



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

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

Bakalářská práce

Role sestry při ošetrovatelském procesu u klienta s apalickým syndromem

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

České Budějovice 2015

ABSTRAKT

Téma bakalářské práce se nazývá Role sestry při ošetrovatelském procesu u klienta s apalickým syndromem. V teoretické části byla popsána charakteristika vědomí a jeho poruchy, které se mohou projevovat po nádorech, krvácení v intrakraniálním prostoru, úrazech hlavy. Dále je popsán apalický syndrom, který může vzniknout po traumatickém či netraumatickém poškození mozku, jeho stádia, dále jaké jsou příčiny a příznaky. Popsána je i diagnostika syndromu, která se určuje pomocí vyšetření, jako je například nepřítomnost slovní odpovědi na vizuální, či sluchové, dotekové a bolestivé podněty. Následná léčba, pokud nastanou komplikace, tak jaké a prognóza klientů s tímto syndromem do budoucna. Tento stav je bohužel otázkou několika měsíců a let.

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

Cílem práce je zjištění pomocí výzkumných otázek role sestry a specifika ošetrovatelské péče u klienta s apalickým syndromem. Pro praktickou část byly stanoveny dvě výzkumné otázky. VO č. 1 Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u klienta s apalickým syndromem? VO č. 2 Jak správně komunikovat a spolupracovat s rodinou klienta s apalickým syndromem. V podkategoriích stanovených výzkumných otázek byly položeny otázky na hospitalizaci na odděleních DIOP a ONP-JIP. Další podkategorie byla zaměřena na péči o dýchací cesty, která se týká spontánně ventilujících klientů či klientů s tracheostomickou kanylou. Třetí podkategorií byla hygienická péče, na kterou navazovala podkategorie prevence dekubitů. Zabývaly jsme se i stravováním a i následným vylučováním v dalších podkategoriích. Pozvolna jsme se

dostaly k další podkategorii, komunikace s klientem. Kategorie číslo 4 byla zaměřena na přístrojové vybavení na oddělení ONP-JIP a DIOP. Na komunikaci s rodinou byla zaměřena kategorie číslo 5.

Ke zpracování **metodické části** bakalářské práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření formou nestrukturovaného rozhovoru se sestrami z DIOP a ONP – JIP v Písku, v Českých Budějovicích a v Plzni. Sestry byly vybrány různé věkové kategorie a s odlišnou délkou praxe.

Ve výsledné části bakalářské práce bylo zjištěno, že sestry z dotazovaných oddělení plně rozumí pojmu specifikum ošetrovatelské péče o klienta ve vegetativním stavu. Dokážou plně popsat a vyjmenovat specifika ošetrovatelské péče, v hospitalizaci, v péči o dýchacích cestách, v hygienické péči, v prevenci dekubitů, v potřebě stravování, a v potřebě vyprazdňování. Sestry se snaží využít vědomostí ze studií psychologie v tom, jak správně komunikovat s rodinou klienta. Sestry si uvědomují nutnost potřeby edukovat rodiny klientů s tímto syndromem o jeho péči.

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

Klíčová slova:

Bazální stimulace

Edukace

Iniciální dotek

Komunikace

Pacient / klient

Specifik

ABSTRACT

The topic of this work is called The role of a nurse during a cure process of a client with an Apallic Syndrome. The theoretical part focuses on the characteristic of the consciousness and its malfunction, that can manifest itself after the tumors, bleeding in the intrakraniálním space, injuries of the head. Furthermore, it is described apallic syndrome, which can occur after a traumatickém, or netraumatickém brain damage, its a stage further what are the causes and symptoms. Describing the apallic syndrome as it is, its phases, also what, are its causes and symptoms. Described diagnosis of the syndrome, which is determined using the examination, such as the absence of verbal responses to visual or auditory, touch and painful stimuli. Follow-up treatments, if there are complications, so what are they and forecast of the clients with this syndrome in the future. This condition is unfortunately a matter of few months and years.

Furthermore, we **in theoretical part** examined the Department on which the clients are with the apallic syndrome hospitalized. Describe here the role of nurses, who are engaged and which differ either in nursing or an affiliated work, as well as the use of medical devices and equipment, in order to maintain vital functions of the client. In the subsequent chapter, we focused on the importance of cooperation with physiotherapists and nurses, communications between the sister and the family of a client who is hospitalized in the Department. About the importance of family education about the need for cooperation with the attending staff.

The aim of the work is, by using the discovery research questions the role of nurses and the specifics of nursing care on the client with the apallic syndrome. For the practical part of the two research questions were identified. VO No. 1 What are the specifics of nursing care on the client with the apallic syndrome? VO 2 How to properly communicate and collaborate with the family of the client with the apallic syndrome. In the subcategories provided for research questions were asked questions on

the hospitalization departments of DIOP and ONP-ICU. More subcategories has been focused on the care of the Airways, which relates to spontaneously air out clients or clients with tracheostomic cannula. The third of the subcategories was hygienic care, which drew a subcategory of the prevention of pressure ulcers. We examined the diet and then secreting other subcategories. Gradually we got to extra subcategory, communication with the client. Category number 4 was focused on the instrumentation on ONP-ICU Department and DIOP. On communication with the family focused category number 5.

For the processing of the **methodological part** of the Bachelor's thesis was carried out qualitative research investigation in the form of unstructured interview with the Sisters of DIOP and ONP-ICU in the Sand, in South Bohemia and Pilsner. The sisters were selected for different ages and with different length of practice.

In the **research part** of my work, it was found that the Sisters of the respondents the Department fully understands the concept of the specific nursing care for a client in a vegetative state. They can fully describe and list the specifics of nursing care, in a hospital, care of the Airways, health care, the prevention of pressure ulcers, the need for food, and the need for emptying. The nurses are trying to take advantage of the knowledge of Psychology studies in how to properly communicate with the family of the client. The sisters are aware of the need to educate the family needs of clients with this syndrome about his care.

In the **final part** all the questions have been answered and the objective of the work was done. The results and the contents of the Bachelor thesis can be used for nurses who provide care not only to the client and his family, on the specific departments like DIOP and ONP-ICU, which hospitalized clients in a vegetative state.

