

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Připravenost sester na poskytování specifické péče u apalických  
pacientů**

Diplomová práce

Vedoucí práce

Mgr. Ivana Chloubová

Autor práce

Bc. Helena Prokešová

2010

## **Abstract**

Apalic syndrome or waking state of unconsciousness is a special type of consciousness disturbance, the essential feature of which is wakefulness with open eyes. Specific nursing care of a patient with apalic syndrome is the most challenging because the patient is completely dependent on this care. Therefore, it is necessary for nurses working with apalic patients to be prepared to provide nursing care to these patients as well as possible

Diploma thesis assesses and evaluates the knowledge of future nurses on the apalic syndrome and the specific nursing care, which patients with apalic syndrome are provided with. This knowledge is compared with the knowledge of nurses who have already been providing nursing care to these patients and, based on the experience of those nurses, the ways how to improve the knowledge are surveyed. Quantitative research, an interrogation method, anonymous questionnaire technique was used in this section. In the thesis the factors are assessed that may directly affect the preparedness of future nurses and nurses already working to provide specific nursing care to patients with apalic syndrome. Nurses themselves suggest solutions. In this section the qualitative research survey, the questioning method, and the half standardized interview technique were involved.

Apalic syndrome is one of topical and discussed issues. It is difficult to tackle this serious problem, it involves not only medical but also ethical and economic aspects. From the outcomes of the survey a lower level of knowledge of future nurses on apalic syndrome and specifics of nursing care is apparent. This partly reflects their preparedness. Conditions should be created for future nurses so that they could deepen their knowledge through study and employ this knowledge directly to apalic patients. Nursing practice carried out during study may also come in useful. It can help facilitate nurses' work in units where nursing care is provided to apalic patients and eliminate factors that may affect the quality

of care. The objective of this thesis was to point out to the issue of providing a specific nursing care of apallic patients not only from the perspective of future nurses.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Přípravenost sester na poskytování specifické péče u apalických pacientů“ 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 24. 5. 2010

Bc. Helena Prokešová

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Ivaně Chloubové za odborné vedení při zpracování diplomové práce, za podněty a připomínky, za cenné rady, trpělivost a věnovaný čas.

## Obsah

Úvod .....	4
1. Současný stav .....	5
<i>1.1 Apalický syndrom</i> .....	5
<i>1.1.1 Vědomí</i> .....	5
<i>1.1.2 Apalický syndrom – vegetativní stav</i> .....	6
<i>1.1.3 Anatomie a fyziologie centrální nervové soustavy</i> .....	7
<i>1.1.4 Příčiny vzniku a diagnostika apalického syndromu</i> .....	9
<i>1.1.5 Stádia apalického syndromu, jejich projevy a patofyziologie</i> .....	12
<i>1.1.6 Komplikace a prognóza apalického syndromu</i> .....	17
<i>1.2 Specifická ošetrovatelská péče u pacientů s apalickým syndromem</i> .....	18
<i>1.2.1 Komplexní hygienická péče, péče o pokožku</i> .....	18
<i>1.2.2 Péče o dýchací cesty</i> .....	23
<i>1.2.3 Péče o výživu</i> .....	26
<i>1.2.4 Péče o vyprazdňování</i> .....	29
<i>1.2.5 Monitorace fyziologických funkcí</i> .....	31
<i>1.2.6 Péče o invazivní vstupy</i> .....	34
<i>1.2.7 Rehabilitační ošetřování</i> .....	36

1.2.8 Vliv komunikace s apalickým pacientem a jeho rodinou, využití konceptu bazální stimulace.....	37
1.2.9 Etika, právo v ošetřování pacientů s apalickým syndromem.....	40
1.3 Přípravenost sester na apalické jednotce .....	41
1.3.1 Psychická zátěž sestry .....	41
1.3.2 Fyzická zátěž sestry .....	46
1.3.3 Vzdělávání sester.....	47
2. Cíl práce a hypotézy .....	54
2.1 Cíle práce.....	54
2.2 Hypotézy a výzkumné otázky .....	54
3. Metodika .....	56
3.1 Použité metody .....	56
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	56
4. Výsledky.....	58
4.1 Vyhodnocení kvantitativního šetření – dotazník.....	58
4.2 Výsledky kvalitativního šetření – polostandardizované rozhovory.....	88
4.2.1 Strukturované kazuistiky respondentů.....	88
4.2.2 Grafické znázornění.....	98
5. Diskuze.....	103

<b>6. Závěr .....</b>	<b>114</b>
<b>7. Klíčová slova.....</b>	<b>117</b>
<b>8. Literatura .....</b>	<b>118</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>125</b>



## Úvod

Tito pacienti nepatří do kategorie akutní a kritické medicíny (10), pacienti s apalickým syndromem se řadí do kategorie neobyčejně náročných nemocných (53), to si uvědomují také jednotlivá zdravotnická zařízení, proto dochází k zřizování specializačních jednotek chronické resuscitační a intenzivní péče či přímo apalických jednotek.

Apalický syndrom a stav s ním spojený vyžaduje dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči (53) a specializované intenzivní postupy (12). Pacienti s tímto syndromem jsou zcela závislí na sesterské ošetrovatelské péči a z hlediska ošetrovatelské péče jsou řazeni jako nejnáročnější (10). Úloha sestry je pro zlepšování stavu nemocného nenahraditelná (53). Jelikož jde o péči specializovanou, je tato péče náročná na zkušenosti sester, jejich dovednosti, ale také na jejich dobré odborné znalosti. A právě proto je nutné věnovat pozornost budoucím sestřím. Některé z nich se budou na svých budoucích pracovištích s těmito pacienty setkávat nebo jim budou ošetrovatelskou péči přímo poskytovat. Proto je nutné budoucí sestry na ošetrovatelskou péči u apalických pacientů a její specifika připravovat a jejich připravenost dále zdokonalovat. Čím lépe budou připraveny jak po stránce teoretické, tak praktické, tím lepší a kvalitnější péči budou schopny těmto pacientům poskytovat.

## **1. Současný stav**

Apalický syndrom neboli stav bdělého bezvědomí je zvláštním typem poruchy vědomí, jehož základním rysem je bdělost s otevřenými očima (8). Ošetrovatelská péče u apalického pacienta je jednou z nejnáročnějších. Klade velké nároky a požadavky na ošetrovatelský personál, hlavně pak na sestry, na jejich dovednosti i vědomosti. Proto je potřeba, aby sestry pracující s apalickými pacienty byly na poskytování péče, zejména pak na její specifitě, co nejlépe připraveny. Pouze tak je možné dosáhnout kvalitní ošetrovatelské péče u těchto pacientů.

### ***1.1 Apalický syndrom***

#### ***1.1.1 Vědomí***

Vědomí je stav, kdy je člověk schopen správně vnímat sebe i své okolí a správně reagovat na podněty vnitřního i vnějšího prostředí. Jde o vnitřní slovní signalizaci člověka o sobě a okolí (2). Je to schopnost mozku přijmout a zpracovat informaci na vyšší než reflexní úrovni. To znamená, že reakce na zevní podnět musí být komplexnější než reflex (69). Zajišťováno a podmíněno je hladkým fungováním mozkového retikulárního aktivačního systému a jeho spojením s kůrou mozkovou (1). Proto každá léze, která výrazně poškodí mozkový kmen nebo hemisféry, může být provázena poruchou vědomí. Toto poškození může být strukturální či anatomické (tumor, krvácení, ischemie). Lokalizované přímo v mozkovém kmeni, nebo mimo oblast mozkového kmene a poškodí aktivační retikulární formaci tlakem. Poškození metabolické nebo toxické bývá difúznější, způsobí difúzní oboustrannou kortikální lézi, významná je zde porucha energetického metabolismu a krevního oběhu (2).

Vědomí lze rozdělit na dva typy. Vigilita (bdělost) určuje stupeň schopnosti reagovat na prostředí, během dne kolísá. Dvěma extrémními fyziologickými stavy různé vigility jsou bdění a spánek. Lucidita (jasnost) popisuje hloubku a obsah bdělého stavu a je na bdělosti závislá. Jestliže chybí vigilita není možná ani lucidita (2).

### ***1.1.2 Apalický syndrom – vegetativní stav***

Apalický syndrom neboli vegetativní stav, je způsoben postižením mozkové kůry a podkoří včetně některých jejich přívodných a vývodných drah (49). Je zvláštním typem poruchy vědomí, kdy základním rysem oproti klasickému „nebdělému“ bezvědomí, je bdělost s otevřenými očima (8).

Apalický syndrom jako jednotka prošel historickým vývojem v názvu, ne v obsahu, který byl několikrát měněn, aby vyhovoval dosaženému stupni poznání (67), nebo podle toho, jak se měnil názor na daný stav či symptom (57). V popisné a francouzské (12) terminologii je často užíván termín vigilní kóma (coma vigile), tedy stav bdělosti s otevřenými očima (49).

Názvu apalický syndrom, německé názvosloví (12), bylo poprvé použito v roce 1940 p. Kretschmerem pro charakteristické postižení mozku vznikající jako následek závažných stavů postihujících mozkovou tkáň. V roce 1967 byl p. Gerstenbrandem vytvořen podrobnější popis (9). Výraz apalický vychází z termínu pallium – bez kůry mozkové. Tento popisný termín akceptujeme jako vycházející z představy nefungující mozkové kůry (49).

Termín apalický syndrom kladl důraz na izolaci kůry a podkoří, později byl opraven na vegetativní stav, neboť ložiskové změny odpovědné za tento stav mohou být i v hloubi centrální šedi (67).

Pojem vegetativní stav vytvořili P. Jennett a Plum (1972). Definovali jej jako nepřítomnost jakéhokoli důkazu fungujícího sebeuvědomování (vědomí mysli), které by přijímalo nebo vydávalo informace o nemocném, jenž má dlouhé stavy bdělosti a nepřítomnost jakékoli adaptivní odpovědi na zevní prostředí. Tento stav, kdy fungují důležité životní funkce, ale bez účasti vyšší nervové činnosti (57), je obecně označován v anglosaské terminologii termínem vegetativní stav. Ten je dále rozlišen na tzv. perzistentní vegetativní stav (49), který je charakterizován funkční dekortikalizací,

zatímco funkce vegetativní, řízené z kmenových struktur jsou zachovány (řízení respirace, srdeční akce, krevního tlaku). Způsobuje jej oboustranné poškození kůry či subkortikální bílé hmoty s relativním ušetřením mozkového kmene (2) a permanentní vegetativní stav (49). Tento stav může trvat dny, týdny i měsíce. Diagnóza perzistentního vegetativního stavu předpokládá možnost nějakého stupně zotavení. Oproti tomu diagnóza permanentního vegetativního stavu možnost zotavení nepředpokládá (36).

Dnes je užíváno všech jmenovaných výrazů jako synonym označujících soubor příznaků následujících po poškození mozku (73). Ve své práci si dále dovoluji používat termínu apalický syndrom.

### ***1.1.3 Anatomie a fyziologie centrální nervové soustavy***

Těžká a v případě apalického syndromu v převážné většině nezvratná porucha vědomí je důsledkem rozsáhlého, těžkého a oboustranného poškození mozkové kůry. Ta je ničena jednak zejména nedostatkem kyslíku (např. při dušení, srdeční zástavě), patologicky nízkou hladinou krevního cukru (většinou u rozkolísané, špatně léčené cukrovky, kdy důsledky jsou stejné jako u nedostatku kyslíku a těžkých úrazů). Dále poškozením spojů mozkové kůry a thalamů, které jsou poničeny při cévních mozkových příhodách nebo úrazech. K poškození thalamů pak dochází při nádorech, cévních příhodách, úrazech nebo otravách. A poškozením horních oblastí mozkového kmene, které postihují úrazy, vzácně jiné příčiny (37).

Základní funkční a stavební jednotkou nervové soustavy je neuron. Neuron je tvořen z těla nervové buňky a jejích odstředivých a dostředivých výběžků. Nervové buňky se nachází vždy v centrálním nervovém systému nebo v jeho těsné blízkosti. Výběžky však mohou zasahovat i mimo centrální nervstvo. Výběžky vedoucí informace odstředivě, od těla buňky ke svalu se nazývají axony. Výběžky vedoucí dostředivě, od receptorů do těla buňky se nazývají dendrity. Místa kontaktů nervových buněk se nazývají synapse. Jeden neuron centrálního nervového systému může být synapsami spojen s dvaceti až třiceti tisíci dalšími neurony (13).

Periferní nervový systém zahrnuje svazky nervových vláken, které tvoří výběžky nervových buněk. Nervy obsahují motorická a senzitivní vlákna. Motorická vlákna jsou axony neuronů, vystupují z mozkového kmene a míchy, vedou do periferie podněty pro motorické ploténky svalů. Senzitivní vlákna jsou výběžky pseudounipolárních buněk spinálních ganglií a buněk ganglií hlavových nervů. Spojují periferie s centrálním nervovým systémem a zprostředkovávají tak získávání informací z periferie. Periferní nervový systém tvoří dvě skupiny nervů – mozkomíšní nervy, ty zahrnující hlavové nervy, jejich ganglia a míšní nervy se spinálními ganglii. A nervy autonomní s ganglii, které jsou na funkcích centrální nervové soustavy v jisté míře nezávislé a zahrnují nervy sympatické a parasympatické (15).

Centrální nervový systém je chráněn kostěnou oporou a také vazivovými obaly. Prostor mezi obaly vyplňuje mozkomíšní mok, který mozek chrání proti otřesům a nadlehčuje jej. Centrální nervový systém tvoří hřbetní mícha (medulla spinalis). Je centrem míšních reflexů a slouží také jako vodivá struktura. Tvoří ji šedá hmota (centrum segmentových míšních reflexů) a bílá hmota (prochází jí descendentní a ascendentní míšní dráhy) (13).

Mozkový kmen (truncus encephali) je pokračováním míchy. Je místem uložení center pro vitální funkce. Skládá se z prodloužené míchy (medulla oblongata), mostu (pons Varoli) a středního mozku (mezenkephalon). V celém kmeni se rozkládá mimo typických jader soubor šedých hmot. Systém, pro svůj síťový charakter dostal název retikulární formace. Ta je zapojena do systémů senzitivity (převod pomalé, difúzní bolesti) a k aktivačnímu systému centrální nervové soustavy (udržuje vědomí), dále do motoriky a do vegetativních spojů. Díky vzájemnému propojení spojů je retikulární formace místem center životně důležitých reflexů. Mezi obživné reflexy patří reflex polykací, slinivý, sací a visceromotorický. Mezi obranné reflexy slzivý, mrkací, kašlací a dávivý. Dále retikulární formace reguluje životně důležité funkce dýchání, krevní tlak, srdeční činnost (13).

