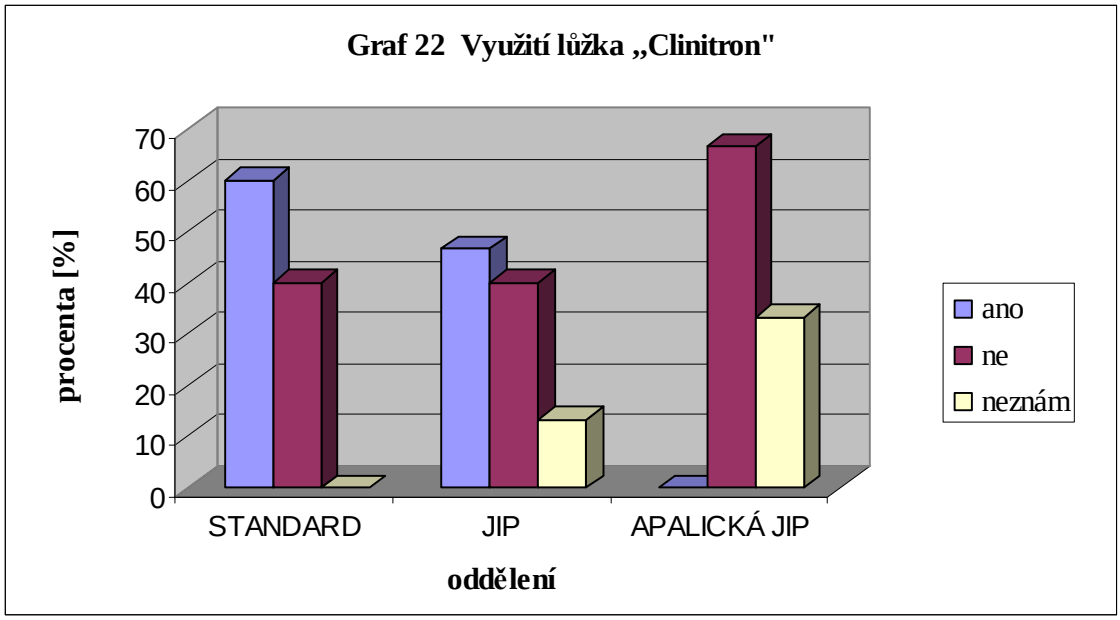
Na apalických jednotkách označilo 5 sester, že polohování provádí jedna sestra, 14 sester uvedlo, že polohování provádí dvě sestry, 1 sestra odpověděla, že polohování provádí jeden sanitář, 1 sestra označila, že polohování provádí dva sanitáři, 18 sester odpovědělo, že polohování provádí sestra a sanitář, 1 sestra označila, že polohování provádí sestra a ošetřovatelka. 2 sestry uvedly, že polohování je prováděno dle momentálního počtu zaměstnanců ve směně.



Graf poskytuje přehled o nejčastěji používaných pomůckách při polohování. Bylo možno odpovědět více variantami. Na standardních jednotkách 22 sester označilo, že využívají podložky, 11 sester odpovědělo, že využívají polohovacího lůžka. Žádná sestra neodpověděla, že nevyužívají žádné pomůcky. 3 sestry uvedly, že jako pomůcku k polohování používají své ruce.

Na jednotkách intenzivní péče odpovědělo 29 sester, že používají podložku, 10 sester označilo použití polohovacího lůžka. Žádná sestra neoznačila, že nepoužívají žádné pomůcky a žádná neuvedla jiné pomůcky k polohování.

Na apalických jednotkách označilo 24 sester používání podložky, 10 sester používání polohovacího lůžka. Žádná sestra neuvedla, že není používáno žádné pomůcky a žádná neuvedla jinou používanou pomůcku k polohování.

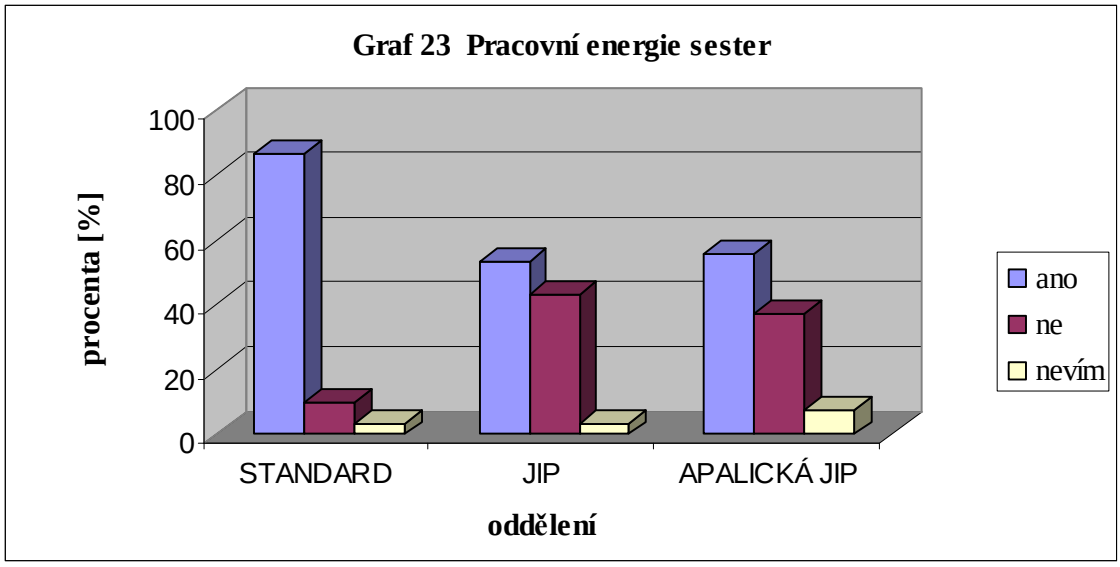


Graf znázorňuje využití lůžka „Clinitron“ v antidekubitární péči na jednotlivých jednotkách.

Na standardních jednotkách odpovědělo na dotaz, zda využívají toto lůžko ano 18 sester (60 %), ne 12 sester (40 %), žádná ze sester (0 %) neodpověděla, že toto lůžko nezná.

Na jednotkách intenzivní péče odpovědělo ano 14 sester (47 %), ne 12 sester (40 %) a 4 sestry (13 %) typ tohoto lůžka neznají.

Na apalických jednotkách ano neodpověděla žádná sestra (0 %), ne 18 sester (67 %) a 9 sester (33 %) typ tohoto lůžka nezná.

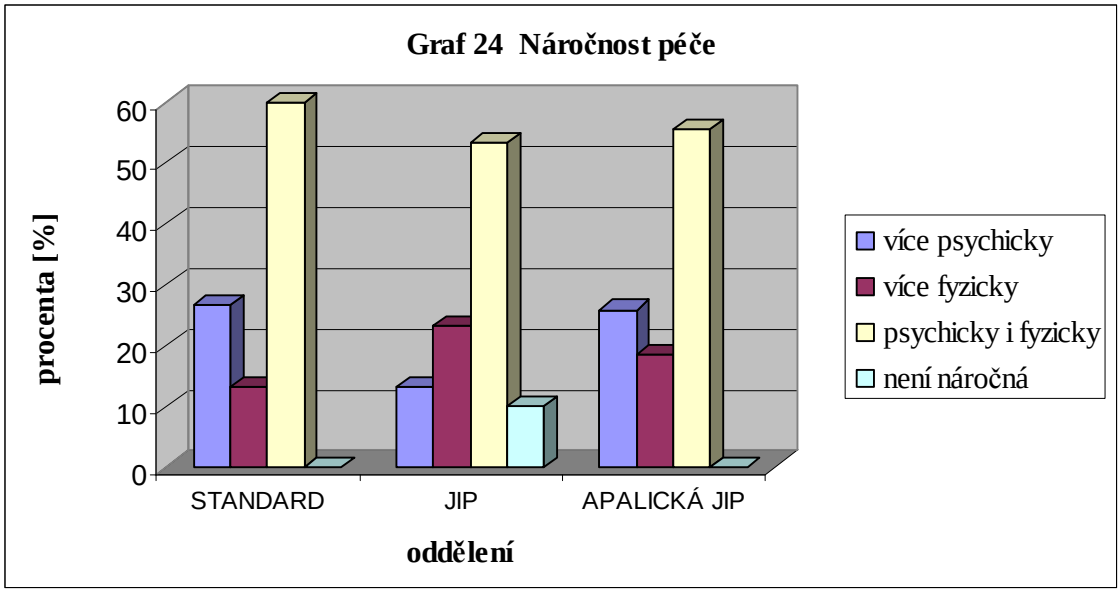


Graf je odpovědí na otázku, zda poskytování ošetřovatelské péče klientovi/pacientovi s apalickým syndromem vyžaduje více pracovní energie, než ostatní klienti/pacienti.

Na standardních jednotkách 26 sester (87 %) označilo ano, 3 sestry (10 %) ne a 1 sestra (3 %) neví.

Na jednotkách intenzivní péče označilo16 sester (53,4 %) ano, 13 sester (43,3 %) ne, 1 sestra (3,3 %) neví.