Key words:

Basal stimulation

Education

Initial touch

Communication

Patient/ client

Specifics of

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2015

.....
(jméno a příjmení)

Poděkování

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

Obsah

ÚVOD.....	9
1 Současný stav	11
1.1 Vědomí.....	11
1.2 Apalický syndrom.....	11
1.2.1 Fáze apalického syndromu	12
1.2.2 Příčiny.....	13
1.2.3 Projevy.....	13
1.2.4 Diagnostika.....	14
1.2.5 Komplikace.....	14
1.2.6 Léčba	15
1.2.7 Prognóza	15
1.3 Specifická ošetrovatelská péče	15
1.3.1 Výživa.....	16
1.3.2 Péče o dýchací cesty	17
1.3.3 Hygienická péče	18
1.3.4 Vyprazdňování	19
1.3.5 Komunikace.....	20
1.3.6 Rehabilitace	21
1.3.7 Personál na apalické jednotce.....	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky	26
2.1 Cíle práce	26
2.2 Výzkumné otázky	26
3 Metodika	27
3.1 Použité metody	27
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	27
4 Výsledky	28
4.1 Obsahová analýza rozhovorů.....	28
5 Diskuze.....	37

6	Závěr	41
7	Použitá literatura	43
8	Přílohy	46

Seznam použitých zkratk

ARIP – anesteziologicko resuscitační a intenzivní péče

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

AS – apalický syndrom

ATD - a tak dále

BS – bazální stimulace

ČŽK – centrální žilní katétr

DIOP – dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

DMC – dolní močové cesty

GCS – Glasgow coma scale

GIT – gastrointestinální trakt

JIP – jednotka intenzivní péče

K/P – klient/pacient

KPR – kardiopulmonální resuscitace

NGS - nasogastrická sonda

ONP – oddělení následné péče

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK – permanentní močový katetr

UPV – umělá plicní ventilace

VO - výzkumná otázka

ÚVOD

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

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

Pro mé šetření bylo použito srovnání DIOP, a ONP – JIP péče, na kterých jsou apalictí klienti hospitalizováni. Cílem práce je ukázat a naznačit, co je to apalický syndrom, v čem spočívá jeho dlouhodobá rekonvalescence na odděleních, kterými prochází. O důležitosti, vzdělanosti sester a personálu, který poskytuje ošetrovatelskou

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

1 Současný stav

1.1 Vědomí

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

1.2 Apalický syndrom

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

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

1.2.1 Fáze apalického syndromu

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

1.2.2 Příčiny

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

1.2.3 Projevy

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

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

1.2.4 Diagnostika

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

1.2.5 Komplikace

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

1.2.6 Léčba

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

1.2.7 Prognóza

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

1.3 Specifická ošetrovatelská péče

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

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

1.3.1 Výživa

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

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

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

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

1.3.2 Péče o dýchací cesty

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

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

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

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

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

1.3.3 Hygienická péče

Hygiena slouží k udržování osobní čistoty. Měla by být prováděna ráno a večer alespoň mytím na lůžku, zahrnuje péči o chrup a dutinu ústní, o vlasy, nehty a kůži. Klienti ve vegetativním stavu, kteří jsou upoutáni zcela na lůžko, jsou odkázáni na pomoc personálu. Pokud to jejich stav dovolí, je v rámci nácviku soběstačnosti hygiena prováděna s dopomocí sester. Pohyby při mytí jsou i součástí rehabilitace.

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

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

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

1.3.4 Vyprazdňování

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

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

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

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

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

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

1.3.5 Komunikace

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

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

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

1.3.6 Rehabilitace

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.7 Personál na apalické jednotce

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

Složení zdravotnického personálu:

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

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

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

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

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

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

2.2 Výzkumné otázky

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

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

3 Metodika

3.1 Použité metody

Ke zpracování této části bakalářské práce bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření formou nestrukturovaného rozhovoru se sestrami (příloha č. 1) DIOP v Nemocnici Písku, a.s, ONP – JIP v Českých Budějovicích a.s., DIOP v Městské Nemocnici Plzni, a.s. Rozhovory byly z části nahrány na diktafon se souhlasem sester a další část byla provedena ručním zapisováním. Dotazované sestry souhlasily s použitím informací pro bakalářskou práci.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaným souborem byly sestry pracující na DIOP v Písku, ONP – JIP v Českých Budějovicích a DIOP v Plzni. Zkoumaný soubor tvořilo 6 žen. Tento výzkum probíhal na odděleních. Sestry z oddělení, DIOP a ONP- JIP byly zvoleny s různou délkou praxe a věkové rozmezí bylo 24 - 50 let.

4 Výsledky

4.1 Obsahová analýza rozhovorů

KATEGORIE ČÍSLO 1: Věk sester.

Sestra č. 1. Z DIOP v Písku, uvedla svůj věk 60 let, sestra č. 2 z ONP-JIP České Budějovice - 51 let, sestra č. 3 35 let, z DIOP v Plzni sestra č. 4– 35 let, sestra č. 5 – 49 let a sestra č. 6- 27 let.

KATEGORIE ČÍSLO 2: Délka praxe na DIOP a ONP-JIP.

Délka praxe sester na oddělení se liší. Sestra č. 1 pracuje již 38 let, č. 2 již 32 let, č. 3 8 let. Z DIOP v Plzni sestra č. 4 – 8let, sestra č. 5 – 12 let, a č. 6 4 roky.

KATEGORIE ČÍSLO 3: Ošetrovatelská péče o klienta s apalickým syndromem.

Podkategorie č. 1 „HOSPITALIZACE“

Respondentky se shodly, že klienti na těchto odděleních leží dlouhodobě a záleží na jejich zdravotním stavu. Délka jejich **hospitalizace** se počítá na roky a v tomto je péče o ně velmi specifická a náročná. Sestra si ke klientům během celé **hospitalizace** vytváří úzký, citový vztah, do kterého spadá i jejich rodina, která dochází za klienty každý den i po několik let. Tento vztah se délkou **hospitalizace** klienta prohlubuje a odráží se na psychice sester. Během hospitalizace mohou mít klienti, po domluvě rodiny se sestrami, vybavení pokoj svými věcmi, které jim připomínají domácí prostředí. Sestra č. 6 udává: *„Klienti u nás mají své obrázky, fotografie, věci, parfémy, oblíbené knihy, které jim rodina čte. Je tak navozeno domácí prostředí, které z části odlehčuje celou situaci.“*

Podkategorie č. 2 „PÉČE O DÝCHACÍ CESTY“

Komplexní ošetrovatelská **péče o dýchací cesty** je velmi náročná. Musí se udržet průchodné dýchací cesty, které se zajišťují dle stavu klienta. Pokud není klient schopen spontánně udržet průchodné dýchací cesty, zavádí se tracheostomická kanyla, pro lepší toaletu dýchacích cest a pro lepší volné dýchání.