Základní funkcí mozečku (cerebellum) je udržování vzpřímené polohy a rovnováhy, řízení pohybů a jejich koordinace a regulace svalového tonu (13).

Mezimozek (diencephalon) je složen z epithalamu, který je tvořen šišinkou obsahující melatonin (řídí rytmy bdění a spánku společně s hypothalamem), metathalamu, thalamu, který umožňuje převod mozkovým kmenem z periferie do korových oblastí a důležitých center mozečku a zprostředkovává přenos do asociačních oblastí kůry. Thalamokortikální a kortikothalamické spoje ovlivňují stav bdělosti jako odpověď na senzorní aferenci. Thalamus se také podílí na některých vegetativních reakcích. Subthalamu a hypotalamu, jehož jádra mají vliv a kontrolu mnoha životně důležitých funkcí a reflexů. Ovlivňuje reprodukci, sexuální chování, reguluje příjem tekutin a potravy, působí na regulaci tělesné teploty a má vliv na biorytmy (13).

Funkčním prvkem veškeré nervové činnosti člověka i psychické je reflex. Mozková kůra je nejvyšším centrem reflexních oblouků, ve kterých probíhá rozbor vzruchů a jejich převod do odpovědi (13). Mozková kůra (cortex cerebri) tvoří dvě hemisféry. V kůře se nachází oblasti, které jsou rozděleny dle jejich funkce tzv. funkční korové oblasti motorické, oblasti pro senzitivitu a senzorní a asociační korové oblasti (15).

#### ***1.1.4 Příčiny vzniku a diagnostika apalického syndromu***

Nejčastější příčinou apalického syndromu jsou traumatické příhody (43), kdy dochází k těžkým kraniocerebrálním poraněním (9), např. stělná poranění, dopravní nehody (43). Tato poranění bývají příčinou zmoždění mozku, které kromě různě rozsáhlého přímého poškození mozkové kůry poškodí zároveň systémy vláken bílé hmoty (37).

Dále může tento stav vzniknout po netraumatické příhodě (43) ve spojení s mozkovou hypoxií, např. při srdeční zástavě nebo kardiopumonální resuscitaci, tonutí, oběšení, rdoušení (9). Méně častou příčinou vzniku jsou pak příčiny metabolické,

krvácení či rozsáhlé ischemie mozku a infekční postižení centrální nervové struktury (49).

Patogeneticky je tento stav důsledkem akutního či chronického poškození mozkové kůry, nebo poškozením systémů vláken, propojujících kůru s dalšími částmi mozku, nebo poškození thalamu (36).

Diagnostika apalického syndromu je náročná a vyžaduje značnou zkušenost (36). Svou roli zde hrají jednak vyšetření v akutní fázi, ale také srovnávací vyšetření ve fázi stabilizované. Sestra ošetřující pacienty s apalickým syndromem by měla tato vyšetření znát a umět výsledné parametry hodnotit s ohledem na celkový stav pacienta a poskytování potřebné ošetrovatelské péče. Zatím co v akutní fázi je z pohledu sestry péče zaměřena spíše na anesteziologicko-resuscitační péči, v pozdějších fázích stojí v popředí specifická ošetrovatelská péče. Sestra zpracovává sesterskou anamnézu, a to osobní, rodinnou, sociální a pracovní pacienta. Jelikož je pacient v bezvědomí, je nutné, aby sestra navázala kontakt s jeho rodinou a případné anamnestické údaje získala od ní. Provádí fyzikální vyšetření se zaměřením na nervový systém a změny na systémech s ním souvisejícími. Sleduje např. vitální funkce pacienta, výraz obličeje, reakci zornic, úroveň vědomí, motorické funkce, odebírá materiál k laboratorním vyšetřením a sleduje výsledky vyšetření, které jsou indikovány lékařem (68).

Z pohledu nejen lékaře tvoří základ vyšetření neurologické. To je u pacienta s poruchou vědomí odlišné od běžného tím, že spolupráce s pacientem je výrazně omezena nebo zcela chybí. Úkolem tohoto vyšetření je zhodnocení poruchy vědomí na základě různých zachovalých či postižených kmenových funkcí, hybnosti, svalového tonu, typu dýchání a případných ložiskových příznaků. Další sledování této zjištěné poruchy shodnou metodikou napomáhá rovněž ke stanovení prognózy. Z hlediska sledování poruchy v čase je nutné provádět vyšetření vždy stejně. Aspekce hodnotí polohu a spontánní hybnost pacienta, stupeň vigility, který stanovuje odpověď na podněty: akustický, optický, taktilní, nejčastěji však až nociceptivní, vyšetření vegetativních funkcí, kdy je největší pozornost věnována typu dýchání, vyšetření zornic,

korneální reflex napovídá o úrovni postižení, okulocefalické reflexy, bloudivé pohyby bulbů a vyšetření motoriky, které si všímá svalového tonu (67).

Z pomocných přístrojových neurologických vyšetření je to např. zhotovení nativní RTG lebky či páteře, výpočetní tomografie (CT) jak nativní (bez aplikace kontrastní látky), tak s nitrožilní aplikací kontrastní látky. Magnetická rezonance (MR) neinvazivní vyšetření zcela nezatěžující pacienta, s možností trojrozměrného zobrazení a výhodou vyšetření intracerebrálního řečiště bez aplikace kontrastní látky (77). Elektroencefalografie (EEG vyšetření), metoda, jež zaznamenává elektrické potenciály mozku za pomoci povrchových elektrod (45).

Angiografie (AG), která je používána k diagnostice a vyšetření cévních příhod mozkových a tumorů. Jde o metodu invazivní, pacienta zatěžující a vyžadující jeho přípravu. Kontrastní látka je pod RTG kontrolou aplikována do tepenného řečiště (76).

V použité literatuře autoři rozdělují z pohledu diagnostiky pojmy vegetativní stav a apalický syndrom. V případě vegetativního stavu prokazatelného čtyři týdny po úrazovém nebo neúrazovém poškození mozku, nebo u stejného stavu trvajícím aspoň čtyři týdny u pacientů s degenerativním či metabolickým poškozením mozku, je stav diagnostikován jako perzistentní vegetativní stav. Do této doby při stejných příznacích hovoříme pouze o stavu vegetativním. Samotná diagnóza permanentního vegetativního stavu se zakládá na nepřítomnosti chápání nebo vyjadřování jazyka, jakékoli spontánní motorické aktivity, která má smysl, včetně aktivity hlasové a reprodukovatelných, udržitelných či volních odpovědí na normální nebo poškozující zrakové, sluchové nebo taktilní podněty (37). Vhodné užít termínu apalický syndrom je pro označení přechodného stádia úpravy komatózního stavu s příznivější prognózou, zejména u traumat mladších jedinců (2). Pacienty s diagnózou apalického syndromu nelze považovat za osoby ve stádiu mozkové smrti nebo osoby neuzdravitelně nemocné, ale musí být klasifikováni jako těžce nemocní nebo těžce postižení (45).



### ***1.1.5 Stádia apalického syndromu, jejich projevy a patofyziologie***

Většina stavů, které vyústí do apalického syndromu, začínají jako tzv. kmenové kóma a iniciální kmenový komplex, který charakterizuje řada neurologických příznaků z postižení mozkového kmene (49).

Iniciální stádium je možné rozdělit na 4 fáze. Během první fáze dochází k prohlubování poruchy vědomí, provázené psychomotorickým neklidem, pacient na bolestivý podnět otevírá oči. V druhé fázi se střídá postavení bulbů rozbíhavé, sbíhavé, je přítomna svalová hypertonie. Ve třetí fázi pacient již na zevní podněty nereaguje, bulby jsou v rozbíhavém postavení, je přítomna hluboká porucha vědomí. Ve čtvrté fázi je pacient v hlubokém bezvědomí, na bolestivý podnět reaguje decerebračními křečemi, bulby zůstávají v rozbíhavém postavení, zorničky jsou mydriatické, dochází k svalové hypertonii (9).

V přechodném stádiu můžeme najít 3 přechodné stavy. Coma prolomte, které trvá 1 – 5 dnů a je provázeno komatózním stavem bez decerebračních křečí s rozbíháním bulbů, přetrvávající svalovou hypertonií. Objevují se žvýkací automatismy, teploty, pocení. Dalším přechodným stavem je porucha spánku, která trvá 1 – 5 dnů, je provázena těžkou poruchou vědomí. Nemocný na alogický podnět odpovídá flexí, stabilizují se mu vegetativní funkce a dochází k zvýraznění žvýkacích automatismů. Pacient na pohled působí dojmem spící osoby. V posledním přechodném stavu se objevuje zvláštní porucha vědomí nazývaná coma vigile či vlastní apalický syndrom (9).

Stádium vlastního apalického syndromu nebo chcete-li tzv. vlastního apalického symptomového komplexu (49), může vykazovat dvanáct patofyziologických symptomů (78). První čtyři symptomy způsobuje výpadek funkce velkého mozku.

1. Porucha vědomí (coma vigile – bdělé bezvědomí). Pacient má oči otevřené, nefixující okolní svět, upřené do prázdna. Svalový tonus pacienta je silně zvýšen.

Pacient je při současném bdění v kómatu. Dochází i k spánku se zavřenýma očima (78).

2. Na senzitivní podněty vykazuje pacient reflexní primitivní motoriku. Na podněty ze zevního prostředí reaguje generalizovanou motorickou odpovědí trupu a všech končetin. Na slabší podněty reagují horní končetiny, na silnější podněty všechny končetiny a to flekčními pohyby. Pohyby jsou celkově nápadně zpomaleny a neuspořádané (78).
3. Dochází k poruše fyziologického rytmu spánku a bdění. Změna spánku na bdění je zcela nezávislá na denní době. Fáze bdění je zprvu podstatně kratší, pouze několik minut, než fáze spánku. Po zátěži pacienta je jeho spánek zvláště hluboký (78).
4. U pacientů není přítomna emoční reakce (78). Další tři symptomy jsou způsobeny autonomní funkcí mozkového kmene po vyřazení mozkové kůry (78).
5. Primitivní motorické šablony: orální automatizmy, kdy při podnětu v oblasti úst pacient otevře ústa, polyká a mlaská. Nejčastěji dojde k zachycení předmětu do úst, přidržení zuby a po té nastanou pravidelné automatické sací pohyby se skřípáním zubů (78).
6. Dochází k poruchám vegetativních funkcí. Kolísání, labilita tonu parasympatiku a sympatiku v průběhu spánku a bdění. Projevují se změnami oběhu, tělesné teploty, srdeční činnosti, šířkou pupil. Dochází k snížení rezistence vůči infekci, poruchám metabolismu (78).
7. Pacienti mají anomální držení končetin a hlavy. Dolní i horní končetiny jsou ve flexi, změnit jejich polohu se nedaří. Svaly hlavy a trupu mají zvýšený tonus, hlava může být otočena nebo flektována výrazně ke straně (78). Posledních pět symptomů je následkem lokálního či funkčního anatomického postižení určitého systému (78).
8. Symptomy z postižení pyramidové dráhy – zvýšení svalového tonu.
9. Inkontinence přechodného charakteru, centrálního původu.
10. Je přítomen extrapyramidový syndrom – elasticita společně s rigiditou, zpomalení a snížení mimiky (78).
11. Optomotorické poruchy – bulby jsou v rozbíhavém postavení, zornice líně reagující na osvit, jsou anizokorické či izokorické (78).

12. Na základě dalších ložiskových poškození mozku lokální symptomy.

Během vlastního apalického symptomového komplexu dochází ke stabilizaci celkového obrazu, s možnými změnami v jednotlivých symptomech. Bdění přibývá. Může docházet k vytváření kloubních změn na velkých kloubech v důsledku flekčního držení těla a končetin, které může být výraznější. Upravují se vegetativní funkce. Může dojít k změnám a mírnému zlepšení na mnoha úrovních (78).

Klinický obraz pacientů s apalickým syndromem – pacienti leží na lůžku, nejsou schopni spontánní motoriky (45) a budí dojem plného vědomí (49). Základní reflexy jsou zachovány. Oči jsou otevřené, bulby provádí bloudivé pohyby či vykazují divergentní (rozbíhavou) pozici, ale nefixují. Na bolestivé nebo intenzivní optické a akustické podněty z okolí buď nereagují, nelze s nimi navázat kontakt (67), nebo na určité podněty reagují podle primitivních motorických vzorů a vegetativními symptomy (45), např. změnou krevního tlaku, změnou rychlosti srdeční činnosti, změnou tělesné teploty (49), změnou dechového rytmu (55). U pacientů chybí emoční reakce, nejsou schopni vyjádřit své myšlenky, pocity a náladu. Pacienti nejsou schopni jíst ani žvýkat potravu, často můžeme pozorovat tzv. „orální automatizmy“ – mají otevřená ústa, polykají naprázdno a mlaskají. U všech pacientů dochází k poruše sfinkterů a inkontinenci. Typickým obrazem je dále decerebrační či dekortikační držení končetin (49). Horní končetiny se nacházejí ve spastické flexi, dolní končetiny ve většině případů v extenzi a plantární flexi (45) nebo horní i dolní končetiny v extenzi (49). Někdy v závislosti na charakteru postižení mozku nacházíme různé stupně parézy končetin, příznaky extrapyramidových syndromů či poruchy oko-hybných funkcí. Apalický syndrom je provázen také poruchou fyziologického rytmu spánku a bdění. Pacienti často v noci nespí (48). Rytmus také závisí na únavě pacienta a není závislý na denní době. Průměrně bdí apalictí pacienti dvě hodiny a poté tři hodiny spí (45). Charakteristický je také váhový úbytek, oslabení imunity, sklon k infekci a dekubitům(67).