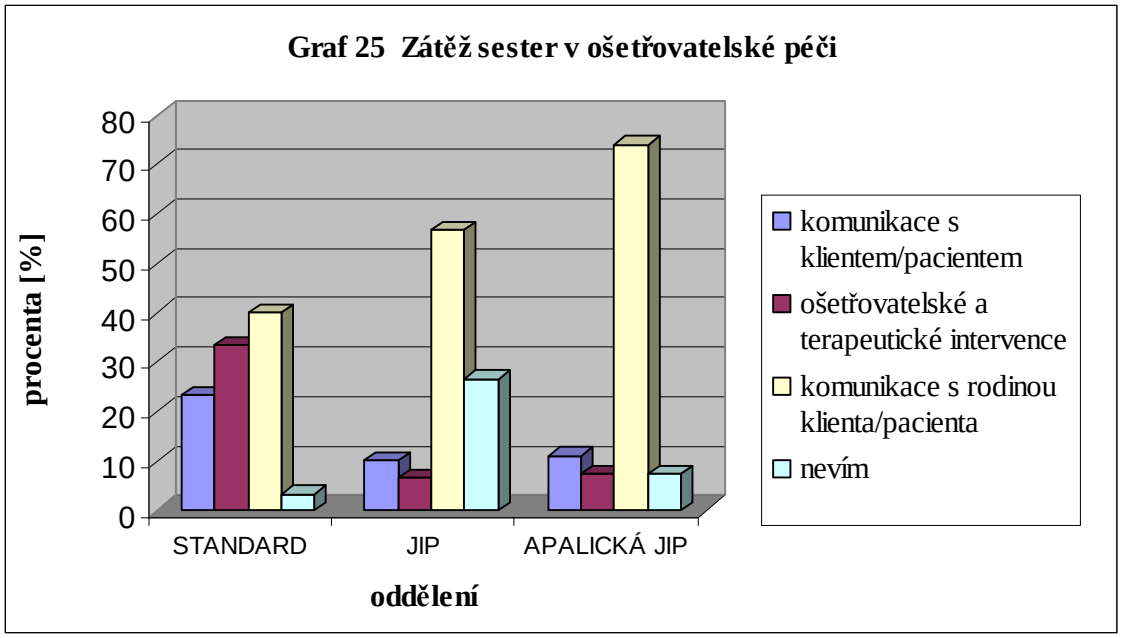
Na apalických jednotkách odpovědělo 15 sester (56 %) ano, 10 sester (37 %) ne a 2 sestry (7 %) neví.



Na dotaz, jak je pro sestry ošetřovatelská péče u klienta/pacienta s apalickým syndromem náročná odpovědělo na standardních jednotkách 8 sester (27 %) více psychicky, 4 sestry (13 %) více fyzicky, 18 sester (60 %) psychicky i fyzicky, žádná sestra neoznačila (0 %) není náročná.

Na jednotkách intenzivní péče odpověděly 4 sestry (13,3 %) více psychicky, 7 sester (23,3 %) více fyzicky, 16 sester (53,4 %) psychicky i fyzicky, pro 3 sestry (10,0 %) není náročná.

Na apalických jednotkách vnímá péči 7 sester (25,9 %) jako více psychicky náročnou, 5 sester (18,5 %) více fyzicky náročnou, 15 sester (55,6 %) psychicky i fyzicky náročnou a žádná sestra (0,0 %) jako nenáročnou.

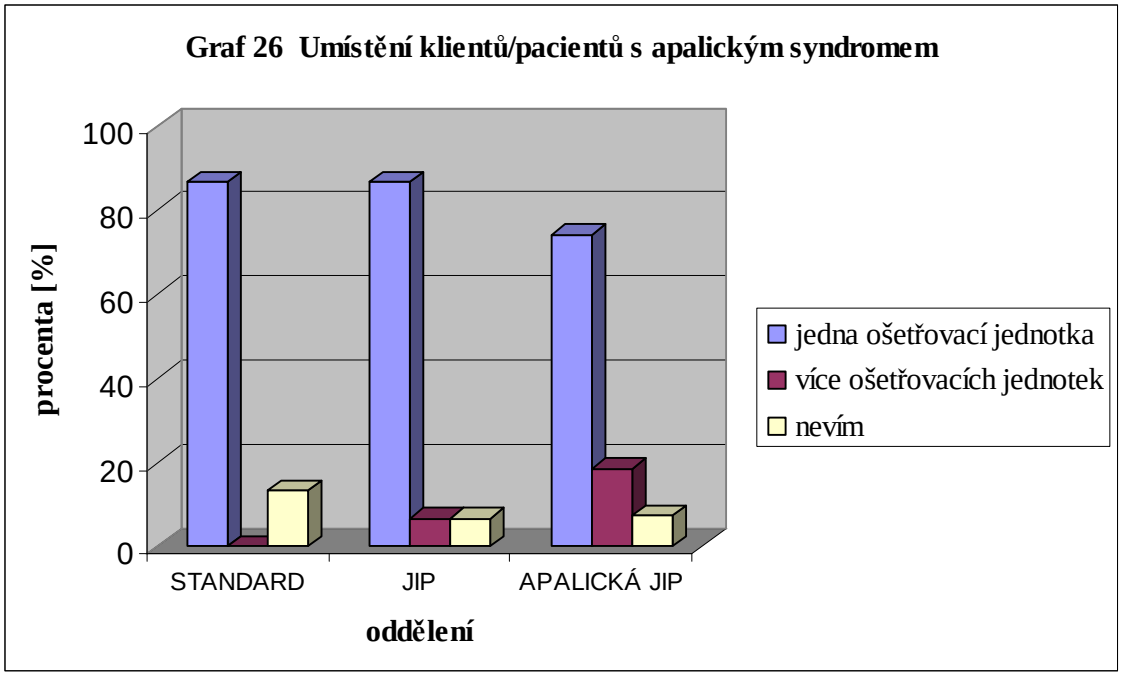


Graf vyjadřuje, co v rámci ošetřovatelské péče u klientů/pacientů s apalickým syndromem představuje pro sestry zátěž.

Na standardních jednotkách označilo jako zátěž 7 sester (23,4 %) komunikaci s klientem/pacientem, 10 sester (33,3 %) provádění ošetřovatelských a terapeutických intervencí, 12 sester (40,0 %) komunikaci s rodinou klienta/pacienta, 1 sestra (3,3 %) neví.

Na jednotkách intenzivní péče vnímají jako zátěž 3 sestry (10,0 %) komunikaci s klientem/pacientem, 2 sestry (6,7 %) provádění ošetřovatelských a terapeutických intervencí, 17 sester (56,7 %) komunikaci s rodinou klienta/pacienta, 8 sester (26,6 %) neví.

Na apalických jednotkách označily jako zátěž 3 sestry (11,1 %) komunikaci s klientem/pacientem, 2 sestry (7,4 %) provádění ošetřovatelských a terapeutických intervencí, 20 sester (74,1 %) komunikaci s rodinou klienta/pacienta a 2 sestry (7,4 %) neví.

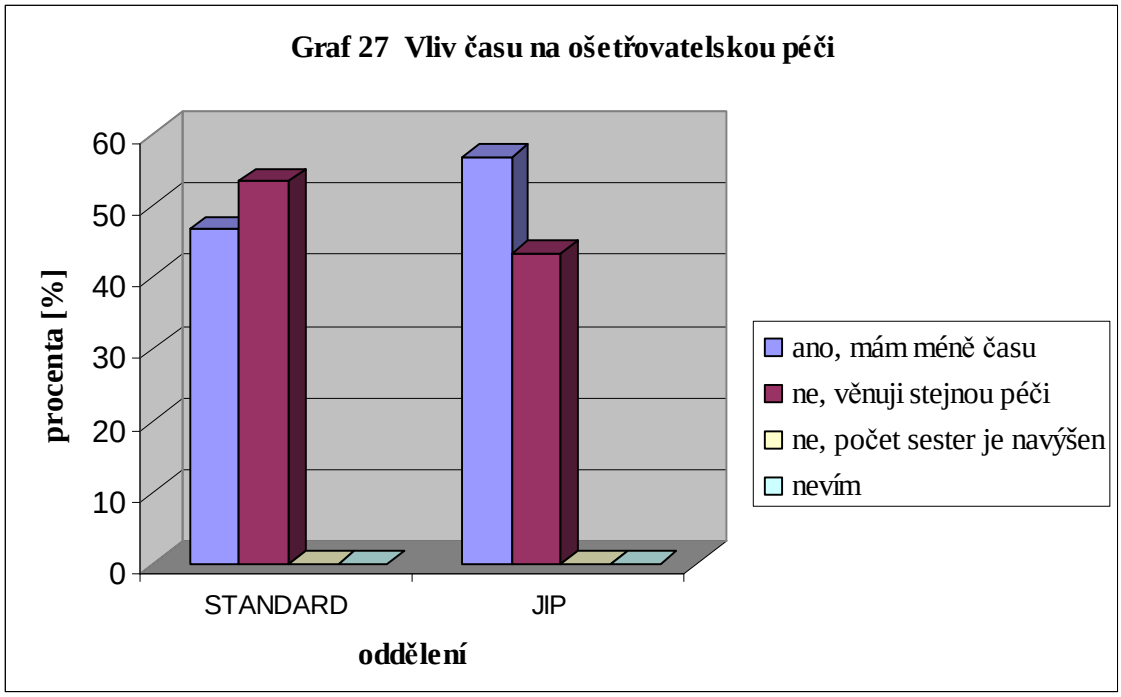


Graf vypovídá o tom, zda si sestry myslí, že umístění klientů/pacientů s apalickým syndromem na jednu ošetřovací jednotku je pro ně výhodou v ošetřovatelské péči nebo zda by volily jiné řešení.