Sestra č. 3 ze stanice DIOP v Českých Budějovicích odpověděla: „*Podmínkou pro překlad na naší stanici, je spontánní dechová aktivita klienta.*“ Dále uvádí: „*Klienti s apalickým syndromem mají zachovalý dýchací reflex, proto nepotřebují podporu dýchacího přístroje.*“ Sestra č. 1 uvádí: „*Dýchací cesty mají klienti zajištěny pomocí tracheostomické kanyly, která je potřeba každý týden měnit. Sputum se odsává dle potřeby, pomocí odsávacího přístroje.*“ Respondentky se shodují, že někteří klienti potřebují oxygenoterapii. Využívají ji po kratší časový interval, jiní po celý den dle stavu klienta. Respondentka č. 4 doplňuje: „*Je zde specifické to, že sestra musí rozpoznat, kdy je klient sám schopen sputum vykašlat a kdy je třeba mu pomoci odsátím. Popřípadě, kdy je třeba provést laváž dýchacích cest.*“ Na respondentku č. 4 navazuje respondentka č. 2 a doplňuje: „*Pokud se klient odsává příliš často a i zbytečně, dochází k mikrotraumatům dýchacích cest a může tak dojít k vážnému poškození plic.*“ Všechny respondentky mi sdělily, že se klientům lépe dýchá, když je venku chladněji. V horkém počasí se využívá klimatizace ke snížení teploty v místnosti, pokud je na oddělení k dispozici. Dbá se i na vhodnou teplotu v místnosti. Musí se také dávat pozor na větrání v době pylových alergií.

Podkategorie č. 3 „HYGIENICKÁ PÉČE“

Všechny respondentky uvádí, že se **hygienická péče** provádí dle zvyklostí jednotlivých oddělení, minimálně 2 krát denně alespoň na lůžku. Několikrát do týdne se používá pojízdná vana a **hygienu** se provádí v koupelně. Zahrnuje péči o dutinu ústní a chrup, péči o vlasy, nehty a kůži. Respondentka č. 1 uvádí: „*Běžně se používají dostupné kosmetické přípravky, které můžeme v nemocnici dostat, ale pokud se rodina podílí na **hygienické péči**, doporučujeme jim v rámci **bazální stimulace** přinést klientům oblíbenou kosmetiku např. šampon, sprchový gel, deodorant, pleťový krém. Z důvodu*

cítění známé vůně. Musím říci, že rodiny reagují pozitivně.“ Sestry se shodují, že při **hygienické péči** je nutné používat **iniciální dotek** a věnovat dostatečný čas při péči o kůži. Po provedení hygieny dbáme na úpravu lůžka, čisté lůžkoviny a jejich správné vypnutí, aby nedocházelo k dekubitům či podráždění pokožky.

Podkategorie č. 4 „PREVENCE DEKUBITŮ“

Respondentky se shodují, že jako prevenci proti dekubitům používají antidekubitární pomůcky, polohování. Respondentka č. 1 uvádí: *„Na našem oddělení používáme polohovací lůžko s antidekubitární matrací v kombinaci s polohovacími pomůckami. Využíváme zde i **polohování dle bazální stimulace, polohování do tak zvaného hnízda, kde si klient uvědomuje hranice svého těla a navazuje se mu pocit bezpečí.**“* Respondentka č. 3 názorně ukázala na klientce po autonehodě **polohování**, pomocí polohovacích pomůcek a dále říká: *„Používáme zde matrace s paměťovou stopou, **polohujeme** á 2 hodiny. Používáme **pomůcky** jako polštáře, polštáře s pískem, kolečka pod paty, polohovací hady.“* Respondentka č. 6 uvádí: *„Před každým **polohováním** klienta, používám **iniciální dotek** a oslovení klienta. S pomocí fyzioterapeutek provádíme správné polohování.“*

Podkategorie č. 5 „STRAVOVÁNÍ“

„Pro stravování mají klienti zavedenou NGS nebo PEG, který je z dlouhodobějšího hlediska lepší,“ uvádí R 5. Dále její kolegyně R 4 doplňuje: *„Nehrozí tak dekubity jako u dlouhodobě zavedené NGS. Ne každý je však vhodný pro zavedení PEG. Pokud má klient dlouhodobě NGS, dáváme velký pozor na vznik dekubitu.“* R 1 uvádí: *„Složení a forma stravy je podávána dle stavu pacienta, dbá se na dodržování dietního režimu, na který musí být upozorněna i rodina klienta.“* Respondentky se shodují, že po domluvě s lékařem se rodina může edukovat o podávání stravy, kterou měl klient rád – např. nealkoholické pivo po obědě, bylinkové čaje. A pokud je klient schopný polykat zkoušejí se i oblíbené pochutiny.

Podkategorie č. 6 „VYPRAZDŇOVÁNÍ“

Respondentky potvrdily, že není dobře podceňovat a přehlížet problémy při **vyprazdňování**. Často se u klientů s apalickým syndromem objevují epicystostomie či PMK. Respondentka č. 3 uvádí: „*Při manipulaci a převazu epicystostomie a PMK postupujeme asepticky a dbáme na prevenci riziko vzniku infekce. A na výměnu dané cévky dle zvyku oddělení*“ Respondentky se shodují, že u klienta s AS musí sledovat **bilance tekutin**, barvu moči, příměsí. Tyto všechny tři prvky mohou být ovlivněny i léky. Respondentka č. 2 uvádí: „*Je zde zapotřebí zvýšená hygienická péče u klientů s apalickým syndromem. Dodržujeme intimitu při vyprazdňování, a zajišťujeme dostatek vhodných tekutin, jako jsou například urologické čaje, po konzultaci s ošetřujícím lékařem.*“ R4 uvádí: „*Pro mnohé je vylučování velmi intimní záležitostí, musíme být empatičtí a respektovat jejich přání a potřeby.*“

U defekace respondentky odpovídaly stejně jako u mikce, že ani zde není radno podcenit problémy. Jak uvádějí respondentky č. 2 a 3, že: „*Apaličtí klienti přestanou mít defekační reflex. Projevuje se to například zácpou. Musíme zde zajistit dostatek tekutin, vhodnou stravu bohatou na vlákninu, dle ordinace lékaře můžeme podat laxativa. Například používáme farmakologické přípravky nebo Yal, či Senna. Vše musíme zaznamenat do dokumentace.*“ R3 uvádí, že: „*Pokud naopak dojde k opačnému problému, průjmu. Musíme hlídat, aby nedošlo k dehydrataci, ale i celkový stav klienta. Vše se zaznamenává do dokumentace, množství, barva a konzistence stolice. Po konzultaci s lékařem můžeme podat léky dle ordinace lékaře.*“

„*U apaliků se vyskytuje inkontinence moči i stolice, je zde důležitá hygiena a prevence infekce a opruzenin,*“ doplnila R6.