Apalický syndrom není statický stav, může kdykoliv nezvratně ustrnout, za nepříznivých podmínek mohou příznaky dokonce regresovat. U části pacientů s apalickým syndromem, v případě jeho ústupu, může dojít vzácně k příznivému vývoji, což potvrdil a popsal již před mnoha desetiletími Gerstenbrand. Sám zastával názor, že vývoj je dán zčásti původním inzultem, ale i systematickou psychosomatickou péčí nebo naopak jejím nedostatkem (12). V případě ústupu apalického syndromu přichází stádium remise (45) – vymizení projevů a příznaků onemocnění, ne však nemoci samotné (83), podle Gerstenbranda prochází pacient několika jejími fázemi. Ve fázi primitivní psychomotoriky a fázi sahání po předmětech pozorujeme tendenci k uchopení předmětů a primitivní motorické vzory perorální oblasti, pacient je schopen optické fixace. Normálnímu rytmu se začíná přizpůsobovat také rytmus spánku a bdění. V dalším vývoji je pacient schopen nejen optické fixace, ale také sledování osob nebo objektů. Rytmus spánku a bdění se upravuje podle denního rytmu. Dochází k redukci motorických vzorů, zmenšuje se spastická flexe horních končetin a extenze dolních končetin. Fáze Klúwer-Bucyho syndromu (45). Tento syndrom představuje neurobehaviorální stav, který je charakterizován projevy vizuální agnozie (nemocný nepozná předměty zrakem, ačkoliv je vidí, není schopen poznat a interpretovat smyslové vjemy), hypersexualita, hyperoralita a sklon reagovat nebo usilovat o dotek na základě každého vizuálního podnětu (56). Dále dochází k ovlivnění vnímání citových projevů, sféry víry a náboženství, osobních vztahů, vnímání vlastního já a vznik průvodních jevů, jako je depersonalizace a derealizace, tedy projevů chování, které jsou pro člověka zcela zásadní (66). Pacient má tendenci k uchopení předmětů a jejich podání k ústům, aby je mohl žvýkat a spolknout. Pacient začíná vydávat zvuky, cíleně reaguje na podněty. V dalším průběhu syndromu začíná nemocný navazovat kontakt s okolím. Vegetativní reakce vykazují jen nízkou tendenci k dysregulaci. Extenze dolních končetin a flexe horních končetin se zcela ztratila (45). Fáze Korsakovova syndromu - pacienti vykazují jen nízkou elasticitu. Hlavními poruchami jsou kognitivní poruchy s projevy Korsakovova syndromu, kdy pacienti trpí neschopností zapamatovat si zejména nové údaje, které nahrazují smyšlenkami a těžkou poruchou paměti. Ve fázi amnestického syndromu stojí v popředí amnestická symptomatika. Pacientova nálada je

podrážděná, dysforická, jen v některých případech můžeme najít primitivní motorické vzory. Fáze organického psychosyndromu a stádium defektu se u pacienta projevuje organickým psychosyndromem s různými neurologickými a kognitivními defekty jako symptomy kortikální dysfunkce. Proces remise se může během prvních čtyř fází zastavit a to nejčastěji během druhé fáze (fáze sahání po předmětech), nebo v začátku Klúwer-Bucyho syndromu (45).

Někdy jsou uváděny pouze fáze dvě, které zahrnují již výše zmíněné syndromy. Počínající fáze remise, charakterizovaná tím, že pacient reaguje na bolestivé podněty necílenými či cílenými obrannými pohyby, vyhoví jednoduchým výzvám, reaguje na slovní podněty, ustupuje porucha spánku a bdění. Chybí mimické projevy, v obličeji je převážně ustrašený výraz. Zachycení této fáze a tohoto zlepšení je rozhodující pro další vývoj. Nedojde-li k reakci na zlepšení stran okolí, pacient v této fázi ustrne a dále nedochází k zlepšení, nebo jen mírnému bez možnosti uzdravení. V horším případě se pacient vrací zpět do fáze vlastního apalického syndromu (78).

A vlastní fáze remise, jejímž základním příznakem jsou mimické projevy (smích či pláč), pozorujeme nástup Klúwer-Bucyho syndromu (78), Korsakovův syndrom, kdy dle chování pacientů s tímto syndromem je možné rozdělení do tří skupin. První skupinu tvoří pacienti, kteří dobře spolupracují, euforičtí, jevíci až maniakální tendence. Druhou skupinu pacienti výrazně depresivní s negativním postojem k ošetřujícímu personálu a odmítající spolupráci. A poslední pacienti, u nichž se utváří paranoidně halucinatorní stav, který vyžaduje hospitalizaci v psychiatrických zařízeních. U většiny pacientů pozorujeme tzv. inhibiční psychosyndrom se zpomalením psychomotorického tempa (49), dochází k poruchám paměti, hlavně pro nejnovější události, poruchám efektivit, pozornosti, intelektu a emoční složky (78).

Obecně, změny ve vývoji pacientů s apalickým syndromem jsou do tří měsíců nejrychlejší, poté se do jednoho roku zpomalují. Hlavní rysy osobnosti se ustálí do dvou let a obnova osobnosti je ukončena až pátým rokem. Často vynikají předchozí

dominantní vlastnosti, nejvíce porušena je schopnost déle se soustředit, pracovat v zátěži a spontaneita (12).

### ***1.1.6 Komplikace a prognóza apalického syndromu***

U pacientů s apalickým syndromem, jako u jiných, dochází k možnosti výskytu komplikací. Znalost těchto nejčastějších komplikací může značně ovlivnit jejich výskyt a napomáhá v jejich prevenci.

Nejčastějšími komplikacemi, které provázející pacienty s apalickým syndromem jsou komplikace dýchacích cest – atelaktáza plic, pneumonie, stenóza trachey v důsledku dlouhodobé kanylace. Komplikace CNS – absces mozku, časná a pozdní pouřazová epilepsie. Komplikace gastrointestinální – obstipace, krvácivé projevy. Komplikace urogenitální – urosepse, krvácení v důsledku permanentní katetrizace (43). Vegetativní poruchy – poruchy oběhu, arytmie, tepové frekvence, poruchy či selhání termoregulace. Poruchy metabolismu – diabetes mellitus, kachexie. Snížení obranyschopnosti organismu – narušení tkáně dekubitem, abscesem, flegmónou, sepsí. Komplikace v oblasti lokomočního aparátu – kloubní ankylózy, svalové kontraktury. Komplikace v oblasti vaskulárního systému – tromboflebitidy, flebotrombózy (82). Komplikace mohou zásadně ovlivnit také délku života pacienta s apalickým syndromem.

Z hlediska prognózy je důležité, aby její hodnocení bylo prováděno racionálně, se znalostí statistik a současných trendů. Podstatná jsou fakta, neboli prognostické faktory, které byly vyhodnoceny rozsáhlými studiemi jako nezávislé prediktory výsledku. Pro stanovení prognózy léčby pacientů bylo nutné vytvořit klasifikaci výsledných stavů. Dnes nejrozšířenější a nejpoužívanější je tzv. Glasgow Outcome Scale (příloha 6). Byla vytvořena v roce 1975 Jennettem a Bondem (69). Je klasifikačním systémem pro popis různých druhů výsledků, které se vyskytují u pacientů nejen s poraněním hlavy (26).

Mezi hlavní prognostické faktory apalického syndromu můžeme zařadit příčinu vzniku syndromu a typ postižení mozku. Pacienti s hypoxickým postižením (po oběšení nebo tonutí, po kardiopulmonálních resuscitacích apod.) se uzdravují daleko méně často, než pacienti po traumatickém postižení mozku, kteří mají větší naději na obnovu mozkových funkcí (49). Faktor věku pacienta poněkud lepší vyhlídky na zlepšení (alespoň částečné) mají děti a mladší jedinci (55). Obecně známo je, že u pacientů od čtvrté dekády se prognóza zhoršuje. Ovlivnit prognózu mohou také přidružená onemocnění, při úrazech pak jiná přidružená poranění. Faktor stavu vědomí a jeho poruchy, hodnocený Glasgow Coma Scale (GCS) (příloha 6). Ta je nejčastěji používanou stupnicí poruch vědomí (69). GCS < 5 by mělo být považováno za jedno z nejhorších prognostických kritérií (67). Dalšími faktory pak jsou např. reakce zornic, kmenové reflexy nejčastěji okulocefalický a okulovestibulární, nález na CT a jiné (69).

Přes diagnostické a terapeutické pokroky medicíny zůstává prognóza apalického syndromu, který trvá déle než čtyři týdny, špatná (45). Zkušenosti jsou takové, že pokud nedojde ke zlepšování mozkových funkcí, tedy k fázi remise apalického syndromu nejdéle do jednoho roku od vzniku postižení, naděje na uzdravení či úpravu zdravotního stavu je pouze minimální (49). Ačkoli v jednotlivých případech je alespoň částečná remise možná i po několika letech (45). Je-li pacientům s apalickým syndromem poskytnuta dokonalá péče, žijí týdny, měsíce i roky (67). V zemích s vyspělým zdravotnictvím se odhaduje průměr přežití pacientů se syndromem na pět až sedm let. Odchylky jsou ovšem značné (12).

## ***1.2 Specifická ošetrovatelská péče u pacientů s apalickým syndromem***

### ***1.2.1 Komplexní hygienická péče, péče o pokožku***

Hygiena je soubor postupů a pravidel, které jsou potřebné k ochraně a podpoře zdraví. V užším slova smyslu hovoříme o hygieně jako o udržování osobní čistoty. Potřeba hygieny/čistoty je základní biologickou potřebou. Pro většinu lidí je čistota základním, výchozím předpokladem pro pocit osobní pohody. Tím zasahuje také do oblasti psychogenních potřeb. Potřebu hygieny můžeme vnímat ve třech rovinách, a to

biologické, kdy hygienická péče podporuje čistotu, odstraňuje mikroorganismy, exkřety a sekrety z těla, udržuje kůži v dobrém stavu, brání vzniku insektů a jejich komplikací. V psychologické rovině hygienická péče navozuje pocit spokojenosti, pozitivní emoce a napomáhá uvolnění a relaxaci. V sociální rovině pomáhá vytvářet příjemné prostředí a pozitivní meziosobní vztahy. Hygienickou péči ovlivňují různé faktory. Fyziologicko-biologické: věk, kůže (typ, stav, neporušenost), pohlaví, pohyb, tělesné funkce. Nemocnářky člověka na hygienickou péči i způsob uspokojování potřeby hygieny mění. Rozhodující je zde míra omezení pohyblivosti a tím ztráta soběstačnosti. Jakým způsobem bude hygienická péče provedena (koupel na lůžku, sprchování) určuje schopnost pohybu pacienta. Psychicko-duchovní faktory: nároky na uspokojování, potřeba hygieny, emocionální ladění, klid, pohoda, sebekoncepce. Vykonání hygienické péče jako základní biologické potřeby uspokojuje potřeby psychické. Uspokojení této potřeby navozuje příjemnou náladu, navozuje spokojenost. Sociálně-kulturní faktory: civilizace, výchova, návyky, etnografické vlivy. Životního prostředí: geografické podmínky, město, venkov, teplota, vlhkost (74).

Hygienická péče o nemocné, kteří se nemohou pohybovat, patří k velmi obtížným výkonům. Vysoký standard upravenosti a hygieny pomáhá nejen pacientům udržovat důstojnost, ale ujišťuje i jejich rodinu a okolí o tom, že je o jejich blízkého dobře postaráno. Zanedbání hygieny může zvýšit výskyt infekce, může způsobit poruchu integrity sliznice v dutině ústní a kůže. Podle úrovně osobní hygieny je posuzována také kvalita ošetrovatelské péče (88). Hygienická péče zahrnuje ranní a večerní umývání, česání a mytí vlasů, úpravu nehtů, péči o chrup a péči o čisté osobní prádlo (51).

U pacientů s apalickým syndromem by měla být celková koupel prováděna na lůžku dvakrát denně s kompletní výměnou ložního prádla, popřípadě častěji dle potřeby pacienta. Je-li dostupné vybavení, je možno tyto pacienty také sprchovat (10). Samotný výkon je pro sestru fyzicky i časově velmi náročný, proto je výhodou asistence ještě jednoho člena ošetrovatelského týmu. Sestra by měla dbát na řádnou a dostatečnou přípravu potřebných pomůcek, prostředí a pacienta samotného (51).



V průběhu celkové koupele sestra pečuje o kůži pacienta. Všímá si jejího zbarvení, pigmentace, napětí, integrity, případných otoků a změn na kůži (74). Po koupeli osušenou kůži, která není nijak porušena, ošetří masáží či poklepem za použití přípravku dle možnosti oddělení (10).

Péče o přídatné kožní orgány zahrnuje péči o vlasy (česání, vhodná úprava), které sestra upravuje denně při celkové hygieně a dle potřeby pacienta (74). Mytí vlasů je prováděno dle zvyklosti pracoviště, nejčastěji 1x týdně nebo dle potřeby. Nehty jsou stříhány a upravovány také jednou týdně nebo dle potřeby (39).

U apalického pacienta vyžaduje dutina ústní a chrup zvláštní péči. Zuby čistí sestra zubním kartáčkem alespoň dvakrát denně, vždy krouživými pohyby postupně vnější a vnitřní povrchy včetně kousacích ploch zubů. K péči o dutinu ústní a jazyk je nutné použít dostupných prostředků, nejčastěji roztoku heřmánku, borax-glycerinového oleje, ředěného peroxidu vodíku, ředěného Herbadentu či štětičku napuštěnou olejem s citronovou šťávou. Sestra provádí vyčištění dutiny ústní, patra a jazyka tamponem, který je v přípravku namočen (51). Tato péče se provádí několikrát denně dle potřeby a stavu. Někdy je nutné doplnit péči o odsátí sekretu pomocí odsávačky. K udržení vlhkých a měkkých rtů je možné použít vazelínu či měkký parafin, který se nanese mulovým tamponkem (88).

Péče o oči zahrnuje výplach spojivkového vaku borovou vodou nebo oftalem (30), kontrolu fyziologické sekrece a v případě nutnosti aplikace léků dle ordinace lékaře. Při péči o uši dbá sestra na možnost deformace boltce při polohování a je-li čistý zvukovod, provádí 1krát za 3 dny jeho čištění. Při zavedení alimentární sondy je významná také péče o nos. Sestra kontroluje fixaci sondy k hřbetu nosu a ošetřuje nosní průduchy, např. obden podání Mukoseptonexu (32).

Po celkové toaletě je pacient oblečen do čistého osobního prádla. Při dobré spolupráci s rodinou je také možnost obléci pacientovi oblečení, na které byl zvyklý

z domova. Také při koupeli a ostatní péči je výhodou užívání kosmetických přípravků a pomůcek, na které byl pacient zvyklý.

Kůže je vnějším obalem těla a zároveň plní důležité úkoly. Chrání organismus před vlivy vnějšího prostředí. Její vlastnosti pevnost a pružnost zajišťují odolnost organismu proti mechanickému působení, např. nárazu, tlaku. Pigment chrání před slunečním zářením. V kůži jsou ve velkém množství uloženy smyslové receptory, jimiž jsou vnímány tepelné, mechanické a bolestivé podněty. Díky povrchovým buňkám pokožky, které jsou špatně tepelně vodivé a s podkožním vazivem, chrání organismus před většími tepelnými ztrátami, provádí regulaci tělesné teploty. V podkožním vazivu je ukládán tuk, který kromě izolační funkce je také energetickou zásobárnou organismu. Uskladněny jsou zde také vitamíny rozpustné v tucích. Sekrety mazových a potních žláz se uplatňují při ochraně kůže a celého organismu (74).