Na standardních jednotkách odpovědělo 26 sester (87 %), že soustředění klientů/pacientů s apalickým syndromem na jednu jednotku je výhodou, umístění klientů/pacientů s apalickým syndromem na více jednotkách neoznačila žádná sestra (0 %) a 4 sestry (13 %) neví.

Na jednotkách intenzivní péče by soustředění klientů/pacientů s apalickým syndromem na jednu jednotku upřednostnilo 26 sester (86,6 %), rozmístění klientů/pacientů na více jednotek by volily 2 sestry (6,7 %) a 2 sestry (6,7 %) neví.

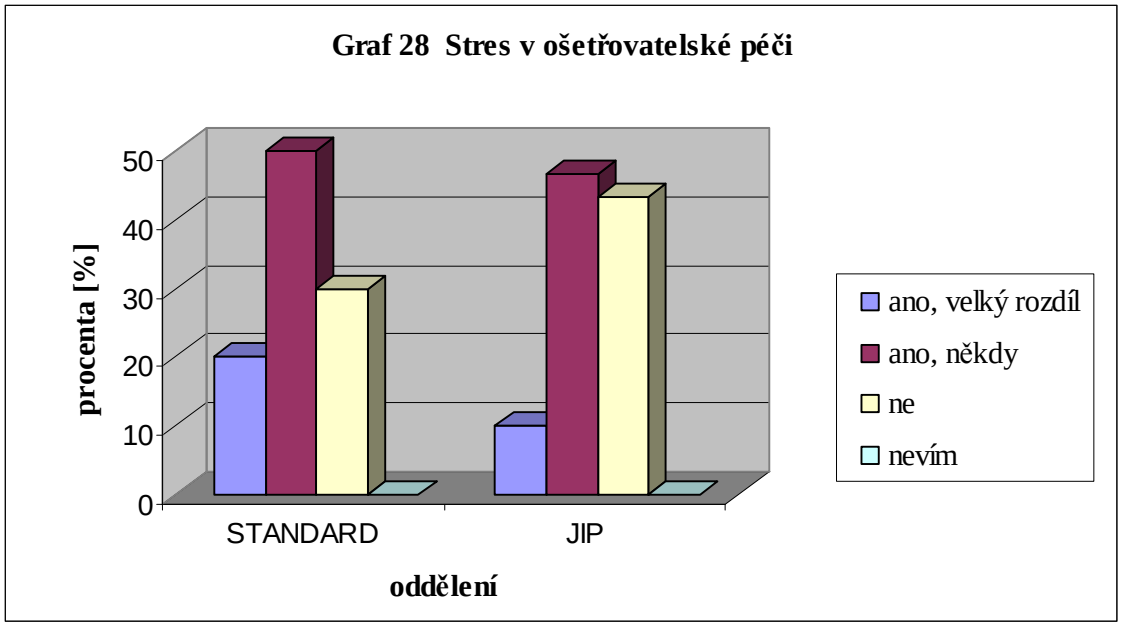
Na apalických jednotkách by soustředění klientů/pacientů s apalickým syndromem na jedné jednotce preferovalo 20 sester (74 %), rozmístění klientů/pacientů na více jednotek volilo 5 sester (19 %) a 2 sestry (7 %) neví.



Graf zobrazuje odpovědi na otázku, zda ošetřování klienta/pacienta s apalickým syndromem časově ovlivňuje ošetřovatelskou péči u ostatních klientů/pacientů. Na tuto otázku odpovídaly pouze sestry, které nepracují na apalické jednotce.

Na standardních jednotkách odpovědělo 14 sester (47 %) ano, mám na ostatní klienty/pacienty méně času, 16 sester (53 %) odpovědělo ne, věnuji všem klientům/pacientům stejnou péči. Žádná ze sester (0 %) neoznačila odpověď ne, při přítomnosti klienta/pacienta s apalickým syndromem je navýšen počet sester ve směně a žádná sestra (0 %) neoznačila nevím.

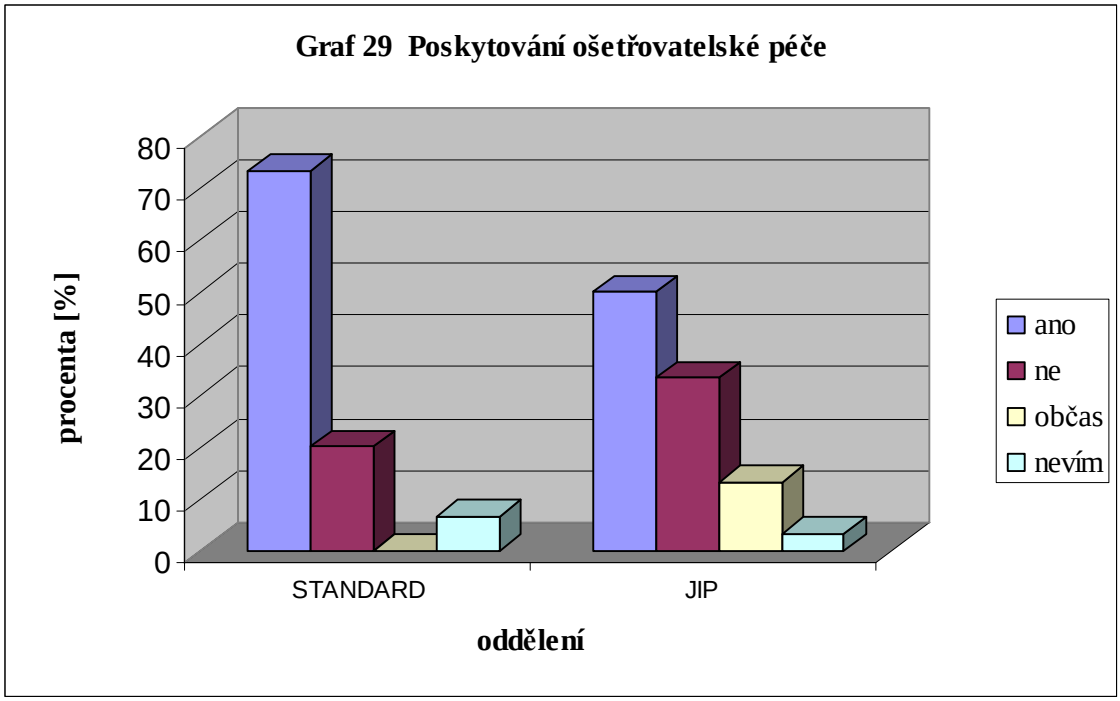
Na jednotkách intenzivní péče odpovědělo 17 sester (57 %) ano, mám na ostatní klienty/pacienty méně času, 13 sester (43 %) odpovědělo ne, věnuji všem klientům/pacientům stejnou péči. Žádná sestra (0 %) neoznačila odpověď ne, při přítomnosti klienta/pacienta s apalickým syndromem je navýšen počet sester ve směně a žádná sestra (0 %) neoznačila nevím.



Graf informuje o tom, zda se sestry cítí být více stresovány při ošetřování klienta/pacienta s apalickým syndromem oproti klientům/pacientům s jinou diagnózou. Odpovídaly pouze sestry, které nepracují na apalických jednotkách.

Na standardních jednotkách odpovědělo 6 sester (20 %) ano, je to pro mne velký rozdíl, 15 sester (50 %) odpovědělo ano, někdy. 9 sester (30 %) vyznačilo odpověď ne, klientova/pacientova diagnóza o mém stresu nerozhoduje. Žádná sestra (0 %) neodpověděla nevím.

Na jednotkách intenzivní péče odpověděly 3 sestry (10 %) ano, je to pro mne velký rozdíl, 14 sester (47 %) označilo ano, někdy. 13 sester (43 %) odpovědělo ne, klientova/pacientova diagnóza o mém stresu nerozhoduje. Žádná sestra (0 %) neoznačila nevím.



Graf vyhodnocuje odpovědi na otázku, zda sestry poskytují ošetřovatelskou péči, a to v jakékoliv sféře potřeb, stejně klientovi/pacientovi s apalickým syndromem jako klientovi/pacientovi s jinou diagnózou. Odpovídaly pouze sestry, které nepracují na apalické jednotce.

Ze standardních jednotek odpovědělo 22 sester (73 %) ano, 6 sester (20 %) ne, žádná sestra (0 %) nevybrala odpověď občas a 2 sestry (7 %) odpověděly nevím.

Na jednotkách intenzivní péče odpovědělo 15 sester (50,0 %) ano, 10 sester (33,4 %) ne, 4 sestry (13,3 %) občas a 1 sestra (3,3 %) nevím.