Podkategorie č. 7 „KOMUNIKACE S PACIENTEM“

Na mou otázku jak **komunikovat** s klientem s apalickým syndromem se respondentky jednoznačně shodly v odpovědi. Jde o důrazné dodržování iniciálního doteku. R1 uvádí: „*Při prvotním setkáním s klientem se spolu s rodinou domluvíme na oslovení, buďto vykáme nebo tykáme. Podle věku, postavení a hlavně jak si rodina přeje. Většinou, ale vykáme.*“ Dále dodává: „*Máme s rodinou domluveno, že při*

*přistoupení k rodinnému příslušníkovi, mu sáhnou na ruku. Stranu si určí po konzultaci s námi, a my, jakožto zdravotnický personál na rameno dané končetiny.“ R 2 uvádí, že: „Určujeme spolu s rodinou část těla, na které se dotýká před manipulací s klientem zdravotní personál a na kterou sahá rodina při návštěvě rodinného příslušníka.“ R 3 vysvětluje: „Je důležitá **komunikace** a **spolupráce** s rodinou na domluvení daných podmínek, podle kterých se bude s pacientem komunikovat a navazovat kontakt při práci s ním. Ne vždy rodina kladně spolupracuje a komunikuje. Je to obtížné, pokud rodina nespolečně pracuje a nedodržuje podmínky, na kterých jsme se na začátku hospitalizace domluvily a žádaly je o správné dodržování postupu.“ R 4 a R 5 odpověděli: „Je důležité si uvědomit, že nás klient vnímá, i když neodpovídá. Je důležité si to uvědomit, že nám například nedokáže říct, pokud ho něco bolí nebo mu není něco příjemného. R6 doplňuje kolegyně: „Musíme si přiznat, že není jen **verbální** komunikace, ale i **neverbální**. Je důležité navázat vztah a důvěru mezi námi jako zdravotníky a klientem, který nás má v blízkém či nejbližším okolí nynějšího života.“*

KATEGORIE ČÍSLO 6 : Jaké jsou specifické přístroje DIOP?

Otázka byla položena sestřím na DIOP v Písku, v Českých Budějovicích a v Plzni. Zde sestry potvrdily, že žádné **specifické přístroje** se na jejich odděleních nevyskytují. R 1 uvedla: „Klient je přijat pouze, když sám spontánně dýchá a nevyžaduje již UPV. Je mu například poskytnut nebulizátor pro zvlhčování.“ V této odpovědi se shodují. R 2 mi odpověděla takto: „Přístroje, které zde používáme, jsou monitory FF, zvlhčovače, oxymetry a tonometry. Jiné speciální přístroje nepoužíváme, protože našim kritériem pro přijetí na DIOP je, že klient již nepotřebuje speciální přístroje jako jsou na ARO, musí si dýchat sám, takže žádné ventilátory.“ Respondentka č.3 odpověděla stejně jako R2 : „Specifické přístroje zde nepoužíváme, klienti jsou pouze na nebulizátoru pokud je to třeba. Jinak ventilátory nepotřebují.“ Sestry z DIOP v Plzni na mou otázku odpověděly: „Přístroje, které zde používáme jsou například: odsávací přístroje, enterální pumpy. Pokud má klient tracheostomickou kanylu, používáme i zvlhčovače.“ Všechny dotazované sestry se shodují, že DIOP není o přístrojovém vybavení, ale o ošetrovatelské péči, která musí být pečlivá.

KATEGORIE ČÍSLO 5 : Komunikace s rodinou apalického klienta na DIOP.

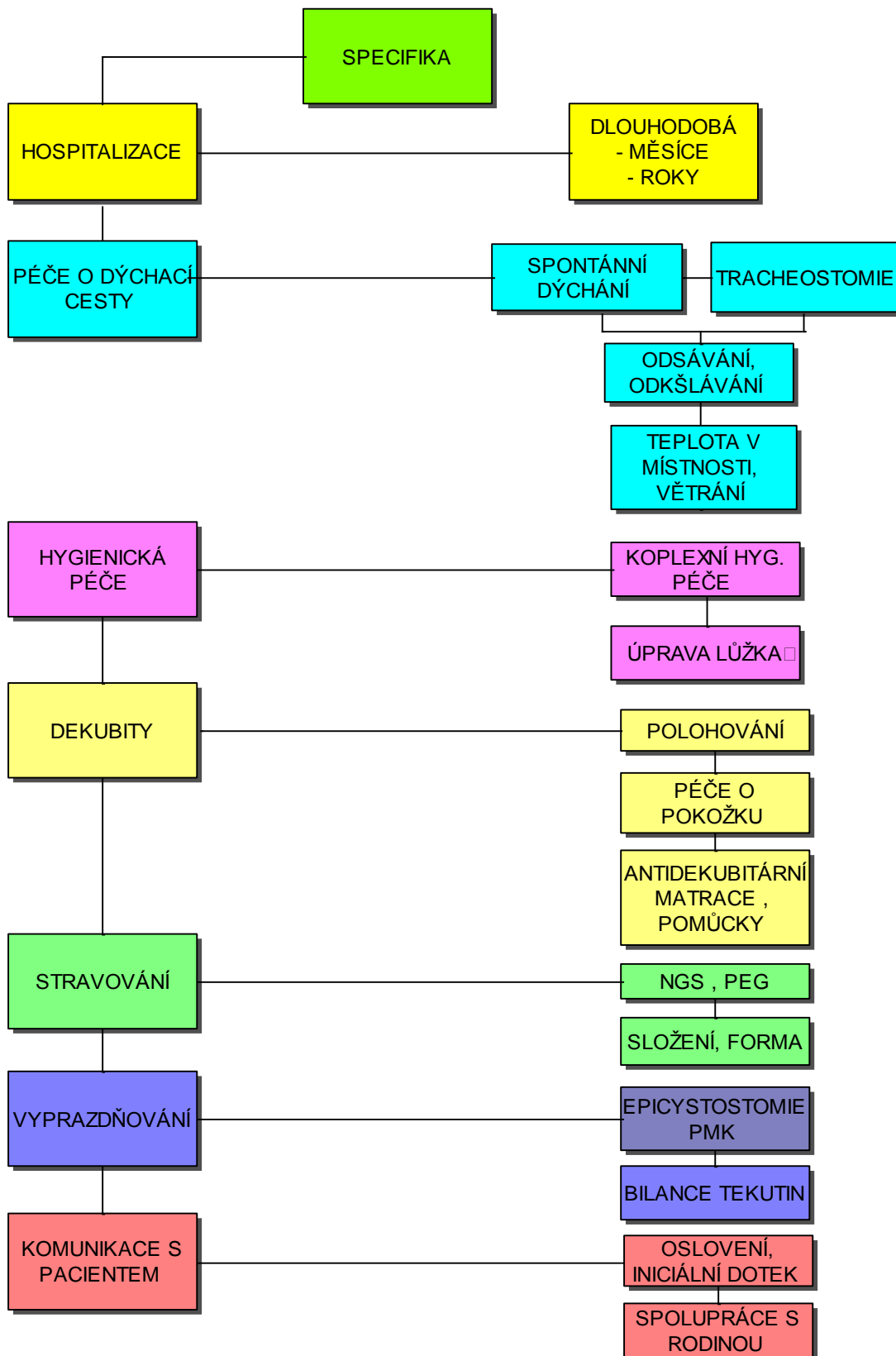
Sestry z DIOP a ONP - JIP se shodly, že je důležitá **zpětná vazba** s rodinou, dodržování doporučení a edukaci personálu, který je nablízku jejich nejbližším. Respondentka č. 1 odpověděla: „*Důležitost **komunikace** s rodinou je velmi podstatná jak pro dobro pacienta, tak plnění naší práce. Potřebujeme **zpětnou vazbu**. Doporučíme rodině o možnosti přinesení osobních věcí, hudby, fotografií.*“ Ne vždy, se ale setkaly s pozitivním přístupem. Ve spolupráci s rodinou často zde hraje roli psychika a nesmíření se, se stavem pacienta. Nespolupracují při snaze zlepšení zdravotního, psychického stavu blízkého. Jak uvedla R 2: „*Již jsem se setkala s tím, že rodina nespolupracovala a ani nenavštěvovala příbuzného. Přistupovala negativně k danému problému a nedokázala se smířit se stavem blízkého člověka. Absolutně ignorovala naše prosby a doporučení pro zlepšení kvality života klienta. Alespoň přinesením věcí jako fotografie, hudba, hygienické potřeby, na které byl dotyčný zvyklý, pro **stimulaci** čichu a paměti. Bohužel i to se stává.*“ R 4 uvedla: „*Většinou se setkávám s kladným přístupem rodiny apalického klienta. Využívám zde znalosti ze studií psychologie, postupy v **edukaci** a snažím se být empatická, ale zároveň si udržuji svou **profesionalitu**.*“ Respondentky č. 5 a 6 se ztotožňují s odpovědí své kolegyně, jen přidávají, že je nutná zpětná vazba od rodiny klienta. Dále sama povídá: „*Setkávám se s rodinou denně a denně s ní komunikuji. Někdy je to velmi náročné. Rodina musí pochopit a zvládnout stav svého blízkého, že to může trvat celé roky. Pokud je spolupráce s ní dobrá, můžeme péči o klienta opravdu hodně individualizovat a pečovat o něj v rámci bazální stimulace.*“