Proleženina (dekubitus, vřed, tlaková léze) je lokalizovanou oblastí buněčného poškození, která je způsobena poruchou mikrocirkulace, způsobené nepřerušným tlakem a z ní vyplývající hypoxie, která je následována odumrtí buněk (51). Postihuje kůži, šlachy, svaly až kosti (30). Faktory, jež ovlivňují vznik dekubitů, můžeme rozdělit na místní a celkové. Mezi místní řadíme zejména tlak na predilekční místa (24). Oblasti, kde je kožní povrch blízko kosti a jsou málo izolovány vrstvou podkožního tuku a svalstva. Liší se polohou, v níž je pacient dlouhodobě uložen. Nejčastější výskyt je v sakrální krajině, na hýždích, kotnících, patách, trochanterech, lopatkách, loktech, lýtkách a temenu hlavy (51). Chybí-li spontánní pohyb a tlak přesáhne 32 mm Hg, po určité době dojde ke stlačení kapilár, nato k nedostatku kyslíku ve tkáni a rozvoji dekubitu. Patogeneticky je výše tlaku přímo úměrná vzniku poškození tkáně (30). Dalším místním faktorem je střížný efekt, kdy dochází k ischemii postižené oblasti pohybem vrstvy kůže s podkožím a svalovinou proti sobě k natažení a zúžení cév. Faktorem může být také tření např. při posunu pacienta na lůžku. Nadměrná vlhkost kůže, způsobená inkontinencí či nadměrným pocením při vysokých teplotách a celkový stav. Celkové faktory jsou věk pacienta, pacienti nad 80 let jsou nejrizikovější skupinou, stav kůže, zejména její celistvost. Porucha pohyblivosti částečná či úplná. Hmotnost

pacienta, riziko proleženin je vyšší u pacientů obézních nebo kachektických. Stav inervace (dle druhu ochrnutí). Cirkulace krevního oběhu. Je-li pacient např. hypotenzní, dochází k centralizaci oběhu a periferie je nedostatečně prokrvena. Nutrice, při nedostatku živin dochází k vymizení podkožního tuku a úbytku svalové hmoty, což je v důsledku příčinou poruchy imunity a zhoršení regenerace tkání a buněk. Hydratace, při dehydrataci se snižuje kožní napětí a tvoří se kožní řasy. Kůže inklinuje k otokům a vysychání. Při hyperhydrataci se naopak kožní napětí zvyšuje, tvoří se otoky a může docházet k poruše integrity kůže (24). Dle Torrance klasifikujeme dekubity do 5 stupňů:

1. stupeň: Překrvení se zblednutím. Kůže je zarudlá, erytém bledne při mírném zatlačení prsty. Není porucha mikrocirkulace. Příznaky: jemné zarudnutí kůže, mírný otok.
2. stupeň: Neblednoucí překrvení. Kůže je zarudlá, místně vystouplá. Nebledne při zatlačení prsty. Může dojít k jejímu povrchovému poškození. Příznaky: Zduření postiženého místa na pohmat, zarudnutí místa, někdy vytvoření puchýře.
3. stupeň: Zvředovatění kůže. Postup ulcerace přes dermis až na rozhraní subkutánní fascie. Příznaky: poškození kůže připomínající hlubokou oděrku.
4. stupeň: Zvředovatění subkutánní fascie. Vřed se šíří do podkoží, postižené svaly jsou oteklé a zanícené. Příznaky: rozpad tkáně vypadající jako hluboká, otevřená rána.
5. stupeň: Nekróza svalu. Svalová tkáň odumírá, je provázána infekcí (gangrenózní dekubitus). Příznaky: v oblasti suchá, černá nekróza nebo rozbředlá nekrotická tkáň hnilobně páchnoucí. Hluboké choboty vyplněné hnisem vznikající mezi svaly (51).

Je důležité vědět, že i nepatrné známky na povrchu kůže mohou skrývat rozsáhlé poškození pod povrchem. Jelikož dekubity přinášejí nesmírné utrpení pacientům a zvyšují náklady zdravotnického zařízení, je nutné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Jejím cílem ale není léčba vzniklých dekubitů, ale jejich prevence. Sestra má zodpovědnost při identifikaci pacientů, kteří jsou ohroženi vznikem dekubitů a při vypracování individuálních preventivních postupů. Pacienti s apalickým syndromem mezi nejvíce ohrožené jistě patří (51). K posouzení pravděpodobného vzniku dekubitů jsou vypracovány různé stupnice a škály, např. skórovací systém dle Nortonové (příloha 3), Waterlova tabulka (příloha 4). S jejich pomocí můžeme důsledně mapovat výskyt

rizikových faktorů, které vznik proleženin podporují. Posouzení rizika vzniku provádíme na začátku hospitalizace, za určitou časovou jednotku, při aktuální změně zdravotního stavu pacienta nebo po ukončení hospitalizace (40). K samotné prevenci dekubitů pak napomáhá minimalizace či odstranění faktorů podílejících se na jejich vzniku, zvolení vhodného antidekubitárního systému. Pasivní antidekubitární systém spočívá v užití speciální matrace. Ta napomáhá k rozložení váhy pacienta tak, aby tlak na tkáň zejména v predilekčních místech byl co nejmenší. Aktivní antidekubitární systém zahrnuje užití matrací, jejichž úkolem je odlehčení částí těla a obnovení prokrvení. Vypracování plánu polohování a mobility na základě rizika vzniku dekubitu a zdravotního stavu pacienta. Sestry by měli mít dostatek pomůcek potřebných k nastavení polohy pacienta (polštáře, klíny, molitany, podložky, botičky, kolečka apod.) (30). Polohování je prováděno dle polohovacího rozvrhu nejčastěji po 2 hodinách přes den a po 3 hodinách v noci (74) a to správnou polohovací technikou, aby nedošlo k poškození pacienta (40). O změnách polohy je veden záznam (74). V prevenci je také nutné řádné provádění hygieny při inkontinenci, používání jednorázových pomůcek, bránících zpětnému propuštění vlhkosti. Již znečištěného pacienta je nutné v co nejkratší době umýt. Zajištění řádné výživy a tekutin (30). O již vzniklém dekubitu a také o jeho léčení je nutné vést řádnou dokumentaci (60).

### ***1.2.2 Péče o dýchací cesty***

Na dýchání jsou závislé další vitální funkce, bez dýchání není možná existence. Bez dýchání se nedostává kyslík ze vzduchu k buňkám v těle. Dýchání jako jedna z fyziologických funkcí napomáhá udržení rovnováhy vnitřního prostředí. Je dějem, kdy organismus získává a spotřebovává vzdušný kyslík a oproti tomu vylučuje oxid uhličitý. Přívod kyslíku je nutný k látkové výměně v organismu. Oxid uhličitý je produktem chemických pochodů v organismu a je nutné jej vyloučit. Přenos, výměna kyslíku a oxidu uhličitého v těle se děje krví. Dýchání jako děj můžeme rozdělit na vnitřní dýchání, kdy dochází k výměně kyslíku a kysličníku uhličitého mezi tkáňovými buňkami a krví. Zahrnuje okysličovací pochody uvnitř buněk. A vnější dýchání, kdy dochází k výměně plynů mezi krví a atmosférou. Dýchání je řízeno z centra

v prodloužené míše (74). Dýchání zajišťují dýchací cesty. Ty tvoří dutina nosní, jejímž úkolem je přehřívání vdechovaného vzduchu na tělesnou teplotu, zvlhčování vdechovaného vzduchu, očištění vdechovaného vzduchu od mechanických nečistot a vytvářet první bariéru organismu proti vstupu infekce. Nosohltan, na jehož bočních stranách ústí Eustachova trubice, sloužící k vyrovnávání změn tlaku vzduchu v středoušní dutině. U ústí těchto trubic se nachází nosohltanové mandle, které tvoří bariéru proti infekci šířící se vzduchem. Hrtan je tvořen chrupavkami, které umožňují připevnění hlasivkových vazů umožňujících tvorbu hlasu. Průdušnice je chrupavčitou trubicí, větvící se na levou a pravou průdušku, které vstupují do plic. Průdušky – pravá průduška je téměř přímým pokračováním průdušnice, proto je náchylnější k zapadnutí vdechnutých předmětů a zvratků. Obě průdušky se po vstupu do plic větví na bronchiální strom, kdy bronchy s průsvitem pod 1 mm nazýváme průdušinkami. Pravá plic je rozdělena na tři a levá na dva laloky. Jsou uloženy v pohrudniční dutině (30). Dýchací cesty mají za fyziologických poměrů schopnost samočištění. Tato schopnost je u těžkých stavů výrazně omezena, proto je nutné provádět o dýchací cesty aktivní ošetrovatelskou péči (32).

Pacienti s apalickým syndromem mají dýchací cesty zajištěny převážně tracheotomickou kanylou (10). Jde o chirurgické otevření průdušnice zepředu, ve výši 2 až 3 chrupavčitého prstence (52). Tracheostomická kanyla je zaváděna, pokud stav pacienta vyžaduje dlouhodobou tracheální intubaci. Výhody tracheostomické kanyly oproti endotracheální kanyle jsou např. lepší tolerance pacientem, snadnější průběh obnovení spontánní ventilace, hospodárnější výměna plynů, snadnější výměna. Apalickým pacientům je tracheostomická kanyla indikována z důvodů ochrany dýchacích cest a zabezpečení toalety tracheobronchiálního kmene a plic. Péče o tracheostomované pacienty zahrnuje zvlhčování, odsávání a péči o tracheostomickou kanylu (46).

Zvlhčování vdechovaného vzduchu je nutné k zachování funkce řasinkového epitelu. Při nedostatečném zvlhčování dochází k osychání sliznice trachey, bronchů a poruše respiračního epitelu. Sekret, který se tvoří, je nedostatečně eliminován, stagnuje

a je zahušťován. To může vyvrcholit obturací dýchacích cest a vzniku atelektázy. Stagnace sekretu také zvyšuje riziko zánětlivých komplikací. Zvlhčování směsi je nutné jak v případě umělé plicní ventilace, tak spontánního dýchání. Vdechovanou směs je nutné obohacovat na 75 % relativní vlhkosti a ohřívat na alespoň 32°C. Dle možností oddělení je možné použít např. průtokový zvlhčovač probublávací, průtokový zvlhčovač tepelný, zvlhčovač tryskový. Sliznice trachey a bronchů u pacientů s tracheostomií reaguje na změněné poměry zvýšenou tvorbou sekretu. Zároveň je jeho eliminace z organismu přirozenou cestou (kašlem) znemožněna. Proto je nutné sekret odsávat. Aby nedocházelo k traumatizaci sliznice dýchacích cest, je nutné používat cévky sterilní s minimálním třecím odporem. Indikací k opakovanému odsávání je slyšitelný šelest, viditelná sekrece z tracheostomické kanyly, dyspnoe, zhrubění či zkrácení dechových fenoménů, nevysvětlitelný pokles saturace kyslíku a zvýšení tlaku v dýchacích cestách. Aby nedocházelo ke komplikacím, je nutné dodržování zásad techniky odsávání. Před a po odsávání provést na 5 vdechů 100% oxygenii jako prevenci srdeční arytmie, odsávat za aseptických podmínek, včetně jednorázového použití katétru. Šetrné zavedení katétru o nižším průměru než tracheostomická kanyla. Akt odsávání provádět při vytahování katétru jako prevenci poranění sliznice trachey. Doba odsávání by neměla přesáhnout 10–12 sekund (46). Pro snadnější odsávání či zkapalnění zaschlého sekretu je možno do kanyly jednorázově aplikovat fyziologický roztok s příměsí mukolytik (5).

Tracheostomické kanyly lze rozdělit na umělohmotné s těsnicí manžetou. Úlohou těsnicí manžety je utěsnění prostoru mezi manžetou a stěnou průdušnice a tím zabránění možnému zatečení krve a sekretu do dýchacích cest. Nutností je přiměřené nafukování manžety, aby nedocházelo k poškození sliznice. Tracheostomické kanyly bez těsnicí manžety, jejichž výhodou oproti kovovým kanylám je menší dráždivost a možnost použití přídatných pomůcek. Umělohmotné kanyly jsou většinou na jedno použití. Tracheostomické kanyly kovové jsou určeny spíše k dlouhodobému použití. Výhodou je jejich snadné čištění a dlouhá životnost. Je možné je po mechanické očištění, důkladným opláchnutím vodou a osušení sterilizovat v autoklávu nebo horkovzdušným sterilizátorem (48).

### ***1.2.3 Péče o výživu***

Výživa je primární, biologickou potřebou člověka. Je předpokladem k udržení biologické homeostázy organismu. Pro zdraví a život je nezbytný příjem určitého množství pevné a tekuté stravy. Nedostatečný příjem potravy ovlivňuje zásadně rovnováhu organismu (74). Potraviny dodáváme do organismu v dostatečném množství a správném poměru k ostatním živinám. Podle potřeb pacienta se mění energetická hodnota přijaté potravy (40). Základními složkami výživy jsou energetické substráty: cukry, které jsou do organismu dodávány ve formě jednoduchých cukrů, disacharidů nebo polysacharidů. V lidském těle je hlavním energetickým zdrojem glukóza. Cukry jsou v těle skladovány ve formě glykogenu v játrech a svalové tkáni. Jejich zásoby jsou však relativně malé. Tuky jsou hlavní energetickou zásobou v organismu a jsou zdrojem energie pro řadu tkání. Jsou také nosným médiem pro vitamíny rozpustné v tucích. Hlavní stavební složkou většiny tkání jsou bílkoviny. Ty se stávají také zdrojem energie při nedostatku jiných zdrojů. Druhou základní neenergetickou součástí výživy jsou: voda, jejíž denní spotřeba je průměrně 1,5–2,5 litru denně. Pokud není tato potřeba hrazena, dochází k dehydrataci. Ztráta vody je v různé míře spojena se ztrátou elektrolytů (76). Sledování příjmu a výdeje tekutin je jedním z důležitých aspektů ošetrovatelské péče. Může významně ovlivnit stav pacienta, proto je nutné pracovat přesně. Příjmem tekutin rozumíme jídlo, pití, krmení sondou a intravenózní roztoky. Výdej tekutin zaznamenává množství moče, stolice, pocení, zvracení, žaludeční šťávy a sekreci z rány. Sledováním bilance tekutin můžeme ovlivnit celkovou homeostázu organismu a identifikovat pacienty, kteří jsou ohroženi převodněním či dehydratací (88). Záznam bilance tekutin je prováděn sestrou, a to 24 hod. denně do dokumentace pacienta (65). Elektrolyty – hlavním kationtem extracelulárního prostoru je sodík, který má zásadní úlohu v udržení dostatečného objemu cirkulující krve a extracelulární tekutiny. Hlavním intracelulárním kationtem je draslík. Ten se podílí na průběhu membránových dějů. Při stavech katabolismu dochází k jeho depleci, která se projevuje pohotovostí ke křečím, slabostí a poruchami srdečního rytmu. Vápník je nezbytný pro tělesný růst, tvorbu zubů a kostí, pro průběh krevní srážlivosti, svalový tonus a přenášení nervových impulsů. Hořčík se podílí na reakcích potřebných k energetickému metabolismu. Prudký pokles hladiny

fosforu může způsobit těžkou svalovou slabost, vznik paréz až respirační selhání. Také vitamíny nesmí v potravě chybět. Působí v organismu jako koenzymy, antioxidanty a hormony. Dělíme je na rozpustné v tucích a vodě. Stopové prvky jsou anorganické látky, jež se v organismu vyskytují ve stopových množstvích, avšak pro funkci organismu jsou nezbytné. Jsou to např. zinek, železo, mangan, chrom, selen, jod, fluor. Je-li pacient neschopen přijímat potravu ústy, je nutné k plnohodnotnému zajištění metabolických potřeb organismu využít parenterální a enterální výživu (75). Způsob podání potravy je volen podle aktuálního zdravotního stavu pacienta (40).