5. Diskuse

Jak již bylo řečeno, každá sestra, poskytující klientovi/pacientovi s apalickým syndromem ošetřovatelskou péči na jakékoliv jednotce, může být ohrožena větší či menší psychickou i fyzickou zátěží. Obě tyto zátěže pak mohou mít vliv na její přístup ke klientům/pacientům, na interpersonální vztahy jako takové, na kvalitu poskytované péče, ale také na sestru samotnou, včetně jejího osobního života. Díky zátěži by mohl být vytvořen jakýsi „začarovaný kruh“, kde se všechny zmíněné vlivy prolínají. A právě proto je nutné o zátěži sester nejen hovořit, ale také jí předcházet a aktivně ji řešit. Mým úkolem bylo zjistit, jaká zátěž u sester na daných ošetřovacích jednotkách, kde jsou klienti/pacienti s apalickým syndromem ošetřováni převažuje, a do jaké míry je právě druh této jednotky v zátěži rozhodující.

Zkoumaný soubor tvořily sestry pracující na jednotkách standardního typu, jednotkách intenzivní péče a jednotkách intenzivní péče – označovaných jako apalické jednotky (graf 5).

Četnost hospitalizace a poskytování ošetřovatelské péče klientům/pacientům s apalickým syndromem je na jednotlivých jednotkách rozdílná (graf 6).

Z identifikačních otázek vyplývá, že zkoumaný soubor tvořily sestry všech věkových kategorií (graf 1). Na všech ošetřovacích jednotkách, které se výzkumu zúčastnily, převládaly sestry ženy (graf 2). V délce praxe u lůžka bylo nejvíce sester s praxí 0-5 let na všech ošetřovacích jednotkách (graf 3). Převažovaly však na jednotkách standardních a jednotkách intenzivní péče. Z toho je možné usuzovat, že na těchto dvou jednotkách dochází k častější obměně personálu, tudíž zde pracuje bezmála polovina spíše mladých, nezkušených sester. Může docházet k nedostatku času, možná i k nedostatku sester, které by měly ty méně zkušené vést a učit. To by pouze potvrzovalo výsledky, které budou dále v diskusi zmiňovány. Na apalických jednotkách pracují mladé sestry také, ale je zde větší počet sester ze skupin s delší praxí. Dle sdělení je tomu tak proto, že kolektiv je vnímán samotnými sestrami jako velmi soudržný.

Na standardních a apalických jednotkách pracuje většina sester se středoškolským vzděláním (graf 4). Stojí za povšimnutí také to, že vyššího vzdělání celkově dosahují

sestry z jednotek intenzivní péče. To může svědčit o tom, že tyto sestry mají větší potřebu se ve svém oboru vzdělávat.

Souhrn výsledků týkajících se psychické zátěže.

Jak uvádí P. Novák ve svém článku (18), psychická zátěž mimo jiné souvisí s uspokojením z vlastní práce. Jestliže toto uspokojení chybí, dochází k psychické únavě, odporu k práci a syndromu vyhoření. Možné psychické příznaky syndromu vyhoření jsou uvedeny v článku I. Snopkové (22).

Poměrně velké procento sester minimálně jeden z těchto příznaků uvádí, a proto je poměrně velký počet sester tímto syndromem ohrožen (graf 7). Nejčastěji označovanými pocity v souvislosti s vykonáváním profese byly pocit marnosti práce a emocionálního vyčerpání. Oba tyto pocity pak uváděly hlavně sestry pracující na standardních jednotkách. To jsou sestry, které klienty/pacienty s apalickým syndromem ošetřují pouze zřídka. Tudíž jejich ošetřování může být do jisté míry pro sestry na těchto jednotkách problémovou situací. M. Jobánková ve své knize (9) uvádí, že problémové situace jsou spojeny s potřebou provádět zcela neznámé činnosti nebo orientovat se v neobvyklých situacích. Pro některé sestry může být také ošetřování těchto klientů/pacientů nepřiměřeným úkolem, který M. Jobánková (9) uvádí jako další ze zátěžových situací. Tyto údaje mohou vést k závěru, že sestry, které se s klienty/pacienty s apalickým syndromem setkávají spíše zřídka jsou více psychicky zatíženy a setkáváme se u nich s větším počtem negativních psychických pocitů z jejich práce. Tyto odpovědi jednoznačně potvrzují to, co je uvedeno v knize M. Jobánkové (9), že u každého jedince hrají významnou roli ve vnímání zátěže a zátěžových situací nejen faktory odolnosti vůči této zátěži, ale také jeho emoce, připravenost, dovednosti a znalosti. To může také korespondovat s již zmiňovanou převahou mladších sester na jednotlivých jednotkách.

O psychické zátěži může také vypovídat empatie (schopnost vcítění se do druhého, jeho myšlenek a pocitů). Každá sestra by měla být empatie schopna. Ovšem nesmí docházet ze strany sestry k přetížení, hlavně z hlediska konfrontace s vitálně ohroženými lidmi, kteří jsou na nich závislí. Vedlo by to k vývoji negativních reakcí vůči klientům/pacientům, které uvádí M. Jobánková ve své knize (9). Je potěšující, že

každá ze sester je vůči svým klientům/pacientům empatická (graf 14). Ale překvapující, že 70 % sester na jednotkách intenzivní péče a 56 % na apalických jednotkách udává empatii vůči svým klientům/pacientům pouze někdy, dle situace**.** Tyto údaje by měly být varovným signálem nejen z důvodu rozvoje syndromu vyhoření, ale i vnímání klientů/pacientů jako biopsychosociálních jedinců.

Dalším ukazatelem psychické zátěže sestry může být vnímání efektivnosti práce (graf 8). Zde jasně odpověděla nadpoloviční většina sester všech jednotek, že je jejich práce efektivní. To dle M. Jobánkové (9) znamená, že v ní chtějí dále pokračovat a jsou ochotny do ní investovat svou energii a dle P. Nováka (18) to vypovídá o tom, že je jejich práce uspokojuje.

M. Mařatová ve svém článku (13) píše, že péči o klienta/pacienta s nepříznivou prognózou, kde se jedná o dlouhodobý stav, považujeme za velmi málo motivující. Sestry se musí vyrovnat s tím, že jejich práce nevede k pozitivnímu cíli-uzdravení. Z výzkumu vyplynulo, že toto tvrzení není zcela pravdivé (graf 9). 63 % sester na apalických jednotkách je motivováno svou prací. To je na jednotkách, kde převažují právě klienti/pacienti s ne příliš pozitivní prognózou.. Na standardních jednotkách, kde se sestry setkávají s klienty/pacienty s apalickým syndromem v delším časovém úseku a jejichž skladba klientů/pacientů je rozmanitější jsou motivovány v 50 %. Výsledky otázky motivace mohou být ovlivněny právě skladbou klientů/pacientů. Je možné, že práce s klientem/pacientem s apalickým syndromem je pro sestry ze standardních jednotek a jednotek intenzivní péče méně motivující z důvodu jejich zvýšených požadavků na ošetřovatelskou péči a zároveň horší prognózy, než je tomu u ostatních klientů/pacientů. Je překvapující, že na jednotkách intenzivní péče uvádí 20 % sester, že nejsou prací motivovány vůbec. Mohlo by to být pokládáno za dosti vysoké číslo vzhledem k tomu, že na těchto pracovištích působí 43 % sester s praxí 0-5 let. Znamená to, že u těchto sester je prognóza rozhodujícím faktorem jejich motivace?

Potěšujícím zjištěním bylo, že bezmála všechny sestry na všech jednotkách mají nějaké zájmy, kterým se věnují (graf 13). To signalizuje, že právě tolik sester si uvědomuje, jak důležitý je pro ně odpočinek. Na všech jednotkách shodně převažuje regenerace neboli obnova přechodného poklesu funkčních schopností organismu

s využitím pohybové aktivity, tedy aktivní odpočinek. Pouze 3-4 % dotázaných ze všech jednotek odpovědělo, že neumí odpočívat Z toho je možné usuzovat, že jestliže dochází u sester k zátěži, ve větší míře jsou schopny tuto zátěž korigovat.

Souhrn výsledků týkajících se fyzické zátěže.

Některé otázky byly zaměřeny na projevy fyzické zátěže sester a některé se vztahovaly k provádění a řešení pro sestry fyzicky náročného polohování, které musí sestra v péči o klienta/pacienta s apalickým syndromem vykonávat. S tím souvisí také podmínky, pomůcky a personální obsazení, které má daná ošetřovací jednotka k dispozici.

L. Havlíčková ve své knize (8) uvádí, že jedním z projevů fyzické únavy, a to i chronické, je pokles výkonu. Až 24 sester ze standardních jednotek tento pokles v rámci pracovního vypětí udává (graf 15). Nejvyšší fyzickou zátěž dle příznaků vykazují jednoznačně sestry ze standardních jednotek a nejnižší fyzickou zátěž vykazují sestry pracující na jednotkách intenzivní péče. Sestry pracující na apalických jednotkách jsou zatíženy, ale ne tolik, jako sestry ze standardních lůžek. Sestry na těchto jednotkách nejsou zvyklé poskytovat náročnou péči bez zjevné fyzické zátěže. Zdá se, že sestry pracující s klienty/pacienty, kteří potřebují stále fyzicky náročnou péči, tuto zátěž snášejí lépe.