Podkategorie č. 1 „BAZÁLNÍ STIMULACE“

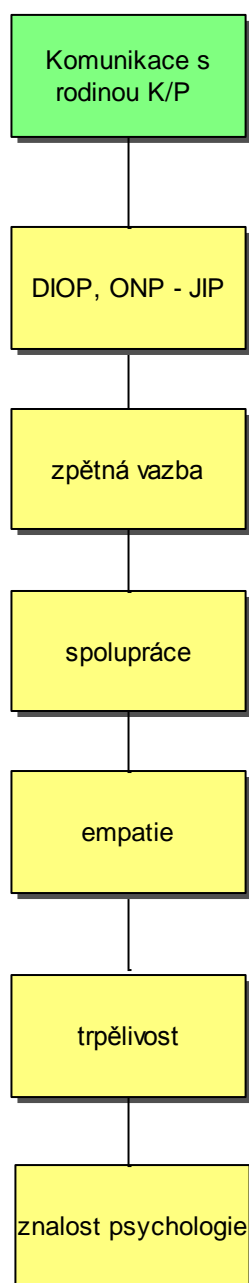
K mé otázce na **BS** se sestry dokázaly shodnout a vyjmenovat všechny typy terapií, které se při BS používají. R1 odpověděla: „*Edukujeme rodinu o možnosti donesení oblíbené hudby na muzikoterapii, oblíbenou vůni – aromaterapie, filmy, fotky, obrázky, oblíbené jídlo dle stavu klienta.*“ R2 se setkala s rodinou, o které vypráví: „*Rodina přinesla kazetu s mluveným slovem rodinných příslušníků a přála si, abychom mu*

*ukazovala fotky příslušníků, kteří v danou chvíli mluvili.“ R3 potvrdila: „Ano já se snažím zapojovat rodinu do provádění **BS**, spíše aby ji prováděla sama, a já pomáhám, pokud si to přejí. Ale aby alespoň přinesli věci, které měl dotyčný rád, hudbu, fotky, filmy, vůně – svíčky, parfémy, krémy, zrnka kávy. Snažím se jim vysvětlit, že i když se klient verbálně neprojevuje, je mu to příjemné.“ Respondentky z Plzně se podělily o negativní přístup rodiny k provozování BS a zapojení se do procesu. „Rodina měla negativní přístup po celou hospitalizaci klienta. On neslyší, on nemluví, je mu to jedno. Rodina nedokázala pochopit důležitost **BS** a proč je to prospěšné pro jejich příbuzného. Bylo to velmi emotivní a smutné. Rodina nedonesla nic na terapie, nic co měl klient rád, měl jen pár fotek a kosmetických přípravků.“*

Schéma 1 : Specifika



Shéma 2 : Komunikace



5 Diskuze

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

Klienti jsou hospitalizované měsíce, ale i roky. Autoři Milotová a Bendíková (2009) uvádějí: *„Jelikož tento stav vyžaduje dlouhodobou intenzivní a ošetrovatelskou péči, pacienti s apalickým syndromem se řadí do kategorie neobyčejně náročných nemocných. Úloha sestry je pro zlepšování stavu nemocného nenahraditelná. Po zvládnutí neodkladné resuscitační a intenzivní péče přichází na řadu dlouhodobá sesterská a rehabilitační péče. Ošetrovatelský proces zahrnuje péči o zdravotně tělesnou stránku i stránku „duševní.“* Je to těžké jak pro sestry, které o nemocné pečují, tak i pro rodiny. Dotazovaná sestra z DIOP Plzeň mi sdělila, že je u nich klient hospitalizovaný již 15 let. Jak sama udává je to pro ošetřující personál velmi psychicky náročné, když vidí, jak za klientem dochází rodina každý den. Slaví s ním Vánoce, narozeniny a veškeré rodinné akce. Pořád je to jejich člen rodiny. Já si myslím, že by to

tak mělo být a rodina by takového klienta neměla vymazat ze života. Bohužel jsou i takové rodiny, kdy o svého blízkého ztratí zájem a je jim lhostejná jejich budoucnost. Nikdy nevíme, jestli nebudeme na takovém místě i my.