Enterální výživa zahrnuje různé metody přísunu výživy do trávicího ústrojí, kde je vstřebávána. Při nedostatečné nebo nemožné výživě ústy se doporučuje její včasné zahájení. Výhodou enterální výživy je pozitivní vliv na činnost trávicího ústrojí a tím předcházení možným vážným komplikacím (65), je fyziologičtější, jednodušší, levnější a méně komplikovaná, než výživa parenterální. Tekuté enterální výživy můžeme rozdělit do dvou skupin: první skupinou jsou tekuté výživy připravené kuchyňskou (potravinářskou) technologií. Jsou to běžné potraviny v tekuté formě, označované v dietním rozpisu jako dieta O/MIX. Takto upravenou stravu lze podávat gastrickou sondou. Spíše se však hodí jako doplněk nutriční podpory, ne pro intenzivní nutriční zajištění pacientů. Zejména proto, že není nutričně definována (75) a při přípravě může dojít k její dekontaminaci (30). Druhou skupinou jsou enterální výživy farmaceutického charakteru, které zahrnují polymerní či oligomerní přípravky nutričně definované a elementární přípravky chemicky definované. Polymerní přípravky jsou určeny k podávání do žaludku a to buď kontinuálně či bolusově. Oligomerní a elementární přípravky jsou určeny spíše k podání nasojejunální sondou či jejunostomií kontinuálně, přičemž musí být sterilní a zahřáté na tělesnou teplotu. Složení enterální výživy je možné upravit a přizpůsobit potřebám a stavu pacienta (75).

Typy používaných sond k enterální výživě. Každá sestra by měla umět zavést nazogastrickou sondu a zkontrolovat její správné umístění. Sestra také prování její ošetření – kontrolu průchodnosti, správné zajištění sondy proti posunu a prevenci dekubitů. Dlouhodobé použití této sondy je však omezeno rizikem vzniku dekubitu a



horší snášenlivostí sondy pacientem (21). Do této sondy lze aplikovat obě zmiňované skupiny výživy a to nejčastěji bolusově Janettovou stříkačkou – každé 3 hodiny s výjimkou lačnicí pauly. Podávané množství stravy se pohybuje mezi 50–250 ml v dávce. Sondy je nutné po podání propláchnout 50 ml čaje, aby nedošlo k ucpání. Nebo kontinuálně, pomocí enterální pumpy. Přípravek je tak podáván celých 24 hodin rychlostí, která je indikována lékařem, s lačnicí pauly. Sonda je také proplachována čajem, aby nedošlo k jejímu ucpání. Před každou aplikací stravy je nutné překontrolovat také množství žaludečního odpadu a to aspirací. Je-li odpad větší než 50 ml, doporučuje se další podání stravy odložit. Enterální sonda (nazojejunální či jejunální) je zaváděna zaplavováním, endoskopicky a pod RTG kontrolou. Péče o tuto sondu je podobná jako u předchozího typu. Můžeme jí ovšem podávat pouze kontinuálně stravu farmaceutického charakteru. Perkutánní endoskopická gastrostomie – PEG je zavedený katétr, gastroenterologem pod endoskopickou kontrolou, přes stěnu břišní do žaludku. Užívá se u stavů, které vyžadují dlouhodobé podání enterální výživy (déle než 6 týdnů). Výhodou tohoto katétru je např. prevence vzniku dekubitů sliznice, poškození kožní integrity a hlavně lepší psychická tolerance ze strany pacienta. Aplikovat je možné stravu obou skupin již zmiňovanými způsoby. Nutné je ošetření vpichu PEG, dle druhu krytí. Při užití klasického převazového materiálu je převaz prováděn denně. Při krytí vpichu semipermeabilní fólií je možný převaz každá třetí den. Fólie musí být řádně označena datem výměny. Samozřejmostí by měl být záznam do dokumentace pacienta. Jejunostomie se od PEG liší možností podání, a to pouze kontinuálně, výživy farmaceutického charakteru (30).

Možné komplikace enterální výživy jsou např. zavedení sondy do dýchacích cest s rizikem aspirační pneumonie, netěsnost katétru u perkutánního zavedení, obstrukce katétru nebo sondy, mikrobiální kontaminace při nesprávném skladování a přípravě přípravků (75).

Parenterální výživa je metodou, kdy jsou podávány nezbytné nutriční složky mimo trávicí trubici, nejčastěji přímo do cévního řečiště. Tuto metodu je možné aplikovat jako doplňkovou enterální výživě nebo jako jediný zdroj výživy pacienta

(úplná parenterální výživa). Parenterální výživa je lékařem indikována, je-li enterální příjem nedostatečný nebo nemožný (75). Její nevýhodou je rizikovost a technická náročnost při kanylaci velkých cév, zvýšená náročnost ošetrovatelské péče, atrofie střevní sliznice a finanční nákladnost (30). Parenterální výživa může být podávána do periferního žilního řečiště, tento přístup volíme, pokud jde o nutriční intervenci kratší 5 dní. Nebo do centrálního žilního řečiště v případě podání delšího než 5 dní, nutnosti podání koncentrovaných přípravků, při nevhodném periferním řečišti. Cestou centrálního podání jsou vena subclavia, vena jugularis interna nebo vena femoralis. Dnes jsou také směsi určené k parenterální výživě podávány systémem all-in-one. V plastickém vaku již připravené, smíchané nutriční roztoky a emulze. Aplikovány jsou pomocí infúzních pump pro vysoké nároky na přesnost podání (75).

Možné komplikace parenterální výživy jsou např. mechanické komplikace spojené se zaváděním, dislokací či umístěním CŽK nebo periferního katétru, infekční komplikace – septické stavy (katéťrová sepse), metabolické komplikace z přetížení substráty či jejich nedostatečným přísunem (21).

#### ***1.2.4 Péče o vyprazdňování***

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu a zasahuje intimní sféru člověka. Patří mezi základní, biologické potřeby člověka. Pravidelné a přiměřené vyprazdňování zajišťuje rovnováhu v organismu. Uspokojování potřeby vyprazdňování je zcela individuální. Proto je potřeba k zjištění optimální normy pro uspokojení rozhovor s rodinou pacienta. Vylučování odpadních produktů z těla stolicí či močí je základem zdraví (74).

Při vyprazdňování stolice (defekaci) sleduje sestra jeho frekvenci, která je velmi individuální. Dále pak množství stolice, konzistenci, tvar, zápach a barvu stolice (74).

U pacientů s apalickým syndromem dochází následkem lokálního či funkčního anatomického postižení k inkontinenci přechodného charakteru, centrálního původu (78). Při inkontinenci stolice je ztráta volní kontroly střevních plynů a defekace přes

anální sfinkter (74), stolice tedy odchází samovolně (51). Celkové inkontinence je neschopnost kontrolovat odchod stolice normální konzistence (74). U takto inkontinentního pacienta je nutné, aby stolice byla odstraněna co nejdříve. Samozřejmostí je omytí a ošetření kůže v okolí konečníku a na hýždích (32). Jinou možnou poruchou vyprazdňování stolice je zácpa neboli obtížné vyprazdňování malého množství nebo úplné zastavení vylučování stolice po určitou dobu. Vzhledem k pacientovým návykům. Hlavními příznaky obstipace jsou např. tvrdá, tuhá stolice, snížení frekvence defekace, bolestivá defekace, hmatatelná fekální hmota. Nejčastějšími faktory, podílejícími se na vzniku obstipace jsou nevhodná dieta, nedostatečný příjem tekutin, nedostatečná fyzická aktivita, některé léky (74). U pacientů s apalickým syndromem je vhodné jako prevence zácpy přidání olivového oleje do stravy, v případě větších problémů aplikace mikroklyzma s glycerinovým olejem 2krát týdně (10). Poruchou vyprazdňování je také paradoxní průjem u těžké zácpy, kdy při dlouhotrvající zácpě u dlouhodobě ležících pacientů vzniká tzv. paradoxní (falešný) průjem. Řitním otvorem nemůže projít spečená a zahuštěná stolice silně dráždící sliznici esovité kličky a konečníku k sekreci hlenu. Hlen odchází s trochou stolice právě jako paradoxní průjem. Ve skutečnosti jde však o těžkou zácpu. Další poruchou vyprazdňování stolice je průjem (diarrhoea) neboli časté vylučování tekuté stolice. Mezi hlavní příčiny průjmu řadíme např. netolerance tekutin nebo potravy, alergie na potravu, tekutiny, léky (74).

Při sledování vyprazdňování moče sestra hodnotí množství vyloučené moče, její zbarvení, zápach a příměsi. Močením neboli mikcí označujeme vyprazdňování močového měchýře (51). Asi při náplni močového měchýře 150 ml se dostavuje nucení na moč. Při náplni okolo 250–400 ml jsou stimulovány nervová zakončení stěny močového měchýře. Impulzy směřují do centra močení (mícha) a do centra kontroly močení (mozková kůra). Zahájení, přerušování či vyvolání mikce umožňuje zevní svěrač a břišní lis, které jsou ovládány vůlí (30). Volní kontrola močení je ovšem možná pouze v případě, že jsou neporušené nervy zásobující močový měchýř a močovou trubici a všechny nervové dráhy včetně mozkových center. Následkem poranění kterékoliv části nervového systému dochází k poruše močení – inkontinenci (51) neboli mimovolnému

úniku moči (34). Jedním z řešení inkontinence u apalického pacienta je zavedení permanentního močového katétru (10). I když je zajištění močových cest na jednotkách intenzivní péče permanentním močovým katétre součástí standardní ošetrovatelské péče, je třeba brát na vědomí, že 80 % nozokomiálních infekcí močových cest je způsobeno právě jeho zavedením. Zavádění katétru je nutné provádět za přísných aseptických podmínek. Permanentní močový katétr je většinou napojen na uzavřený sterilní drenážní systém. Ten tvoří katétr, drenážní hadička a sběrný vak na moč (30). Je zavěšen pod úroveň močového měchýře (88). Obvykle je vybaven také filtrem, který zabraňuje průniku infekce do močového měchýře a místem, které umožňuje odebrat moč bez rozpojení systému (30). Pacient s permanentním močovým katétre by měl mít denní příjem tekutin 2–3 litry, z důvodu snížení rizika infekce (88). Dalším z možných a užívaných řešení inkontinence apalického pacienta je zavedení perkutánní epicystostomie. Jde o suprapubickou drenáž močového měchýře. Jednou z indikací je právě dlouhodobá inkontinence. Katétr je rovněž napojen na drenážní systém. Komplikací tohoto řešení je poranění struktur pánve v oblasti punkce, místní infekce a vzácně krvácení (30). Ošetření epicystostomie je blíže popsáno v kapitole 1.2.6. Při sledování vylučování moči sestra hodnotí množství vyloučené moči, její zbarvení, zápach a příměsi (38).

### ***1.2.5 Monitorace fyziologických funkcí***

Pojmem krevní tlak (TK) rozumíme tlak tepenný (arteriální). Tlak, který je vyvíjen na stěnu tepny. Faktory, které mohou hodnotu krevního tlaku ovlivnit: srdeční činnost, množství krve v cévní soustavě, periferní odpor (odpor kladený tepenkami proudu krve). Kromě těchto faktorů se mohou účastnit také jiní činitelé jako: fyzická námaha, poloha těla, emocionální podněty, viskozita krve (34), věk pacienta, pohlaví, horečka, obezita a další. Krevní tlak může být měřen invazivní metodou (přímou) (51). U více stabilizovaných pacientů pak neinvazivní metodou (nepřímou), nejčastěji auskultačně rtuťovým tlakoměrem (tonometrem) (34). Rozeznáváme dvě hodnoty krevního tlaku – systolický, tlak vyvolaný kontrakcí srdeční komory. Je ovlivněn zejména srdečním výdejem, horečkou, snížením objemu kolující krve, stresem. A tlak

diastolický, tlak krve při diastole. Ten je ovlivněn periferním odporem krevního oběhu a poddajností arterií (51). Rozptyl normálních hodnot krevního tlaku se pohybuje u dospělého člověka od 100/60 mm Hg do 139/89 mm Hg. Průměrná hodnota pak je 120/75. U dětí je průměrnou fyziologickou hodnotou 80/50 mm Hg (34).

Objemovou změnu tepny, kterou lze hmatat, ale také vidět nebo jinak registrovat nazýváme puls neboli tep (P). Je projevem činnosti srdce, specificky levé komory srdeční. Lze hodnotit jeho pravidelnost, kvalitu a frekvenci. Měření lze provést na kterékoliv přístupné tepně např. arteria femoralis. Nejčastěji však na arterii radialis (34), přiložením 2–3 prstů (51) a lehkým přitisknutím ke kosti tak, aby ukazovák byl blíže srdci. U dětí je využívána tepna spánková (arteria tempovalis). Pravidelnost hodnotí vzdálenost mezi jednotlivými tepovými vlnami, které jsou fyziologicky stejné. Nepravidelným tepem se mohou projevit různé srdeční poruchy. Kvalitu tepu hodnotíme dle náplně jednotlivých tepových vln. Fyziologicky jde o náplň stejnou. Jednotlivé poruchy kvality se mohou kombinovat a vytvářet tak tep, který je pro některá srdeční onemocnění typický (34).

Normální frekvence tepu se pohybuje u zdravého dospělého mezi 60/min. až 90/min. K ohrožení života dochází, je-li frekvence nižší než 40/min. nebo vyšší než 180/min. Tep měříme po dobu 30 sekund a násobíme dvěma či po dobu jedné minuty. Při měření kratšího intervalu může dojít nejen k zaznamenání nepřesných hodnot, ale také k přehlédnutí např. nepravidelnosti (34).