Dalšími příznaky, které mohou signalizovat až chronickou únavu z fyzické zátěže dle knihy L. Havlíčkové (8) a zároveň mohou být příznaky syndromu vyhoření dle článku I. Snopkové (22), jsou potíže se spánkem, ať již časté nebo občasné. Potíže spojené se spánkem jsou hlavně problémem sester na apalických jednotkách, kde je uvádí 93 % sester (graf 16). Poruchy zažívání pociťují nejvíce sestry z jednotek intenzivní péče - 67 % (graf 17).

Překonávání únavy, jež je způsobeno opakovanou fyzickou zátěží, může vést ke zvýšené konzumaci alkoholu a cigaret, upozorňuje ve svém článku M. Gučková (7). Nemusí se ale jednat pouze o únavu na základě fyzické zátěže. Jistě je těchto látek užíváno i v případě únavy způsobené zátěží psychickou.

Sestry na všech jednotkách konzumují alkohol převážně občas (graf 10). Ale 7 % sester z apalických jednotek uvedlo, že alkohol požívají často. Mluvíme-li o alkoholu

jako o prostředku k překonávání fyzické únavy, znamená to, že některé sestry na apalických jednotkách jsou fyzicky zatěžovány více, než sestry jiných ošetřovacích jednotek. Kouření cigaret se objevuje stejně u sester na všech jednotkách (graf 11). Nadpoloviční většina sester na všech jednotkách nekouří vůbec. Tyto výsledky ovšem nejsou nijak výrazně optimistické.

Všechny sestry pracující na jednotkách standardních a intenzivní péče uvedly, že na polohování klienta/pacienta s apalickým syndromem se podílí dvě osoby (graf 20) a na všech hodnocených jednotkách se v rámci polohování používají polohovací pomůcky buď typu podložka nebo polohovací lůžko (graf 21). Za trochu pozornosti stojí, že vyhláška uvedená v článku R. Adamczyka (1) neurčuje, které dvě osoby při manipulaci s klientem/pacientem spolupracují. Pouze na apalických jednotkách 1 sestra označila, že polohování je spíše mužskou záležitostí. O to víc překvapující je zjištění, že na těchto jednotkách 5 sester uvedlo, že polohování klienta/pacienta provádí pouze jedna sestra. Tyto uvedené údaje se také projevily v další otázce, která se zabývá jedním z příznaků fyzické zátěže, zmiňovaným v souvislosti s manipulací s imobilními klienty/pacienty jak uvádí v článku M. Gučková (7).

Jak již bylo zmíněno, na všech hodnocených jednotkách je využíváno pomůcek k polohování. Převažuje využití podložky a polohovacího lůžka. Na jednotkách není používáno jiných zařízení, která by polohování klienta/pacienta s apalickým syndromem ulehčovala. Například lůžko „Clinitron“, které je v rámci antidekubitární péče u klientů/pacientů s apalickým syndromem využíváno na oddělení Úrazové a plastické chirurgie v Nemocnici České Budějovice a.s.. Náklady na jeho pořízení jsou však vysoké a nevýhodou také může být jeho náročnost na prostorové vybavení pracovišť. Typ tohoto lůžka není až tak neznámý. Avšak počet sester, které jeho možnosti využití neznají je stále dosti velký. Dle výsledků se dospělo k závěru, že vybavení stran polohovacích pomůcek nemá významný vliv na fyzickou zátěž sester na jednotlivých jednotkách. Pomůcky jsou v převážné většině všude stejné. Ale dostatek či nedostatek personálu na jednotkách hraje významnou roli.

Zjištění, uvedené v článku M. Gučkové (7), týkající se fyzické zátěže při manipulaci s imobilním klientem/pacientem a jejího vlivu na pohybový aparát lze pouze potvrdit.

Až 59 % sester z apalických jednotek odpovědělo, že často pociťují bolesti zad (graf 19), tj. na jednotkách, kde jak již bylo uvedeno, 5 sester označilo, že polohování klienta/pacienta provádí jedna sestra. Ovšem, sečteme-li odpovědi, kdy sestry uvádí, že pociťují bolesti zad, ať již častou či občasnou, zjistíme, že 94 % sester ze standardních jednotek, 100 % sester z jednotek intenzivní péče a 92 % sester z apalických jednotek má bolesti zad. Tudíž poskytování ošetřovatelské péče klientům/pacientům s apalickým syndromem představuje pro sestry značnou fyzickou zátěž. Větší zátěží je spíše pro sestry na apalických jednotkách, kde většina sester trpí stálou bolestí zad. Zde je nutné se zamyslet nad skutečnostmi uvedenými v knize B. Koziérové (11), jež uvádí studie, které se tímto tématem zabývaly. Z nich vyplývá, že bolesti zad jsou u sester velkým problémem, avšak většina těchto sester je lhostejná ke správnému držení vlastního těla, učení se správnému zdvihání břemen a dalším technikám, které se mohou podílet právě na prevenci těchto bolestí.

Zdraví 21 (10) zmiňuje, že psychická i fyzická zátěž může za určitých podmínek vést k onemocnění. Na základě výsledků (graf 18) nebyly shledány na žádné jednotce výraznější rozdíly v onemocnění sester. Dle předešlých záznamů to svědčí o tom, že sestry na všech jednotkách jsou zatíženy, ale tato zátěž by neměla být nijak výrazně spojována s jejich onemocněním.

Výsledky poskytování ošetřovatelské péče klientům/pacientům s apalickým syndromem a jejího vlivu na sestry jednotlivých ošetřovacích jednotek.

Sestry v nadpoloviční většině na všech ošetřovacích jednotkách shodně vnímají ošetřovatelskou péči u klienta/pacienta s apalickým syndromem jako psychicky i fyzicky náročnou (graf 24). To potvrzuje výsledek uvedený v článku E. Šuráňové (23).

Dále z odpovědí jasně vyplývá, že klienti/pacienti s apalickým syndromem jsou největší zátěží, vyžadují více pracovní energie od sester pracujících na jednotkách standardního typu (graf 23). Z toho je možné usuzovat, že tyto sestry mají největší problém s poskytováním ošetřovatelské péče právě těmto klientům/pacientům. Možnými důvody mohou být jak uvádí R Adamczyk ve svém článku (1) časová tíseň. Sestry nemají dostatek času na poskytnutí ošetřovatelské péče. Nebo jak uvádí I. Snopková (22) nutnost neustálé pozornosti a sledování stavu, konfrontace s utrpením.

Dalším možným důvodem může být převažující počet sester s kratší praxí. Jestliže jsou to právě tyto důvody, měli bychom spíše rovnou hovořit o psychické zátěži sester na standardních odděleních, při hospitalizaci klienta/pacienta s apalickým syndromem.

Největší zátěž v samotné ošetřovatelské péči, a na tom se shodují opět sestry ze všech ošetřovacích jednotek, představuje komunikace s rodinou klienta/pacienta s apalickým syndromem (graf 25). A to zejména, což je překvapením, pro 74,1 % sester na apalických jednotkách. E. Šuráňová (23) uvádí, že je v ošetřovatelské péči u těchto klientů/pacientů nutná a důležitá nejen spolupráce s rodinou, ale také je nutné s rodinnými příslušníky hovořit. Je nutné jim zdůraznit jejich nezastupitelnou úlohu v léčebném procesu. Dále uvádí, že větší procento – 73 % rodinných příslušníků se nejen může, ale také se zapojuje do ošetřovatelské péče. Proto by umění komunikace měly ovládat zejména sestry pracující na apalických jednotkách, kde jsou klienti/pacienti s apalickým syndromem soustřeďováni. Proč tomu tak není se můžeme pouze dohadovat. Může to být nedostatkem času na rozhovor a bližší seznámení se s rodinou klienta/pacienta či neznalost sester v prožívání těžké situace rodiny a z toho plynoucí neznalost přístupu k takové rodině.

Otázky 28, 29 a 30 byly určeny pouze sestrám, které nepracují s klienty/pacienty stále, tudíž sestrám, které pracují na standardních jednotkách a jednotkách intenzivní péče. Sloužily k porovnání zátěže sester, které klienty/pacienty s apalickým syndromem neošetřují stále. Jak již bylo potvrzeno v předešlých otázkách jsou tito klienti/pacienti pro sestry psychickou i fyzickou zátěží.

U 57 % sester pracujících na jednotkách intenzivní péče ovlivňuje časově ošetřování klienta/pacienta s apalickým syndromem poskytování ošetřovatelské péče ostatním klientům/pacientům (graf 27). Tento výsledek je překvapující, protože sestry z jednotek intenzivní péče by měly být zvyklé pracovat s klienty/pacienty náročnějšími na ošetřovatelskou péči a tudíž by je tato diagnóza i tito klienti/pacienti měli zatěžovat méně, než sestry na standardních odděleních. Nebo jsou sestry jednotek intenzivní péče ve větší časové tísni, která je psychickou zátěží, jak zmiňuje v článku R. Adamczyk (1), a té jsou dlouhodobě vystaveny.