Dotazované sestry na DIOP a ONP – JIP se shodují, že pro přijetí na jejich oddělení musí být klient spontánně ventilující. V akutní fázi, kdy je klient přijat k hospitalizaci a není schopný spontánní ventilace, je přijat na ARO, kde je tracheálně inkubovaný. Jak uvádí Kapounová (2007): „*Tracheální intubace je nejbezpečnější způsob zajištění průchodnosti dýchacích cest. Poskytuje ochranu dýchacích cest před masivní aspirací žaludečního obsahu, slin nebo krve. Tracheální rourka by měla být vždy vybavena nízkotlakovou, vysokoobjemovou oblurační manžetou nebo systémem LANZ, který v manžetě udržuje konstantní tlak.*“ Je to bohužel jen krátkodobé řešení. Pro dlouhodobou ventilaci nebo je-li klient spontánně ventilující se zhoršením udržení průchodnosti dýchacích cest, je doporučeno zavedení tracheostomické kanyly. Zde jedna z dotazovaných sester uvádí, že pokud má klient zavedenou tracheostomickou kanylu, dochází k lepší toaletě dýchacích cest. S tímto názorem naprosto souhlasím. Je to pro sestry komfortnější a můžou tak lépe klienta odsávat z dolních dýchacích cest. Musí se však zachovat šetrnost odsávání, aby nedošlo k poškození plic.

Další nesdílňnou ošetrovatelskou kategorií je hygienická péče. Sestry při rozhovoru udávají, že hygienu provádějí dle zvyklostí oddělení. Zahrnují do ní komplexní ošetrovatelskou péči, která obnáší péči o chrup, dutinu ústní., vlasy, promazání celého těla tělovým mlékem. Sestry se shodují, že je nedílnou součástí i úprava lůžka, aby nedocházelo k otlakům případně i dekubitům. Vzniklé dekubity dost znepríjemňují komfort klienta. Jejich léčení je zdlouhavé, mohou se prohlubovat a špatně hojit. Proto všechny dotazované sestry se shodují v dodržování prevencí před tvorbou dekubitů. Důležité je pravidelné polohování klientů. Využívají proto veškeré dostupné antidekubitární pomůcky. Mezi ně řadí antidekubitární matrace, polštáře, kroužky, hnízda a snižují tak tlak na nejvíce ohrožené místa pro tvorbu dekubitů. Z vlastních zkušeností vím, že tyto klienti jsou velice rizikový pro jejich tvorbu. Zde si myslím, že se všichni shodneme.

Další z jednou doplňujících otázek bylo stravování. Sestra číslo 5 odpověděla, že klienti mají zavedenou NGS nebo PEG, pro lepší podávání stravy, jelikož nejsou schopni stravu přijímat per os. Zde si musíme položit otázku, co je pro klienty komfortnější? Já osobně si myslím a jak mě i dotazované sestry utvrdily v tom, že lepší pro klienty je PEG. Jelikož jak už bylo řečeno, je klient s apalickým syndromem dlouhodobě ve vegetativním stavu a NGS při dlouhodobém používání je nepraktická. Může tvořit dekubity v okolí nosního vchodu a musí se po určité době vyměnit. Toto nám potvrzuje i autor Grofová (2007): *„Enterální výživu podáváme nazogastrickou sondou a pacienty indikujeme co nejdříve k zavedení PEG (punkční endoskopická gastrostomie). Výhodou je volná nosní, ústní dutina a prevence tracheoefageální píštěle. Při dobré ošetrovatelské péči o tento vstup je možné aplikovat výživu skoro neomezeně.“*

Největší pozornost musíme věnovat vyprazdňování. Kdyby bylo podceněné mohlo by dojít k ohrožení na životě klienta. Sestry z provedeného dotazníku uváděly, že sledují příjem, výdej a kontrolují pravidelně diurézu. Při problému neprodleně kontaktují lékaře. Na základě jeho ordinace podávají leky. Sestra č. 4 uvádí, že při zácpě podávají laxativa popřípadě klyzma a při retenci moči diuretika. Zde bych si dovolila trochu nesouhlasit. Tuto léčbu bych volila, až kdyby nepomáhaly žádné volně dostupné prostředky. Nejdůležitější je dobré zásobování klienta tekutinami a vybírání vhodně volené stravy, kterou dostává do PEGu. To nám i potvrzují autoři Milotová a Bendíková (2009): *„Z důvodu imobility může dojít k poruše vyprazdňování stolice. To se snažíme ovlivnit výživovými preparáty, jež obsahují vlákninu, a pokud je to málo, lékař naordinuje glycerinový čípek, Lactulosu, miniklyzma. V případech dlouhodobé zácpy se provede manuální vybavení skybal.“*

Setry na DIOP a ONP – JIP považují za důležité a prioritní na jejich oddělení pokračování v rehabilitaci, provádění BS. Navození domácího prostředí pro následnou úspěšnou terapii, například při provádění ergoterapie. Spolupráci rodiny a její zapojení do péče o K/P.

Důležitým faktorem v ošetřování je zapojení rodiny do péče. Ale jak správně komunikovat s tím to pacientem a rodinou? Na tyto otázky odpovídají autoři

Heřmanová (2012), Špatenková (2009), Venglářová (2006). Všichni se shodují, že nejdůležitější pro komunikaci s klientem je zapojování rodiny. Popisují i vhodnou volbu komunikace. Toto se mně velmi líbilo a bylo to zde hezky popsáno. Ošetřující personál mluví srozumitelně, snaží se ukázat rodině péči o klienta, aby se mohli později o něho starat. Kontakt s rodinou je pro něho důležitý, stimuluje. Necítí se být odložen z jejich životů a ví, že tam s nimi pořád je. Jak doplňují dotazované sestry, mohou jim přinést i různé obrázky, které jim připomínají jejich životní události, oblíbené parfémy, talismany, oblečení.

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

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

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

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

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u klienta s apalickým syndromem. Předpokladem studie bylo, že její výzkumná šetření mohou přispět ke zlepšení informovanosti v péči zaměřené o tyto klienti.

Pro splnění záměru bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metodika. Zkoumaný soubor tvořilo celkem šest respondentek, a to 1 respondentka z nemocnice Písek, 2 respondentky z nemocnice v Českých Budějovicích a 3 respondentky z Plzně. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 5 otázek s možností pokládat i doplňující podotázky k upřesnění informací.