Sledování dechu (D) spočívá v hodnocení počtu dechů, objemu dýchání a rytmu.

Zdravý dospělý člověk má v klidu 16–18 dechů/min. Ke zrychlení dýchání dochází při námaze, horečce, emocích a různých onemocněních. S frekvencí se často mění i dechový objem. Měření provádíme pohledem na pacienta, přiložením ruky na hrudník či poslechem. Vždy tak, aby o něm pacient nevěděl, lze jej ovlivnit vůlí. Množství vzduchu, jež se vymění v plicích při každém dechu, je označováno jako dechový objem. U zdravého člověka činí tento objem asi 500 ml a obvykle jej spíše při sledování dechu odhadujeme. Přesně lze měřit pomocí ventilometru. Dechový objem se

zvětšuje většinou při námaze, emocích, různých onemocněních na 800–1000 ml i více. Rytmus dýchání je za normálních okolností pravidelný a každá jeho změna je klinicky významná (34).

Tělesná teplota (TT) tvoří rovnováhu mezi ztrátou tepla do zevního prostředí a jeho produkcí v tkáních. Normální hodnota tělesné teploty se pohybuje mezi 36–37°C, při čemž je charakterizována denním kolísáním. Proto je nutné tělesnou teplotu měřit alespoň 2krát denně, neordinuje-li lékař měření v kratším časovém intervalu. Zaznamenáváme-li hodnoty teploty grafickou křivkou, dostaneme tzv. teplotní křivku. Nejčastějším místem měření tělesné teploty je podpažní jamka (axila), doba měření se pohybuje mezi 7–10 minutami za pomoci rtuťového či digitálního teploměru (34).

Jak již bylo zmíněno, dojde-li u pacientů k poruše vědomí, je důležité sledovat jakoukoliv jeho změnu. Ta může ovlivnit nejen další léčebný a ošetrovatelský postup, ale důležitou roli hraje také v prognóze onemocnění. Nejčastěji používanou a nejrozšířenější stupnicí monitorace stavu vědomí a jeho poruchy je Glasgow Coma Scale (GCS) (příloha 5) – současnou podobu získala v roce 1976, jejími autory jsou Teasdal a Jannett (70). Obsahuje hodnocení reakcí pacienta na zevní podněty: otevření očí, motorická reakce a slovní odpověď (75). Každá z reakcí je hodnocena příslušným bodovým hodnocením. Výsledná hodnocení – pacient při plném vědomí – 15 bodů, pacient v hlubokém bezvědomí 3 body. Je důležité, aby hodnocení stavu vědomí uměla a prováděla sestra, neboť právě ona je s pacientem v úzkém kontaktu a může pozorovat i minimální změny (34).

K dalším funkcím, které jsou u pacientů v bezvědomí monitorovány, patří např. reakce zornic, monitorace oxygenace pomocí pulsní oxymetrie, záznam EKG (75). Vždy záleží na stavu pacienta a zvyklosti daného oddělení. Veškeré získané hodnoty je třeba vždy řádně zaznamenat do dokumentace pacienta a případné odchylky od normálu hlásit lékaři.

### ***1.2.6 Péče o invazivní vstupy***

Péče o vyživovací sondu nebo katétre (PEG) je blíže popsána v kapitole 1.2.3. Při péči o periferní žilní kanylu je nutné zachovávat aseptický přístup, provádět pravidelné převazy dle druhu užitého materiálu. Při krytí vpichu sterilními čtverci je nutné převaz provádět každý den. Při krytí semipermeabilní fólií je převaz možný každý 3. den. Při prosáknutí či znečištění obvazu je nutná jeho výměna okamžitě. Sestra provádí také zrakovou kontrolu místa vpichu, minimalizuje manipulaci a rozpojování infuzního setu, pravidelně provádí jeho výměnu (48–72 hod.) (30).

Péče o centrální žilní katétre obnáší: převaz místa vpichu centrálního žilního katétru zahrnující také místa fixačních stehů a okolí. Sestra po zaschnutí desinfekce katétru a okolí sterilně kryje. Opět dle druhu krytí provádí pravidelné převazy za přísně aseptických podmínek. Manipulace s katétre a infuzní linkou zahrnuje zabránění vystavení nepříznivým mechanickým účinkům tahu či poškození katétru a spojovací hadičky. Musí být zajištěny proti rozpojení. Je nutné také zabránit posunu katétru v kůži a kožním tunelu. Pokud je nutný přechodný uzávěr centrálního žilního katétru, je možné použít heparinovou zátku (dle oddělení např. 1,5 ml FR 1/1 + 0,5 ml heparinu), kterou je nutno před připojením na infuzní soupravu odsát a katétre propláchnout 5 ml FR 1/1. Výměny infuzních linek se provádějí dle aplikovaného roztoku a zvyklosti oddělení. Interval výměny lze částečně prodloužit použitím bezjehlových vstupů (30).

Mezi možné komplikace CŽK patří např. alergické reakce na desinfekční prostředek, na lokální anestetikum, neúspěšná punkce – punkce arterie, katéetrová, vzduchová embolie, pneumotorax (59).

V péči o permanentní močový katétre, se sestra zaměřuje především na zajištění bezproblémového odtoku moče a prevenci infekce močových cest. Zajišťuje dostatečný příjem tekutin jako prevenci infekce, sleduje 24 hodin kompletní příjem a výdej tekutin. Dbá a provádí běžnou a potřebnou hygienu ústí močové trubice a peritonea. Výměnu katétru, odvodné hadičky a sběrného sáčku (drenážní systém) provádí každé oddělení dle příslušného standardu. Sestra také kontroluje funkčnost a průchodnost katétru (51).

Sleduje možné projevy celkové či lokální infekce v důsledku zavedení permanentního močového katétru. Vyprazdňování moče ze sběrného sáčku provádí za aseptických podmínek. Systém udržuje sterilní a dobře těsnící. Zavěšení sběrného vaku je pod úrovní močového měchýře, avšak nedotýká se podlahy, aby nedošlo ke kontaminaci vývodné části. Odběr moči je prováděn pomocí sterilní jehly a stříkačky přímo z permanentního katétru. V případě neprůchodnosti se permanentní močový katétr proplachuje. K proplachu se užívá asi 50 ml sterilní vody (30). U mužů je permanentní močový katétr fixován směrem vzhůru na břicho a z důvodu prevence vzniku dekubitu je podložen krytím. Tato poloha je prevencí vzniku striktur a dekubitů v uretře (79). Péče o epicystostomii je velmi podobná péči o permanentní močový katétr. Drenážní systém je udržován stejně i činnosti sestry se shodují. Výjimku tvoří nutnost kontroly stehů k uchycení katétru. Vpich i okolí jsou kryty sterilními čtverci, které jsou sestrou denně či podle potřeby asepticky převazovány. Při použití semipermeabilní fólie je umožněna zraková kontrola a převaz postačuje provádět každý třetí den (30).

Kožnímu krytu v oblasti tracheostomatu je nutné věnovat velkou pozornost. Před výměnou nastřiženého mulového čtverce, kterým je kanyla podložena z důvodů prevence otlaků a je nejčastěji používán, provedeme odsátí sekretu. Mulový čtverec splňuje požadavek jak svého materiálu, tak cenové dostupnosti vzhledem k potřebě. Čtverce měníme nejméně 2krát denně, častěji dle potřeby. V okolí tracheostomie je kožní povrch rychle osídlen bakteriemi. Je nutná jeho ochrana před macerací ochrannými mastmi. Kanyla je fixována na krku pomocí tkalounu, obinadla či speciální fixační pásky. Průběžně je nutné, aby sestra prováděla kontrolu průchodnosti kanyly a její polohy (46), kontrolu tlaku v obturační manžetě (30). Výměna kanyly musí být prováděna šetrně a rychle (46). Časový rozstup výměny je dán standardy oddělení, nejčastěji každý 7.–10. den (30). Výměna probíhá za stálé kontroly ventilace (46). Možné komplikace tracheostomie jsou např. zarudnutí, dehiscence stomatu, mokvající stoma (30).

O veškeré manipulaci s invazivními vstupy je nutné vést řádný záznam v dokumentaci pacienta a v případě komplikací informovat lékaře.



### **1.2.7 Rehabilitační ošetřování**

Rehabilitační ošetřování je způsobem aktivního ošetřování (33) s využitím prvků fyzioterapie a ergoterapie (63). Slouží k aktivaci pacienta a zamezuje všemi dostupnými prostředky vzniku sekundárních změn nebo komplikací. Sekundární změny způsobují trvalé následky, jež zhoršují funkční stav pacienta, zhoršují stupeň závislosti a tudíž i kvalitu jeho života. Komplikace jsou způsobeny nepříznivým vlivem imobility na systémy organismu a mohou pacienta ohrozit na životě. Rehabilitační ošetřovatelství se vyznačuje každodenní spoluprací sestry s ergoterapeuty a fyzioterapeuty. Prevencí sekundárních změn a komplikací jsou polohování a změny poloh, pasivní pohyby, vertikalizace, kondiční cvičení, dechová cvičení, péče o vyprazdňování, péče o osobní hygienu a kůži, aktivace fyzická i psychická, dietoterapie a pitný režim (33).

Rehabilitační ošetřování pasivní zahrnuje polohování a pasivní pohyby. U apalických pacientů dochází z důvodu bezvědomí k poruše hybnosti. Jsou tedy nuceni zaujímat pasivní polohu. Tedy polohu, kterou pacient sám měnit nemůže. Do jaké polohy pacienta uložíme, v takové zůstává. Pacienty v pasivní poloze musíme polohovat (74). Polohováním rozumíme správné uložení pacienta. Ke změnám polohy těla nebo jeho částí dochází v určitých časových intervalech (33), jak již bylo zmíněno v kapitole č. 1.2.1. Uložení pacienta do správné polohy můžeme zabránit vzniku deformit, svalových kontraktur, vzniku dekubitů a omezenému pohybu v kloubech, zároveň musí být poloha bezpečná (30). Vlastní polohování má být prováděno s ohledem na aktuální stav pacienta (63).

Pasivní pohyby jsou pohyby, které provádí jiná osoba či přístroj (33). Cílem pasivního pohybu je udržení nebo zvětšení kloubní pohyblivosti, protáhnout zkrácené svaly, zabránit vzniku kontraktur (30), stimulace proprioceptorů - zachování činnosti nervových drah a spojů v řízení hybnosti (63). Provádění pasivního pohybu je v plném rozsahu fyziologického pohybu, do pocitu tahu. Pohyb musí být prováděn pomalu, v ose pohybu se správnou fixací. Pasivní pohyby provádějí sestry při každé manipulaci s pacientem v rámci hygieny nebo polohování (33), alespoň 2–3krát denně, v jednom směru 5–7krát (63).

Používáme-li přístroje k pasivním pohybům, např. motorové dlahy, je nutné respektovat pokyny lékaře (63). V každé fázi onemocnění je nutné, aby sestra spolupracovala s rehabilitačními pracovníky. Je potřeba zohlednit denní režim, aby rehabilitace nenarušovala ostatní terapeutický plán. Nutná je oboustranná informovanost o stavu a schopnostech pacienta. Veškerá činnosti musí být v souladu s ordinací lékaře (33).

### ***1.2.8 Vliv komunikace s apalickým pacientem a jeho rodinou, využití konceptu bazální stimulace***

Komunikace je předpokladem a přímým projevem fungování mezilidských vztahů. Komunikace v ošetrovatelství je zvláštním projevem sociální komunikace. Sestra vystupuje v roli komunikátorky a edukátorky. Nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez komunikace (30). Aby bylo kvalitní komunikace sestry s pacientem a naopak dosaženo, je potřebné respektovat některé obecné požadavky – schopnost empatie, projevení úcty k člověku, pozitivní vztah k člověku, individuální přístup k pacientovi (27). Komunikaci rozdělujeme na verbální, ta představuje to, co si pacient a sestra oznamují slovy. A neverbální komunikaci, pomocí které je předávána podstatná část sdělení. Do neverbální komunikace řadíme řeč svalů a tváře, jimiž lze vyjádřit právě prožívané city a pocity, životní postoje, názory a myšlení. Např. úsměv je prostředkem navázání kontaktu s pacientem, vyjádřením pochvaly a nejlepším lékem. Tělesná vzdálenost mezi lidmi při komunikaci. U pacienta upoutaného na lůžko využívá sestra nejčastěji intimní vzdálenost. Ta umožňuje uplatnit i dotykové projevy. Dotykový kontakt, který napomáhá zvýšení důvěry pacienta. Sestra může pacienta pohladit po tváři, po ruce nebo mu položí ruku na rameno. Řeč fyzických postojů, držení těla a končetin, sestra by měla být při rozhovoru s pacientem otočena k němu. Spontánní pohyb částí těla, hlavně rukou během řeči lze využít ke zvýšení názornosti. Celková úprava zevnějšku a vzhled, paralingvistika (30).

U pacientů s apalickým syndromem je užívána forma tzv. pasivní komunikace. Tato komunikace vychází pouze ze strany sestry. Ta pacienta oslovuje, se vším ho seznamuje a hovoří na něj během ošetrovatelských výkonů. Tato komunikace je bez

zpětné vazby (30). I přesto, že komunikace je bez zpětné vazby, je nutná snaha s pacientem hovořit. Po souhlasu jeho rodiny a je-li to vhodné, jej oslovovat křestním jménem, dotýkat se ho. To vše může přispět k obnově mozkových funkcí (49). Není vhodné stále pouštět televizor, působí jako rušivý. Lépe je zavěsit nad hlavu ozdobné, třpytivé ozdoby, které pacient ve vigilní fázi pozoruje. Vhodné je také použití audio kazet s nahrávkou oblíbené muziky či osoby, která je pacientovi známa, ke které má vztah. Hlasy by měly znít klidně a laskavě (11).