Oproti tomu vnímání ošetřovatelské péče poskytované klientům/pacientům s apalickým syndromem jako stresové situace je vyšší u sester pracujících na standardních jednotkách (graf 28). Jestliže vnímáme čas jako jeden z možných stresorů, můžeme jej v tomto případě vyřadit, bereme-li v potaz odpověď na předchozí otázku. Tedy, čas není pro sestry na standardních odděleních nejhlavnějším stresorem v poskytování ošetřovatelské péče klientům/pacientům s apalickým syndromem. Jestliže budeme mít na zřeteli znění otázky a odpovědi, bude stresorem právě sama diagnóza klienta/pacienta. Již při vyslovení diagnózy a s ní spojené ošetřovatelské péče může u sester, které tyto klienty/pacienty neošetřují stále, ale pouze s kratšími či delšími časovými odstupy, vyvolat stres. Je nutné opět upozornit na již zmíněné délky praxe sester na jednotlivých jednotkách. Pro sestry bez zkušeností mohou být klienti/pacienti s vážnou diagnózou a náročnou ošetřovatelskou péčí vnímáni jako zátěž. To znamená, že také ošetřovatelská péče, kterou tito klienti/pacienti vyžadují, může být vnímána jako zátěžová.

I když je pro sestry na standardních odděleních ošetřovatelská péče poskytovaná klientům/pacientům s apalickým syndromem stresorem (nepočítáme čas), poskytují v 73 % klientům/pacientům stejně kvalitní péči jako ostatním klientům/pacientům (graf 29). Sestry na jednotkách intenzivní péče jsou sice schopny poskytnout stejnou péči klientům/pacientům s apalickým syndromem, ale již jen v 50 %. Tedy, ve větší míře přiznávají, že někdy je pro ně poskytnutí stejné ošetřovatelské péče všem klientům/pacientům obtížné a někdy nejsou schopny stejnou péči poskytnout vůbec. Nevnímejme to tak, že by tento výsledek byl v přístupu sester samotných. Nejspíše dochází na jednotkách intenzivní péče komplexně k větší zátěži sester. Může to být také způsobeno větším počtem klientů/pacientů s vážnou diagnózou či nedostatkem personálu.

Většina sester ze všech tří zúčastněných jednotek by preferovala umístění klientů/pacientů s apalickým syndromem na jednu ošetřovací jednotku. Vyjadřují pocit, že je to výhoda pro sestry, které těmto klientům/pacientům ošetřovatelskou péči poskytují. Za zmínku stojí, že nejméně odpovědí, kdy sestry preferují umístění

klientů/pacientů na jednu jednotku, byly právě odpovědi sester, které na této jednotce pracují.

Z kompletních výsledků práce vyplývá, že zátěž sester v péči o klienta/pacienta s apalickým syndromem je vysoká. Proto je třeba vnímat tuto péči a sestry, které ji poskytují jako vysoce rizikové z hlediska výskytu syndromu vyhoření.

Nedá se učinit jasný závěr ve smyslu jednoznačného umístění klienta/pacienta s apalickým syndromem. Ale zkušený, sehraný a dobře vedený tým tuto psychicky i fyzicky náročnou práci může zvládnout.

První hypotéza: Psychická zátěž sester, pracujících na apalických jednotkách je nižší než zátěž sester na ostatních ošetřovacích jednotkách, byla potvrzena. K této hypotéze byly použity výsledky otázek č. 7, 8 a 9. Z těchto výsledků vyplývá, že sestry pracující na apalických jednotkách vnímají ošetřování klientů/pacientů jako menší psychickou zátěž.

Druhá hypotéza: Fyzická zátěž sester, pracujících na apalických jednotkách je nižší než zátěž sester na ostatních ošetřovacích jednotkách, nebyla potvrzena. K této hypotéze byly použity výsledky otázek č. 16, 19, 20. Z výsledků zodpovězených otázek vyplývá, že právě sestry pracující na apalických jednotkách jsou spíše fyzicky zatěžovány, než sestry ostatních jednotek.

6. Závěr

Ošetřovatelská péče u klientů/pacientů s apalickým syndromem je považována za velice psychicky i fyzicky náročnou. Proto každá sestra, která tuto péči těmto klientům/pacientům poskytuje, na jakékoliv ošetřovací jednotce, může být větší či menší psychickou i fyzickou zátěží ohrožena.

Ve své práci jsem se chtěla zaměřit na psychické a fyzické zatížení sester v ošetřování klientů/pacientů s apalickým syndromem na jednotlivých jednotkách, které těmto klientům/pacientům ošetřovatelskou péči poskytují. Tyto zátěže nemají pouze vliv na ošetřování klientů/pacientů, ale jistě zasahují i do pracovního a soukromého života sester.

Cílem této práce bylo zhodnotit psychickou a fyzickou zátěž sester v ošetřování klientů s apalickým syndromem v závislosti na ošetřovací jednotce. Cíl práce byl splněn.

Stanoveny byly dvě hypotézy.

- Hypotéza 1: Psychická zátěž sester, pracujících na apalické jednotce je nižší než zátěž sester na ostatních ošetřovacích jednotkách, byla potvrzena.

- Hypotéza 2: Fyzická zátěž sester pracujících na apalické jednotce je nižší než zátěž sester na ostatních ošetřovacích jednotkách, nebyla potvrzena.

K zátěži dochází u sester na všech jednotkách. Proto je potřeba identifikovat, řešit a eliminovat problémy, které se objevují na jednotlivých pracovištích. Je třeba přistoupit k řešení problémů nejlépe na všech úrovních managementu.

Co se týče zátěže psychické, je třeba dbát na dobré duševní zdraví sester. Vedoucí pracovníci by měli sestry motivovat, nabádat a napomáhat k včasnému předcházení zátěži. V otázce únavy fyzické, by měl personální management poskytovat dostatek pomocného personálu na jednotlivých pracovištích, aby nedocházelo k přetěžování sester. Mělo by docházet k modernizaci pracovišť ve smyslu zlehčení a zjednodušení práce sestry.

Vhodné je pořádání seminářů či kurzů, které by sestry upozorňovaly na možnou zátěž a učily technikám, jak účinně proti této zátěži bojovat. Sestry samy by měly navrhovat a uvádět do praxe nápady či pomůcky, které by jim zátěž snižovaly.

Výsledky a poznatky z výzkumu bych ráda nabídla k prezentaci na seminářích. Ráda bych s nimi seznámila nejen své kolegyně a respondenty, ale i vedoucí pracovníky všech ošetřovacích jednotek, kde poskytují ošetřovatelskou péči klientům/pacientům s apalickým syndromem a tím napomohla k řešení problémů jednotlivých pracovišť.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMCZYK, Roman. Humánní role sestry: je sestra nadčlověk? *Ošetřovatelství*. Ostrava: 2005, roč. 7, č. 3-4, s. 98. ISSN 1212-723X.
2. CIBOCHOVÁ R. et. al. Apalický syndrom u dětí: Průběh a prognóza. *Čes. slov. Neurol. Neurochir.* Praha: 2002, roč. 65/98, č. 1, s. 32-36. ISSN 1210-7859.
3. DLASK, Karel. Apalický syndrom u dětí. *Čes.-slov. Pediat.* Praha: 2000, roč. 55, č. 12, s. 777-779. ISSN 0069-2328.
4. DOKOUPILOVÁ, Hana. Péče sestry o pacienty s apalickým syndromem. *Sestra.* Praha: 2000, roč. 10, č. 1, s. 17. ISSN 1210-0404.
5. DROBNÝ. Postanoxické kóma a prognóza. *Ref. Výb. Anest. Resuscit*. Praha: 1999, roč. 46, č. 1, s. 54-56. ISSN 1212-3048.
6. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: EPAVA, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
7. GUČKOVÁ, Mária. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6, s. 2. ISSN 1210-04-04.
8. HAVLÍČKOVÁ, L. a kolektiv. *Fyziologie tělesné zátěže I. Obecná část*. Praha: Karolinum, 1994. 180 s. ISBN 382-140-94.
9. JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv autorů. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.10.
10. KOMÁREK, L. et al. *Práce a zdraví.* Dostupné z WWW: < http://www.zdravi21.cz >. 5.12.2007
11. KOZIEROVÁ, B., Erbenová, G., Olivieriová. R., *Ošetrovaťelstvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
12. MARŠÁLKOVÁ, Kamila. Apalický syndrom – vegetativní stav. *Sestra.* Praha: 2004, roč. 14, č. 1, *Příloha. Tématický sešit – Neurologie*, č. 125, s. 35. ISSN 1210-0404.