První výzkumná otázka zněla: Jaké jsou specifika ošetrovatelské péče? Tato otázka byla doplněna několika podkategoriemi z oblasti: hospitalizace, péče o dýchací cesty, hygienická péče, dekubity, výživa, vyprazdňování, komunikace s rodinou. Tyto otázky jsem pokládala sestřám jednotlivě. Jejich odpovědi si zapisovala a následně vyhodnotila. Ke všem otázkám přistupovaly dotazované sestry zodpovědně a odpovídaly na veškeré mé dotazy. Z rozhovorů vyplynulo, že se sestry v mnoha otázkách shodují. Cílem této otázky bylo zjistit, jaké specifika v daných podkategoriích sestry využívají na dotazovaném oddělení DIOP a ONP-JIP při vykonávání ošetrovatelské péče. Tento cíl byl splněn.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na správnou komunikaci a spolupráci s rodinou u klienta s apalickým syndromem. V této otázce hlavní roli hrála rodina klienta. Navázání zpětné vazby rodiny, edukace, její zapojení do ošetrovatelské péče a zapojení se do provádění bazální stimulace u klienta, která má pro něho velký význam. Tato stimulace se rodinným příslušníkům pečlivě vysvětlí a následně ukáže. BS poskytuje předměty, hudbu a vůně, které klientovi připomínají jeho život před úrazem. Bazální stimulace se provádí i nevědomky při běžných ošetrovatelských postupech. Při hygienické péči například povzbuzující či zklidňující koupel. Dotazované respondentky potvrdily kladnou spolupráci s rodinou, ale i její negativní přístup, který má tak dopad na zlepšení péče u klienta. Jak dále respondentky udávají, důležitá je forma komunikace rodiny s klientem. Dbají na dodržování profesionality a využívají znalosti ze studií a

kurzů. Sestry se s rodinou domlouvají na oslovování klienta, určování iniciálního doteku. Cíl byl tak splněn.

Realizace ošetrovatelských intervencí na odděleních, na které jsou klienti, přeloženi jako je DIOP, ONP – JIP se provádí s BS ve větší míře. Na těchto odděleních není již zapotřebí speciální přístrojové vybavení na podporu vitálních funkcí, jelikož jednou z podmínek je, že klienti musí ventilovat bez podpory přístrojů. Péče na DIOP není o přístrojích, ale o pečlivé ošetrovatelské péči.

Výsledky práce mohou být využity k dalšímu vylepšení ošetrovatelské péče o klienta s apalickým syndromem, ke zvýšení informovanosti jeho prognóze pro budoucí život. Péče o tyto klienty je velmi psychicky, fyzicky i časově náročná. Sestry dbají i na prevenci proti syndromu vyhoření.

7 Použitá literatura

1. VYTEJČKOVÁ, Renata, SEDLÁŘOVÁ, Petra, WIRTHOVÁ, Vlasta, OTRADOVCOVÁ, Iva, PAVLÍKOVÁ, Pavla, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II- Speciální část, 1.vyd.* Praha: Grada Publishing, a.s. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0
2. SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie: Pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada Publishing, a.s. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2
3. KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* Praha: Grada Publishing, a.s. 352 s. plus 16 příloh. ISBN 978-80-247-1830-9.
4. POWELL, Trevor, 2010. *Poškození mozku.* Praha: Portál s.r.o. 197 s. ISBN 978-80-7367-667-4
5. LIPPERT, Grüner, a kol., 2011. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie: Pacient ve vegetativním stavu a jeho rehabilitace.* Praha. 281-282 s. ISSN 1210-7859
6. VĚTRÍČKOVÁ, Petra, 2007. *Komplexní péče o pacienta ve vigilním kómatu.* Florence. č. 1. 36 s. ISSN 1801 – 464X
7. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, RŮŽIČKA Evžen, TICHÝ Jiří, 2005. *Neurologie.* 1. vyd. Praha: Galén. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.
8. DOLEŽIL, David, CARBOLOVÁ Kamila, 2007. *Vegetativní stav (apalický syndrom).* *Neurologie pro praxi.*, vol. 1. 57 s. ISSN 1213-1814.
9. MILOTOVÁ, Kateřina, BENDÍKOVÁ, Jana. *Péče o nemocné s apalickým syndromem a jeho specifika.* Praha: Mladá fronta/zdravotnické noviny: sestra [online]. 2009. č. 7-8. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-apalickym-syndromem-a-jehospecifika-435466>
10. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Interní ošetrovatelství I.* Praha: Grada Publishing, a.s. 276 s. ISBN 978-80-247-1148-5
11. GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 237 s. ISBN - 978-80-247-1868-2

12. NOLAN, P. Jerry, 2010. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation* 2010. Resuscitation [online]. č. 81, 1219–1276 [cit. 2012-03-11]. ISSN 0300-9572.
13. CHMELÍKOVÁ, Romana. *Ošetrovatelská péče o pacienta s tracheostomií*. Praha: Mladá fronta/Zdravotnické noviny: sestra [online]. 2005 [cit. 2012-02-21]. Dostupné z:<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-pacienta-s-tracheostomii-298075>
14. LUKÁŠ, Jindřich, 2005. *Tracheostomie v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s. 120s. + 8 str. obrázkové přílohy. ISBN 80-247-0673-3
15. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7
16. HŮSKOVÁ, Jitka, KAŠNÁ Petr, 2009. *Ošetrovatelství - ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 104 s. ISBN 978-80-247-2852-0.
17. WORKMAN, Barbara, BENNETT Clare, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: Praha: Grada Publishing, a.s. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
18. KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – I. ročník*. Praha: Grada Publishing, a.s. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8
19. MIKŠOVÁ, Zdeňka, et. al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, a.s. 246 s. ISBN 80-247-1442-6.
20. HEŘMANOVÁ, Jana, a kol., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9
21. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2009. *Základní otázky komunikace – Komunikace nejen pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 97-880-726-2599-4
22. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
23. JELÍNKOVÁ, Jana, KŘIVOŠÍKOVÁ Mária, ŠAJTAROVÁ Ludmila, 2009. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7

24. KOLÁŘ, Petr, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
25. NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s. 421 s. ISBN 978-80-247-2319-8
26. RYCHLÍKOVÁ, Eva, 2008. *Manuální medicína*. 4. rozšířené vydání, Maxdorf. 504 s. ISBN 978-80-7345-169-1
27. MIKULA, Jan, MÜLLEROVÁ, Nina, 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing, a.s. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2
28. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
29. ŠČUČKOVÁ, Eva, Ošetrovatelská a kompletní rehabilitační péče v LDN. *Sestra*. Roč. 2010. č. 6. s. 68. ISSN 1214-7664
30. KOLEKTIV AUTORŮ, překlad Mgr. Libuše Čížková, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2

8 Přílohy

Seznam příloh:

1. Příloha č. 1 Obsah k nestrukturovanému rozhovoru.
2. Příloha č. 2 Rozhovor s otcem K/P s AS.
3. Příloha č. 4 Fotodokumentace – metody BS.

Příloha č. 1 Obsah k nestrukturovanému rozhovoru.

Doplňující otázky k rozhovoru se sestrami.