Bazální stimulace je jednou z léčebných a ošetrovatelských metod, které jsou pro jednotky intenzivní péče. V 70. letech byl koncept bazální stimulace rozvinut prof. Frolichem. Těžce postiženým pacientům napomáhá k lepšímu uvědomování si svých potřeb. Je to metoda, která redukuje závislost pacienta na ošetrovatelské péči. Vede k lokomoci, vnímání a komunikaci. Pacienti s apalickým syndromem jsou jednou ze skupin, na které je zaměřena. Prvky bazální stimulace lze rozdělit na základní (somatická, vestibulární a vibrační stimulace) a nastavbové (orální, olfaktorická, taktilně-haptická auditivní a vizuální stimulace). Základními body bazální stimulace jsou: 1. struktura – bazálně stimulující ošetrovatelská péče je časově strukturována. Určité ošetrovatelské činnosti se opakují pravidelně denně ve stejném čase, stejným postupem. Díky strukturám jsou činnosti prováděny a realizovány tak, že si na ně pacient může snáze zvyknout a nalézt v nich orientaci a jistotu. 2. tělo a okolí pacienta – pacienti s postiženým vnímáním mohou vnímat své okolí a tělo nejasně a zkresleně. Bazální stimulace se pokouší dát jim zřetelnější zkušenosti a vjemy. Vztahuje se na přímé zážitky z vnímání vlastního těla, zážitky z okolí, které se týkají např. oblečení, pokoje i osob. 3. smysluplnost – je založena na zkušenostech pacienta, které získává opakovaným vnímáním svého těla a okolí. Pacient může lépe vnímat a zpracovat nové zážitky, neboť činnost ošetrovatelského personálu mají jasný a stále se opakující průběh. Nutné je doprovázet činy řečí. Volit co nejjednodušší slova, aby nedocházelo k přetěžování informacemi. 4. individuální normalita – abychom mohly pacienta cíleně vést, je nutné mít neustále na zřeteli jeho individualitu, vědět, co je pro něj normální. K tomu využíváme ošetrovatelskou anamnézu. 5. navození vztahu mezi pacientem a

ošetřujícím – díky smysluplné, strukturované a individuální péči může pacient cítit, že není jen objektem naší péče, ale je v ní důležitým subjektem. Bazálně stimulující péče není prováděna na pacientovi, ale je vytvářena společně v rámci možností a schopností pacienta a ošetřujícího. Tato péče akceptuje reakci pacientů a odpovídá na ně. Vše je přizpůsobeno pacientově schopnosti vnímání. Tempo ošetřovatelských intervencí je nutné přizpůsobit pacientovým požadavkům. Tak vzniká oboustranná souhra, kde na jedné straně je schopnost pacienta a na druhé straně je nabídka ošetřovatelských úkonů.

6. doprovodná a podpůrná péče – bazální stimulace je vývojově orientována. Podle vývojového stádia pacienta a jeho životní situace dává mu stimulace příležitost k dalšímu rozvoji (19).

Desatero bazální stimulace: pokud možno, přivítejte se a rozlučte s pacientem vždy stejnými slovy. Vždy při oslovení se pacienta dotkněte na stejném místě. Hovořte jasně, zřetelně a pomalu. Mluvte přirozeným tónem. Dbejte na to, aby tón vašeho hlasu, vaše gotika a mimika odpovídaly významu vašich slov. Používejte formu komunikace, na kterou byl pacient dříve zvyklý. Nepoužívejte zdrobněliny. Hovořte vždy pouze s jednou osobou. Redukujte při komunikaci s pacientem rušivý hluk okolního prostředí. Nechte pacienta reagovat na vaše slova (19).

Dokud se negativní situace nedotýká našich blízkých nebo nás osobně, nepřemýšlíme o tom, respektive na to vůbec nemyslíme. Věříme, že nás to potkat nemůže (44). Nemoc nezasáhne pouze pacienta, ale celou jeho rodinu. Ta poskytuje cenné informace zdravotníkům, podílí se na péči, je ochrannou, psychickou i fyzickou podporou pacienta (30). Je nezastupitelným článkem v procesu uzdravování a rehabilitace postiženého (4). Je důležité pochopit starosti rodiny, jejich pocity a potřeby. Funkci rodiny v péči o příbuzné nemůže nahradit žádná instituce, proto by měla být spolupráce s rodinou samozřejmostí a neměly bychom ji považovat za práci navíc. Musíme se snažit navodit pocit pochopení, důvěry, ochoty a empatie. Snažit se přeměnit spolupráci s rodinou v naprostou samozřejmost. Pohlížet na rodinu jako na součást komplexní péče o pacienta, i přes nedostatek času se pokusit o rodinu pečovat. Uspokojovat její potřeby včetně poskytnutí odpovědi na dotazy. To je možné dosáhnout

tím, že sestra a rodina budou rovnocennými partnery v péči o pacienta. Musíme se pokusit o oboustranný respekt a důvěru. Umožnit rodině podílet se na společném plánování jednotlivých kroků týkajících se péče o jejich příbuzného v oblasti léčby i dalších jiných postupů. Více se rodině nabídnout, projevit větší míru zájmu, snížit pocit bezmocnosti, přinést útěchu a pochopení. Velkým přínosem by bylo umožnit rodinným příslušníkům pobyt na oddělení na neomezeně možnou dobu, umožňuje-li to prostorové a materiální vybavení pracoviště (47). Sestra by měla zdůraznit rodině význam a možnost pasivní komunikace a fyzického kontaktu u pacienta v bezvědomí (30). Sestra vybízí rodinu k pomoci při běžných ošetrovatelských činnostech. Vysvětluje, že každodenní návštěvy i jejich pouhá přítomnost nebo dotyky a komunikace může být dalším stimulem, který pomůže ovlivnit činnost mozkových funkcí (49). Sestra by měla rodinu a pacienta pozitivně motivovat, ale nikdy slibovat nesplnitelné (30). Pokud rodinu aktivně zapojíme, může cítit svou potřebnost a může sledovat, zda dochází po krůčcích k úspěchu (11). Nejtěžší komunikace je s rodinou pacienta, jehož prognóza je vysoce nepříznivá. Rodině pacienta nebereme naději, snažíme se logicky argumentovat (14).

### ***1.2.9 Etika, právo v ošetrování pacientů s apalickým syndromem***

Prostřednictvím České asociace sester se sestry České republiky hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který byl projednán a přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS. Platný je od 29. března 2003. Respektování lidských práv je neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče. Právo na život, na důstojnost a na zacházení s úctou (42). Ošetrovatelská péče není a nesmí být omezena, pokud jde o věk, pohlaví, barvu pleti, rasu, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, národnost, politické přesvědčení nebo společenské postavení pacienta. Etický kodex sester připravený ICN je tvořen čtyřmi hlavními články, které vymezují normy etického chování. V úseku vztahu sestra a lidé je uvedeno, že při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity (16).

Specifický zřetel je třeba brát na etické aspekty při ošetřování dětí, starých, dlouhodobě nemocných a umírajících. Univerzální morální hodnoty jako základy klinické ošetrovatelské praxe jsou sebeurčení, úcta k člověku, dobročinnost (konání dobra), pravdomluvnost, předcházení poškození, důvěryhodnost, spolehlivost, spravedlnost (27).

Roku 1992 byla vydána a vstoupila v platnost Práva pacientů. Cílem práv je přispět k lepšímu vzájemnému porozumění mezi pacientem, jeho rodinou a profesionálními zdravotníky. Mimo jiné práva zaručují úctu k individualitě pacienta, respektive k jeho psychosociální situaci, k jeho lidství a ne pouze k situaci somatické. Proto je nutné ještě existující prvky dehumanizace v ošetrovatelství odstranit (18).

Sestra není pro pacienta pouze osobou odborně pomáhající, ale především lidsky blízkou. Z jejího chování by neměly vymizet vstřícnost a cit i při důsledném zachovávání profesního přístupu. Respekt k obecným i profesním normám a komunikační dovednosti je třeba pokládat za nezbytnou součást dobrého výkonu povolání (23).

### ***1.3 Přípravenost sester na apalické jednotce***

#### ***1.3.1 Psychická zátěž sestry***

Stres se stává stále více součástí běžného života, a to zejména vzhledem k rostoucímu životnímu tempu, zvyšujícímu se organizačnímu i časovému tlaku a narůstajícím požadavkům na výkon. Pojem stres je tedy označován širší škálou společenských i individuálních jevů. Stres, jehož působení je spojováno s laděním emocí kladným a nemusí mít pro organismus škodlivé účinky, nazýváme eustresem. Proti tomu distres je spojován s emocemi nepříjemně laděnými a důsledky pro organismus jsou nepříznivé až škodlivé. Většina autorů ještě odlišuje stres od zátěže. Zátěž ve smyslu úrovně požadavků, kladených na organismus, kterým je organismus schopen dostát, je stimulujícím faktorem. Bez působení tohoto faktoru by organismus stagnoval ve vývoji. Někteří se domnívají, že je dokonce nutné k rozvoji organismu nejen stimulujících požadavků na zátěžové úrovni, ale dokonce jejich mírné překročení,

tj. požadavky stresové. Z hlediska výsledku vlivu na organismus je rozhodující rozložení účinku stresogenní situace v čase a způsob jejího řešení. Potenciální změny zdravotního stavu z dlouhodobě nezvládaného stresu nejsou vyvolány pouze jím samotným. Uplatnění zde mají také proměnné individuální a společenské povahy, např. celkový životní styl, osobnostní založení, fyzická zdatnost, stav imunitního systému, genetická výbava, psychická odolnost, způsob uspořádání společenských vztahů, kvalita života jedince. Životní situace, příhody, situace, které nutí člověka k reakci fyziologické, psychické, behaviorální i sociální nejsou homogenní skupinou. Je nutné rozlišit mezi příjemnými a nepříjemnými událostmi, ale také mezi událostmi předvídatelnými či očekávanými a neočekávanými či nepředvídatelnými. Také je nutno rozlišit závažnost dopadu těchto událostí na lidskou psychiku a zvládací schopnosti organismu (31).

Zvládání stresu (coping) můžeme rozlišit dle postupu, je-li orientován spíše na problém, který je podstatou situace, jež je třeba zvládnout a postupem orientovaným na prožitky související se stresovou situací, zvláště na zvládnutí emocí. Někteří autoři používají ještě jeden postup zvládání, tzv. vyhýbavé zvládání. To jsou změny a činnosti zaměřené, vyhýbání se stresové situaci buď rozptýlením, nebo odvrácením pozornosti. Způsoby vyrovnání se stresovými situacemi a zvýšení kontroly nad jejich průběhem lze obecně rozlišit – přizpůsobení životních podmínek lidským možnostem (povaha úkolů, prostředí, podmínek), vhodným výběrem osob pro určité situace a úkoly, zvyšování odolnosti proti stresu pomocí technik. Vliv stresu na osobní pohodu a zdraví člověka nemusí být nutně záporný. Charakteristiku účinku stresu ovlivňuje mnoho okolností nejen na straně stresoru, ale také na straně subjektu, na něž stresor působí. Tyto vztahy jsou dále ovlivňovány sociálním kontextem situace, kdy k vlivu stresoru dochází. Chronické působení stresoru, které vede k nulové či nízké efektivitě zvládání, jež není střídáno obdobím rekuperace, je ve vztahu ke zdraví významným rizikovým faktorem (31).

Syndrom vyhoření (burnout syndrome) je stav celkového, především však psychického vyčerpání, projevujícího se v oblasti poznávacích funkcí, emocí, motivace

a zasahující a ovlivňující také názory, postoje a výkonnost. Následně celé vzorce zejména profesionálního jednání a chování osob, u kterých došlo k iniciaci proměnných, které ovlivňují vznik a rozvoj tohoto syndromu. Výskyt syndromu vyhoření lze předpokládat zejména u povolání jako lékaři, zdravotní sestry, další zdravotničtí pracovníci, psychologové, sociální pracovníci, učitelé a další. Jednou z hlavních příčin vzniku je zdánlivě nekonečná, nevyhnutelná povaha chronického stresu. Původně byla představa, že charakteristikou činnosti, která může vést k syndromu je práce s lidmi, postupně ale bylo zjištěno, že je nutné doplnit trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na nekolísající, vysoký výkon zejména v pracovních činnostech, který je pokládán za standard s malou nebo žádnou možností odchylek, úlevy, vysazení a s důsledky v případě omylů a chyb a o veřejnou kontrolu výsledků této činnosti. Ke vzniku vyhoření pak vede pocit jedince, že již nemůže požadavkům dostát a přesvědčení, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je neadekvátní nízkému výslednému efektu. Jednotlivé příznaky syndromu projevující se na psychické úrovni jsou např. pocit celkového, především duševního vyčerpání (vyčerpání v oblasti kognitivní s výrazným poklesem či ztrátou motivace, emocionální), utlumení celkové aktivity, depresivní ladění, pocity smutku, bezvýchodnosti, beznaděje, marnosti vynaloženého úsilí, frustrace, přesvědčení o vlastní bezcennosti, postradatelnosti, projevy negativismu, cynismu, pokles či ztráta zájmu o témata související s profesí, sebelítost, užívání stereotypních frází, činnost redukována na rutinní postupy. Projevy na fyzické úrovni, např. únava organismu, ochablost, apatie, rychlá unavitelnost, vegetativní potíže, dýchací obtíže, poruchy spánku, bolesti hlavy, svalů, zvýšené riziko vzniku závislosti. Projevy na úrovni sociálních vztahů jsou např. nezájem o hodnocení ze strany druhých osob, redukce kontaktů s lidmi, nechut' vykonávat profesi a vše, co s ní souvisí, nízká empatie, postupný nárůst konfliktů. Fáze syndromu: I. fáze – nadšení, zaujetí pro věc, zároveň déletrvající přetěžování. II. fáze – postupné objevování psychického a částečně fyzického vyčerpání. III. fáze – počátky dehumanizované percepce okolí jako obranný mechanismus dalšího vyčerpání. IV. fáze – totální vyčerpání, nezájem, lhostejnost, negativismus (31). Proti syndromu vyhoření je možné nejen bojovat, ale také mu předcházet. Jedním z faktorů, jak mu předcházet, je žít



smysluplný život. Zejména mít pořádek v žebříčku hodnot, mít konkrétní, nadějný, hodnotný a reálný cíl. Druhým momentem v prevenci je zájem o rovnováhu mezi tím, co nás zatěžuje a tím, co nám dodává sílu a zdraví (41). Již mnohokrát bylo napsáno, že práce sestry je rizikovou v mnoha ohledech. Sestry musí ke své práci přistupovat s maximálním nasazením, pečují o pacienty a chtějí dosáhnout jejich návratu do běžného života. Jsou vystaveny neustálé psychické zátěži (77).