13. MAŘATOVÁ, M., Dobešová, H. Psychologická úskalí v práci zdravotních sester na JIP. In: Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí. *Sborník příspěvků 2. konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí. Autoreferát přednášky.* Velká Bystřice: 2000, s. 82-83.
14. MIKŠOVÁ, Z., Froňková, M., Zajíčková, M. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I.* Aktualizované a doplněné vydání, v této podobě 1. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
15. MIKŠOVÁ, Z., Froňková, M., Zajíčková, M. *Kapitoly z ošetřovatelské péče II.* Aktualizované a doplněné vydání, v této podobě 1. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
16. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s.
17. NEVŠÍMALOVÁ, S., Růžička, E., Tichý, J. et al. *Neurologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2, Praha: Karolinum, 2002. 368 s. ISBN 80-246-0502-3.
18. NOVÁK, P. Péče o duševní zdraví zaměstnanců ve zdravotnictví ve Švédsku. In: *Pečující povolání. Sborník přednášek.* Praha: 2001, s. 26.
19. OPAVSKÁ, V., Tauchmanová, J. Pohled sestry na apalický syndrom. *Pediatrie pro praxi*. Olomouc: 2001, roč. 2, č. 3, s. 196-197. ISSN 1213-0494.
20. REHABILITAČNÍ OŠETŘOVÁNÍ. *Standard ošetřovatelské péče č. 33,* 2006. Nemocnice České Budějovice a.s.
21. SEIDL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
22. SNOPKOVÁ, Ivana. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra.* Praha: 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 37-38. ISSN 1210-0404.
23. ŠURÁŇOVÁ, Eva,Vitásková, Růžena. Apalický syndrom jako ošetřovatelský problém. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 10, *Příloha. Tematický sešit* č. 164, s. 51 ISSN 1210-0404.
24. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. nezměněné – dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

25. TYRLÍKOVÁ, I. a kolektiv autorů. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
26. VÁŇOVÁ, Eva, Tolarová, Lucie. Život po apalickém syndromu. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 1. *Příloha. Tematický sešit - Neurologie*, č. 125, s. 36-37. ISSN 1210-0404.

8. Klíčová slova

Apalický syndrom

Psychická zátěž sester

Fyzická zátěž sester

Apalické jednotky

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro sestry
Příloha 2 Tabulka hodnocení proleženin/dekubitů/ dle Nortonové
Příloha 3 Polohovací záznam - 1. strana
Příloha 3 Polohovací záznam - 2. strana
Příloha 4 Lůžko „Clinitron“
Příloha 5 Glasgowská stupnice pro hodnocení stavu vědomí

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Dobrý den, jmenuji se Helena Prokešová a jsem studentkou Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ve své závěrečné (bakalářské) práci se zabývám tématem psychické a fyzické zátěže sester v ošetřování klienta s apalickým syndromem. Z tohoto důvodu Vás prosím o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte, eventuelně, kde je označeno, doplňte vlastními slovy.

Ujišťuji Vás, že dotazník je anonymní a veškeré údaje v něm uvedené použiji pouze pro svou práci. Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

1. Kolik je Vám let?

A. 20-25
B. 26-30
C. 31-40
D. 41-50
E. 51 a více let

2. Jakého jste pohlaví?

A. Muž
B. Žena

3. Jak dlouho pracujete jako sestra u lůžka?

A. 0-5 let
B. 6-10 let
C. 11-15 let
D. 16-20 let
E. 21-25 let
F. 26 a více let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

A. SZŠ

B. SZŠ + specializace

C. VZŠ

D. VŠ – Bc.

E. VŠ – Mgr.

5. Na jakém typu oddělení pracujete?

A. Standardní lůžkové

B. JIP

C. Apalická jednotka

6. Jak často ošetřujete klienta/pacienta s apalickým syndromem?

A. Stále

B. 1x za půl roku

C. 1x za rok

D. 1x za více let

7. Označte, prosím, máte-li některý z těchto pocitů v souvislosti s vykonáváním Vaší profese, můžete označit i více variant

A. Pocit marnosti Vaší práce

B. Pocit vlastní zbytečnosti

C. Pocit neužitečnosti

D. Pocit sebelítosti

E. Pocit emocionálního vyčerpání

F. Nemám žádný z těchto pocitů

8. Myslíte si, že vaše práce je

A. Velmi efektivní

B. Málo efektivní

C. Efektivní

D. Není efektivní

9. Motivuje Vás Vaše práce?

A. Ano

B. Ne

C. Nevím

10. Požíváte alkohol?

A. Často

B. Občas

C. Ne

11. Kouříte?

A. Ano

B. Ne

C. Někdy

12. Máte nějaké zájmy, koníčky?

A. Ano

B. Ne

13. Jak spíše odpočíváte ve volném čase?

A. Aktivně (sport, zahrádka,…)

B. Pasivně (spánek, četba,…)

C. Neumím odpočívat

14. Myslíte si, že jste vůči svým klientům/pacientům dostatečně empatická/ý?

A. Ano

B. Někdy, dle situace

C. Ne

D. Nerozumím tomuto pojmu

15. Označte, prosím, zda pociťujete v souvislosti s pracovním vypětím některý z těchto příznaků (můžete označit i více variant).

A. Pokles výkonu

B. Slabost

C. Bolesti svalů

D. Nauzeu

E. Nic z uvedeného

16. Míváte poruchy spánku?

A. Ano

B. Ne

C. Občas

17. Trpíte zažívacími obtížemi?

A. Často

B. Občas

C. Ne

18. Jak často jste nemocná/ý?

A. 1x za více let

B. 1x ročně

C. 1x za půl roku

D. 1x za 3 měsíce

E. 1x měsíčně

19. Pociťujete bolesti zad?

A. Často

B. Občas

C. Ne

20. Polohování klienta/pacienta s apalickým syndromem na vašem oddělení provádí (můžete označit i více variant).

A. Jedna sestra

B. Dvě sestry

C. Sanitář

D. Dva sanitáři

E. Sestra a sanitář

F. Sestra a ošetřovatelka

G. Jiné osoby, jaké……..

21. Jaké používáte pomůcky při polohování klienta/pacienta? (můžete označit i více variant)

A. Podložku

B. Polohovací lůžko

C. Žádné

D. Jiné, jaké…….

22. Využívá vaše oddělení v umístění klienta/pacienta lůžko „Clinitron“?

A. Ano

B. Ne

C. Typ tohoto lůžka neznám

23. Vyžaduje klient/pacient s apalickým syndromem více Vaší pracovní energie, než ostatní klienti/pacienti?

A. Ano

B. Ne

C. Nevím

24. Ošetřovatelská péče u klienta/pacienta s apalickým syndromem je pro vás náročná

A. Více psychicky

B. Více fyzicky

C. Psychicky i fyzicky

D. Není náročná

25. Co je pro Vás největší zátěží v ošetřovatelské péči u klienta/pacienta s apatickým syndromem?

A. Komunikace s klientem/pacientem

B. Provádění ošetřovatelských a terapeutických intervencí

C. Komunikace s rodinou klienta/pacienta

D. Nevím

26. Označte, prosím, odpověď se kterou se ztotožňujete

A. Soustředění klientů/pacientů s apalickým syndromem na jednu ošetřovací jednotku je výhodou pro sestry poskytující těmto klientům/pacientům ošetřovatelskou péči.

B. Bylo by lepší, kdyby klienti/pacienti s apalickým syndromem byli rozmístěni na více ošetřovacích jednotkách v rámci zařízení.

C. Nevím

Následující otázky jsou určeny pouze sestrám, které nepracují na apalické jednotce. Děkuji.

27. Ovlivňuje časově ošetřování klienta/pacienta s apalickým syndomem Vaši ošetřovatelskou péči u ostatních klientů/pacientů na oddělení?

A. Ano, mám na ostatní klienty/pacienty méně času
B. Ne, věnuji všem klientům/pacientům na oddělení stejnou péči
C. Ne, při přítomnosti klienta/pacienta s apalickým syndromem je navýšen počet sester ve směně
D. Nevím

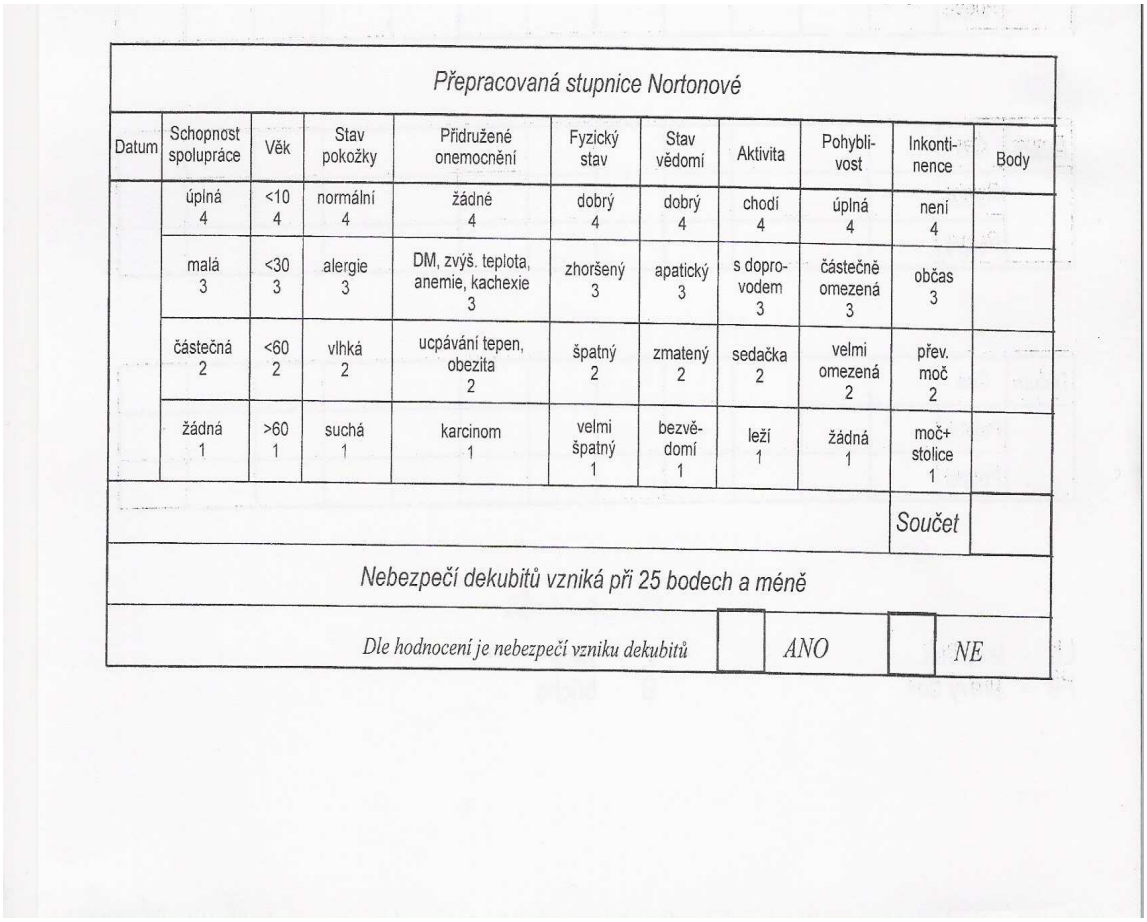
28. Cítíte se být více stresován/a, při ošetřování klienta/pacienta s apalickým syndromem oproti klientům/pacientům s jinou diagnózou?