1. Věk sester?
2. Délka praxe na DIOP a ONP-JIP.
3. Péče o klienta s apalickým syndromem.
 - Hospitalizace
 - Péče o dýchací cesty
 - Hygienická péče
 - Prevence dekubitů
 - Stravování
 - Vyprazdňování
 - Komunikace s pacientem
4. Jaké jsou specifické přístroje DIOP?
5. Komunikace s rodinou apalického klienta na DIOP.
 - Bazální stimulace

(Vlastní zdroj)

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

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

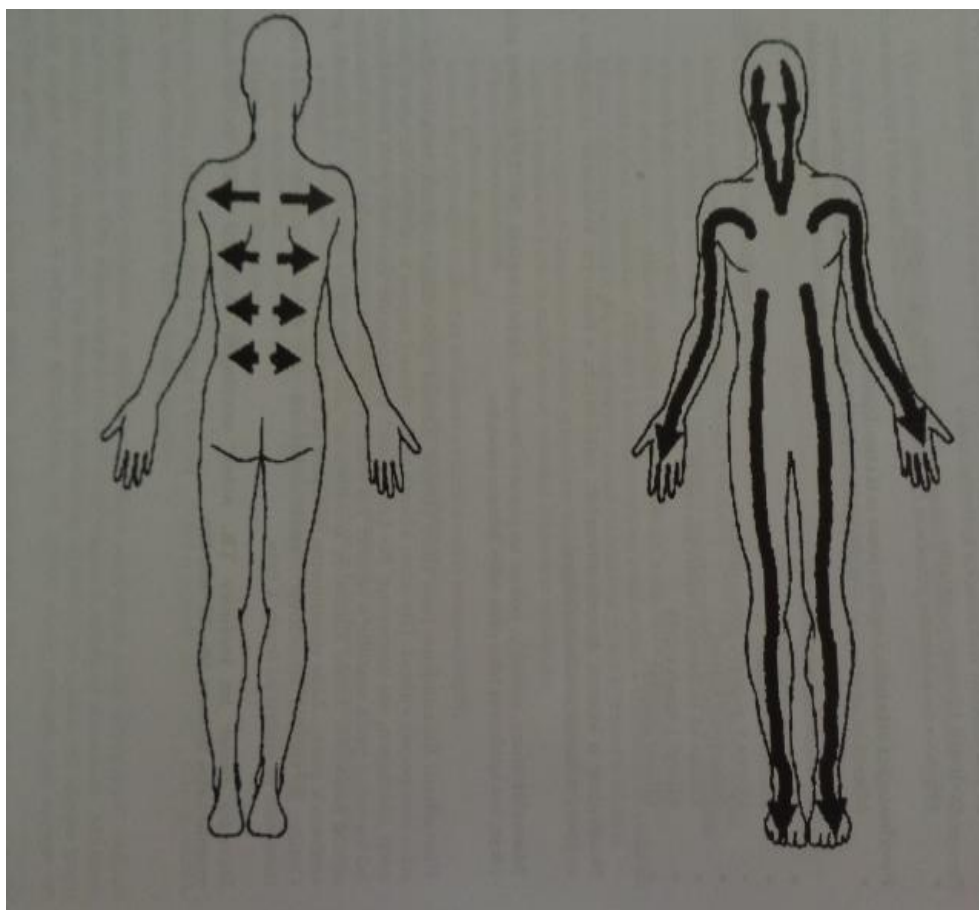
Otec začal tím, že jeho syn nevedl zrovna vzorný život. V pubertě se seznámil s partou chlapců, kteří jezdili na BMX kolech a byly to takové děti ulice. M. se tento život i přes zákazy rodičů zalíbil. Začal kouřit, pít alkohol a užívat lehké drogy. Rodiče vše věděli, ale bohužel nedal na jejich rady.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

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

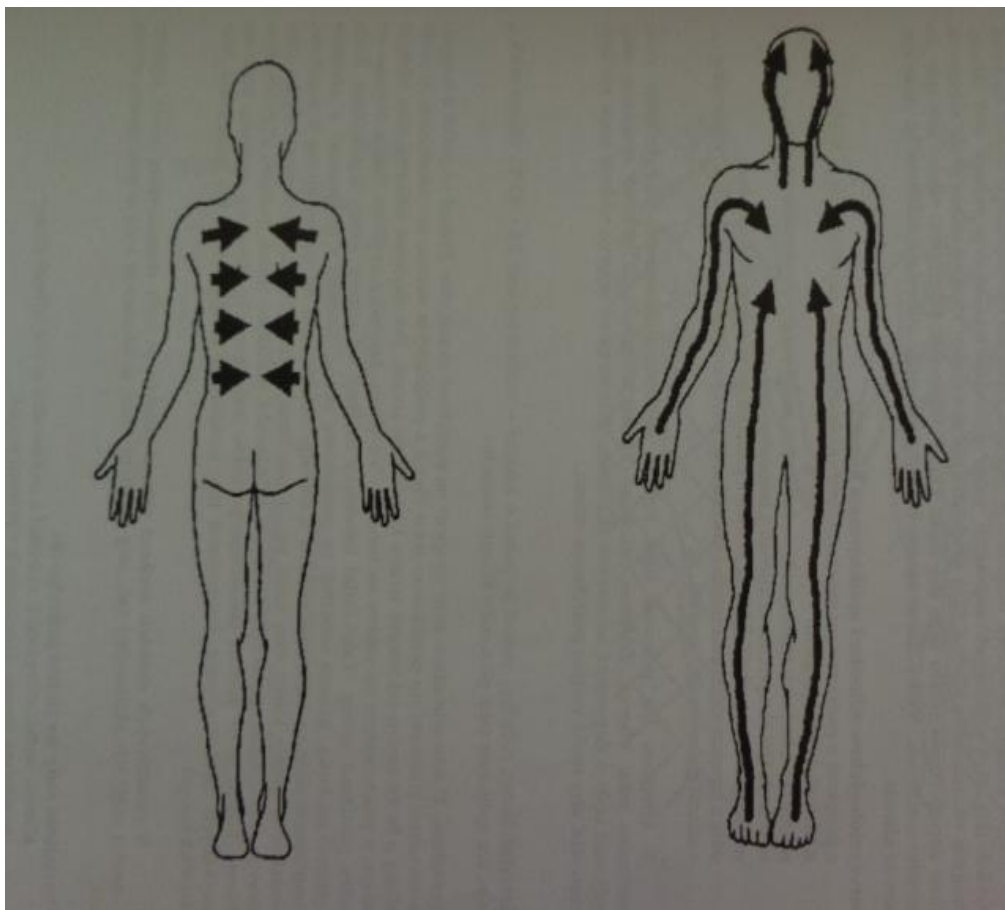
celá rodina. Jeho otec je šťastný, že syn má takovou péči 24 hodin každý den. Vypadá velmi dobře a díky kvalitní ošetrovatelské péči nemá žádné proleženiny ani jiné defekty. Před rokem mu byl odebrán PEG a nyní se snaží o to, aby alespoň jedl ústy. Otec dodává s úsměvem, že si musí dávat pozor na prsty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

Příloha č. 4 Fotodokumentace – metody BS.

Obrázek č. 3 – Somatická stimulace zklidňující



Obrázek č. 4 – Somatická stimulace povzbuzující



(Zdroj: Friedlová 2006)