A. Ano, je to pro mne velký rozdíl
B. Ano, někdy
C. Ne, klientova/pacientova diagnóza o mém stresu nerozhoduje
D. Nevím

29. Máte dojem, že poskytujete ošetřovatelskou péči, a to v jakékoliv sféře potřeb, stejně klientovi/pacientovi s apalickým syndromem jako klientovi/pacientovi s jinou diagnózou?

A. Ano
B. Ne
C. Občas
D. Nevím

Příloha 2 Tabulka hodnocení proleženin/dekubitů/ dle Nortonové



Přepracovaná stupnice Nortonové

Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
	úplná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
	malá 3	<30 3	alergie 3	DM, zvýš. teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	částečně omezená 3	občas 3	
	částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpávání tepen, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedačka 2	velmi omezená 2	přev. moč 2	
	žádná 1	>60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč+ stolice 1	
									Součet	

Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně

Dle hodnocení je nebezpečí vzniku dekubitů ☐ *ANO* ☐ *NE*

Zdroj :

Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 3 Polohovací záznam - 1. strana

Příloha č. 1

POLOHOVACÍ ZÁZNAM
A HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITU

č. .....

Jméno:
(nalepit štítek)

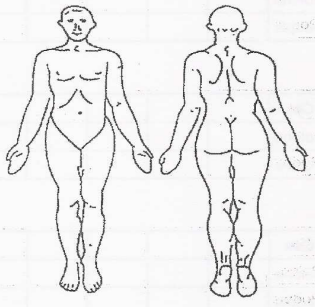
Dekubity:
(stupeň zakreslit na příslušné místo červeně)

I. - zarudnutí lok. zduření, bolest

II. - tvorba puchýřků, poškození
- kůže a podkoží

III. - hluboké poškození kůže
- nekróza

IV. - dekubitální vřed



Přepracovaná stupnice Nortonové

Datum	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
	úplná 4	<10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	dobrý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
	malá 3	<30 3	alergie 3	DM, zvýš. teplota, anemie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprovodem 3	částečně omezená 3	občas 3	
	částečná 2	<60 2	vlhká 2	ucpávání tepen, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedačka 2	velmi omezená 2	přev. moč 2	
	žádná 1	>60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	žádná 1	moč+ stolice 1	
									Součet	

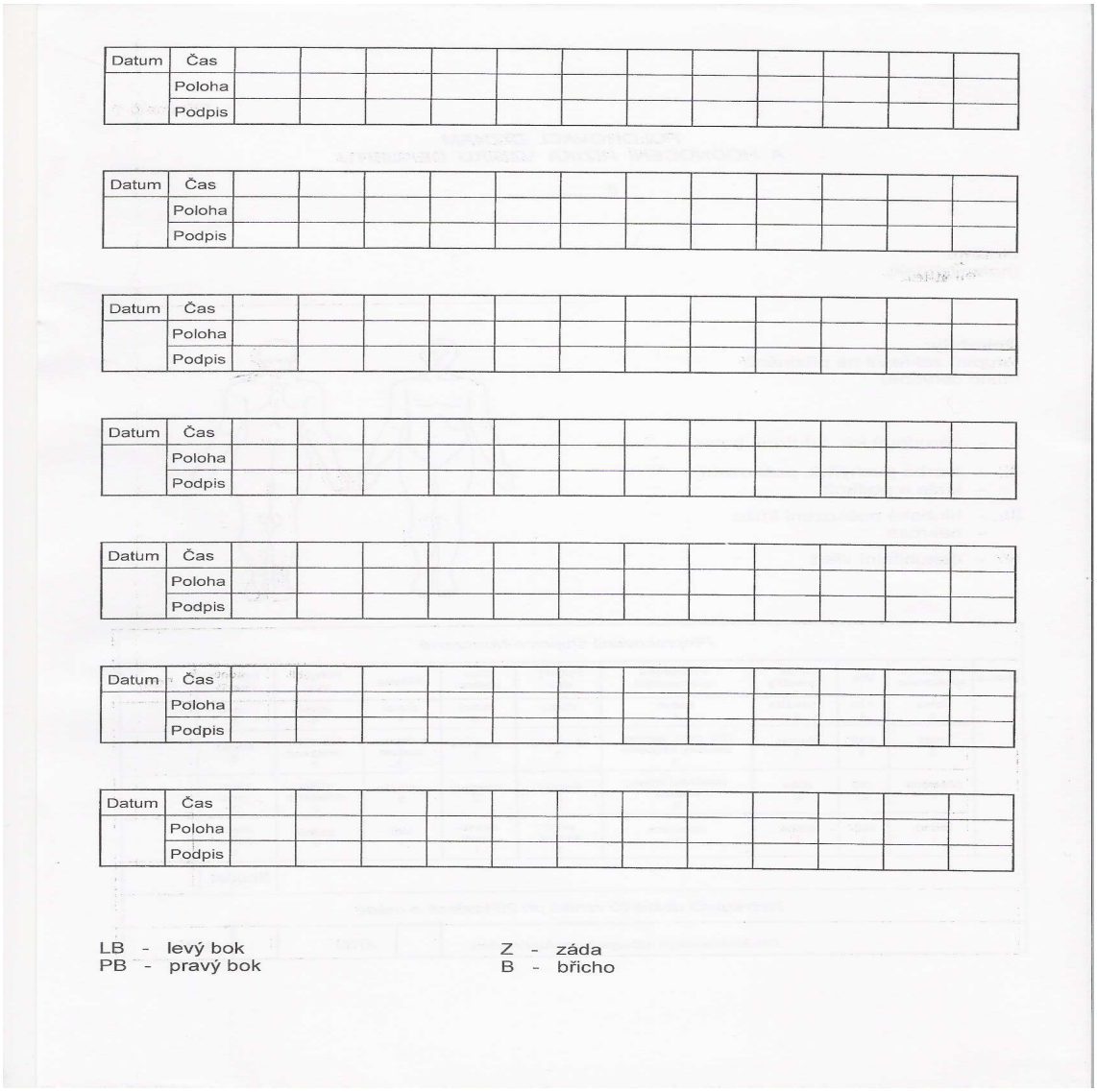
Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně

Dle hodnocení je nebezpečí vzniku dekubitů ☐ *ANO* ☐ *NE*

Zdroj:

Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 3 Polohovací záznam - 2. strana



Datum	Čas												
	Poloha												
	Podpis												

Datum	Čas												
	Poloha												
	Podpis												

Datum	Čas												
	Poloha												
	Podpis												

Datum	Čas												
	Poloha												
	Podpis												

Datum	Čas												
	Poloha												
	Podpis												

Datum	Čas												
	Poloha												
	Podpis												

Datum	Čas												
	Poloha												
	Podpis												

LB - levý bok
PB - pravý bok

Z - záda
B - břicho

Zdroj:

Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 4 Lůžko „Clinitron“

Zdroj:

Autor, pořízeno se svolením primáře oddělení Úrazové a plastické chirurgie

Příloha 5 Glasgowská stupnice pro hodnocení stavu vědomí

Stav vědomí podle Glasgowské stupnice

Jméno: ..... **Věk:** ..... **Datum:** .....

Čas												
Oči:												
spontánně otevřené	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
otevřené na slovní podnět	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
otevřené na bolest. podnět	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
neotevře vůbec	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Motorická odpověď:												
vykoná pohyb na slovní podnět	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
na bolest cílený pohyb	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
na bolest obranná flexe	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
na bolest abnormální flexe	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
na bolest reaguje extenzí	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
na bolest nereaguje	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Slovní odpověď:												
normální - plynný kontakt	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
zmatená	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
nepřiměřená	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
nesrozumitelná	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
žádná	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Celkem												

Zdroj:

Nemocnice České Budějovice a.s.