Typické stresové faktory v práci sester, s nimiž stoupá také možnost vzniku syndromu vyhoření jsou např. pracovní režim, směnný provoz, služby o svátcích a víkendech, pocit nedokončené práce, zodpovědnost za pacienty, správné a rychlé zhodnocení situace, prožívání těžkých stavů a smrti pacientů, vědomí rizika infekce, nedostatečná prestiž oboru a jiné (77). Proč je tato práce náročná? Pokud chceme, aby někdo něco dělal dobře, je dobré zajímat se také o to, jak je jemu. Je-li mu dobře, můžeme očekávat, že také dělá dobře to, co má. To znamená, je-li sestra v dobrém psychickém (a fyzickém) stavu, může dobře pracovat, pečovat o své pacienty. Náročnost práce spočívá v obrovské zodpovědnosti za lidské životy, které má sestra v rukou, špatné rozhodnutí a postup může ovlivnit zdraví i život pacienta. Unavený a přepracovaný zdravotník se také může splést. Často slouží na úkor svého zdraví, volného času a rodiny – rozbité víkendy, rozvrácený životní rytmus – noci se mění ve dny a naopak. Jedna z nejrizikovějších profesí, skupina, která nejvíce trpí nemocemi z povolání (64). Mapováním pracovních situací, které jsou sestrami vnímány jako zátěžové, se zabývají různé výzkumy. Dle výzkumu M. Jobánkové (28) jsou zdroji náročné situace zejména vztahové složky, které lze rozdělit na problémy ve vztazích mezi pacientem a sestrou, zde vystupují do popředí problémy, kdy je sestra zaskočena, bezradná, neví si s nimi rady a prožívá pocit ublížení či křivdy. Mezi tyto problémy patří např. se slovními projevy strachu pacienta z blížící se smrti, s jeho bolestmi a stesky, verbálními útoky na svou osobu. Tyto problémy se projevují také ve vztahu mezi rodinnými příslušníky pacienta a sestrou, navíc přibývá zátěžových situací z předávání pozůstalosti po zemřelém, výčitky rodinných příslušníků ohledně zanedbání péče o pacienta či naopak absolutní nezájem rodiny o jejich nemocného. Ve vzájemném

vztahu mezi zdravotnickými pracovníky na daném pracovišti jsou pak zátěžovou situací nejčastěji konflikty mezi sestrou a lékařem, které jsou sestrami vnímány jako ponižující, neboť se nezdídko odehrávají přímo před pacientem, a problémy přenášení lékařských kompetencí na sestru tak, že se jim sestra nemůže bránit (28). Vzájemná důvěra a jednání v pracovním týmu vytváří pocit pracovní spokojenosti či nespokojenosti a dobrou či špatnou pracovní atmosféru (71). Bohužel, jak dále M. Jobánková (28) uvádí, převažujícím způsobem řešení a zpracováním těchto situací je prožitek lítosti a zlosti pouze vnitřně zpracovaný a ve své podstatě neřešený. Nejenže je samotné sestry nejsou schopny vhodnou komunikační strategií zvládnout, ale vinou může být selhání ošetrovatelského managementu, který o řešení nemá zájem. Přitom hlavně v situacích péče o těžce nemocné a umírající je tato strategie nešťastnou volbou, neboť se projevuje přerušáním komunikace ze strany sestry, mlčenlivého vykonávání ošetrovatelských úkonů a zkracováním přítomnosti v takových situacích na nezbytné minimum.

Pokud sestry získají schopnosti a zručnosti efektivně zvládat zátěžové situace ve svém životě i práci, dokážou lépe hodnotit náročnost zátěžových situací pacienta, a tím pomoci jemu i jeho rodině a dalším při zvládání náročných životních situací. Zvládání stresu pomáhá sestře nacházet rovnováhu mezi tvořivostí a energií a příznaky nadměrného stresu. Tato rovnováha je individuální a způsob jeho získávání a udržení představuje proces učení (35). Další pomocí může být aktivní přístup k zvládání stresových situací. Zásady tohoto přístupu jsou např. otevřenost okolí a zájem o něj, snaha o jeho chápání, pozitivní přístup ke změnám, být aktivní při setkání se stresovou situací, počítat s ní, izolovat stres od jiných životních aktivit, podporovat vztahy s ostatními lidmi, budování dobrého sociálního zázemí, vytvoření si příznivého prostředí a osvojení zdravého životního stylu (31). Konkrétně pak podpora komunikace, v zaměstnání dodržování přestávek na odpočinek, pravidelný spánek, dostatek času na osobní život, nepodceňování svých odborných znalostí, dosaženého vzdělání (72).

Řešení problémů na pracovištích znamená utváření mezilidských vztahů na principech týmové práce. Tým je skupinou pracovníků víceúrovňové kvalifikace či rozdílné specializace. Ústředním motivem týmu je společný cíl a vysoký pracovní

výkon. Tomu se podřizují veškeré dílčí motivace jednotlivců. Významnou roli při týmové práci sehrávají kladné ocenění, projevy uznání a konstruktivní kritika (71).

### ***1.3.2 Fyzická zátěž sestry***

Pojem fyzická zátěž je charakterizován jako pracovní zátěž pohybového systému, dýchacího a srdečně-cévního systému s odrazem v termoregulaci a metabolismu (22). Pracovní zátěž je dána mírou vyváženosti mezi výkonovou kapacitou člověka a požadavky a podmínkami, za kterých se uskutečňuje. V případě rovnováhy obou složek je zátěž přiměřená. V případě nerovnováhy dochází k nepřiměřené zátěži neboli zátěži z přetížení výkonové kapacity (35). Míra možného fyzického zatížení sester se liší zdravotním stavem pacientů, typem oddělení, počtem sester ve směně i počtem pomocného zdravotnického personálu, vliv má i dostupnost pomůcek snižující fyzickou zátěž a organizace práce (22). Fyzická práce v ošetrovatelské péči je spojena především s manipulací s břemeny a pacienty (35). Legislativně je upravena tak, že dle nařízení vlády č.178/2001 Sb., vyhlášky MZ 261/1997, jsou při zvedání osob přípustné hodnoty pro manipulaci s břemeny dodrženy, pokud za použití pomocných prostředků spolupracují dvě osoby a to u pacientů vážících 40 a více kg. Dále by ženy neměly při občasném zvedání na pracovišti zvedat více než 20 kg a při častém zvedání a přenášení více než 15 kg (84). Ovšem při opakované a každodenní manipulaci ani není možné tato doporučení respektovat (35).

Manipulace s pacientem zahrnuje zvedání, pokládání, tažení, tlačení, nesení nebo přemísťování. Každá manipulace s pacientem sleduje dva cíle – měla by být co nejméně zatěžující pro zdravotnický personál a pacient by při ní měl pociťovat minimální potíže. Z důvodů dosažení těchto cílů a zmírnění rizika poranění je nutné provést komplexní posouzení požadovaného úkolu. Jsou-li k dispozici zvedáky, drobné manipulační pomůcky a elektronicky profilovaná lůžka, je třeba je využít. Personál by měl být každoročně proškolen o používání zdravotnické techniky, včetně praktického nácviku. K bezpečnější manipulaci tedy přispívá školený, fyzicky zdatný personál, vhodné a dostačující manipulační pomůcky, personál kompetentní k jejich obsluze, dostatek zaměstnanců, odpovídající dohled a ergonomická posouzení (65).

Pro sestry je dále nezbytné znát a používat zásady bezpečné manipulace s pacienty jako jsou soustředění síly do nohou, aby si šetřila záda. Otáčení se pomocí celého těla, nikoli pouze trupu. V případě potřeby pokrčení kolen. Držení se v blízkosti břemene, kterým je manipulováno. Zachování si přirozeného zakřivení páteře. Odpočinek a pohyb prováděný pozvolna, vyvarování se náhlých pohybů. Péče o sebe sama (65).

Souhrnně lze říci, že současný trend v ošetrovatelství je zaměřen se na minimalizaci výkonů spojených s přenášením pacienta a s jeho prostým vertikálním zdviháním a na uplatnění správných manipulačních technik spolu s využitím technických pomůcek pro manipulaci (35).

Důsledkem nadměrné fyzické zátěže je bolest až poškození pohybového aparátu dolních končetin, a to chůzí a stáním sestry po většinu pracovní doby. Výjimkou nejsou křečové žíly, dále dochází k zatížení páteře (22), což se projevuje bolestí zejména v křížové oblasti (68). Nedojde-li k eliminaci zátěže, vznikají poruchy páteře a jiných kloubů. Zatížení horních končetin. Důsledkem opakované zátěže je únava, která odezní po dostatečném odpočinku a odpovídajícím spánku na druhé straně, překonávání únavy bývá často spojeno s nadměrnou konzumací cigaret, kávy a léků. Při déle trvající fyzické zátěži může dojít k vyčerpání, přepracování organismu, které se projeví podrážděností, nespavostí, snížením pozornosti a schopnosti soustředit se a emoční labilitou. Tím se organismus stává vnímavější k infekcím. Pohybový aparát je ještě více zatížen tehdy, pokud se pohyb provádí nesprávně, neekonomicky a nekoordinovaně. Náhlé zvýšení fyzického výkonu zatěžující páteř je také spojeno s rizikem vzniku hernie a vyřeznutím meziobratlové ploténky (22).

### ***1.3.3 Vzdělávání sester***

Povolání sestry je z hlediska profesionálního výkonu i vlastní odborné přípravy velmi náročné (42). Jelikož stále dochází k reformám ve zdravotní péči a nárůstu složitosti problémů souvisejících se zdravím, sestry se stále častěji ocitají jako klíčový zdroj v popředí pozornosti zajištění strategií reformy zdravotnictví. Jako nejpočetnější

skupina zdravotnických profesionálů Evropského regionu se podílí největším dílem při naplňování cílů zdravotnictví, vytyčených pro 21. století. Jestliže chceme správně reagovat na výzvu s důrazem na prevenci onemocnění, podporu zdraví, práci v multidisciplinárních týmech, na přiblížení zdravotnických služeb místu, kde lidé žijí a pracují a na rovnost přístupu k péči, je nezbytné mít sestry vzdělané a školené. Proto skupina expertů WHO připravila novou Strategii vzdělání v oboru ošetrovatelství, která se soustřeďuje na prvotní odborné vzdělávání sester, tj. na přípravu pro vstup do povolání (3).

Vzdělávání a praxe v ošetrovatelství se vzájemně ovlivňují a úzce spolu souvisí. Vzdělání a praxe proto musí postupovat vpřed společně, v podmínkách partnerství, sdílením stejných hodnot a cílů, se vzájemným respektem. Jen tak bude zajištěna kvalitní, přiměřeně efektivní a výkonná péče o pacienty. V zájmu uspokojování potřeb zdravotní péče jedinců a společnosti se ošetrovatelství musí soustředit na přípravu sester k součinnosti s ostatními odborníky a organizacemi zdravotní péče, k partnerství s pacienty a ostatními lidmi i skupinami s využitím nejmodernějších vzdělávacích metod a strategií. Obory ošetrovatelství musí rovněž zajistit, aby připravovaly sestry, které nejenom že jsou kompetentní v dnešních zdravotnických službách působit, ale takové kompetence si cení a budou připraveny je trvale získávat a ovládat. Dosáhnou toho průběžným doplňováním dovedností, znalostí a postojů, aby byly schopny i nadále obstát při měnících se prioritách péče o zdraví a potřebách obyvatel členských států Evropské unie. I přes soustředění se na přípravu pro pracovní zařazení v oborech ošetrovatelství, musí se toto vzdělávání vnímat také jako první krok na cestě celoživotního odborného vzdělávání. Jelikož přibývá výzkumem podložených poznatků o vzdělávání a praxi v oborech ošetrovatelství, roste také povinnost prakticky činných sester pokračovat ve studiu po celý svůj profesní život – v některých případech prohlubování vědomostí stávajícího oboru, v jiných zase budování nových znalostí pro specializované ošetrovatelství. Ošetrovatelství musí být v každém členském státě Evropské unie nedílnou součástí základního regulačního a legislativního rámce

zdravotnických profesí. Tam, kde taková regulace nebo legislativa neexistuje, je členský stát povinen přijetí takové regulace nebo legislativy prosazovat (3).

V České republice jsou minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání dány vyhláškou č. 39 z roku 2005, § 4 stanovuje tyto požadavky pro všeobecnou sestru (87).

Zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči v rámci svých kompetencí. Základní podmínky pro výkon zdravotnických povolání stanovuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, který je platný od 1. 4. 2004 (89). K změnám v systému vzdělávání sester dochází právě v souvislosti s přijetím tohoto zákona a vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (86).

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti zajišťují ošetrovatelskou péči v rozsahu vymezeném výše zmíněným zákonem. Tito pracovníci získávají své vzdělání na vyšších zdravotnických a vysokých školách dle příslušných směrnic Evropské unie. Druhou kategorií, kterou zmíněný zákon vymezuje je zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Ten vzdělání získává při kvalifikačním studiu na střední zdravotnické škole, nebo absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu (58). Po čtyřletém studiu v oboru zdravotnický asistent má absolvent možnost pokračovat v tříletém oboru diplomovaná všeobecná sestra. Po jeho zakončení může dále studovat v univerzitním programu ošetrovatelství bakalářského a následně magisterského studia (29).

Za celoživotní vzdělávání se považuje celý dlouhý proces od počátku přípravy na povolání, který zahrnuje vzdělávání na středních či vysokých školách, dále vzdělávání specializační, až po vzdělávání kontinuální. Celoživotní vzdělávání

zdravotnických pracovníků je nikdy nekončící proces, skládající se ze dvou fází, které jsou přípravou na výkon povolání. A z jedné, třetí fáze, kterou je výkon povolání zdravotnických pracovníků. Třetí, nejdelší fáze, trvá 30–40 let a je tou, která má umožnit udržet si již jednou získané profesní znalosti a dovednosti po celou dobu výkonu odborné praxe. Ukazuje se, že v současnosti nejde jen o pouhé udržení si původně nabytých znalostí, ale jde o celkový profesionální rozvoj zdravotnických pracovníků. Ten zahrnuje i jejich osobní rozvoj, rozvoj jejich komunikačních dovedností, řídicích a organizačních schopností a znalostí jiných oborů. Je zapotřebí studenty již v době studia na středních a vysokých školách naučit, že ve zdravotnických povoláních je vzdělávat se po celou dobu své profesionální dráhy automatickou nutností (50). Také starší a zkušené sestry by měly přijmout celoživotní vzdělávání jako samozřejmost v oboru, který zcela jednoznačně vyžaduje neustálé získávání nových informací. Vývoj jde kupředu a zkušenost či věk nemusí automaticky znamenat znalost (62). Definicí celoživotního vzdělávání povinného pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky stanoví zákon č. 96/2004 Sb. § 53. Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotních pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Plnění povinnosti celoživotního vzdělávání je prokazováno na základě kreditního systému. Výše zmíněný zákon o nelékařských zdravotnických povoláních také stanoví formy celoživotního vzdělávání – specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, certifikované kurzy, inovační kurzy, školicí akce, konference, kongresy, sympozia, odborné stáže, publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, kromě činnosti, která je předmětem výkonu povolání na základě pracovního poměru nebo odborného pracovního vztahu a samostatné studium odborné literatury (54).

Jednou z forem celoživotního vzdělávání je vzdělávání specializační, které navazuje na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu a je definováno v § 55–60 zákona č. 96/2004 Sb. Jeho cílem je prohlubování

kvalifikace, ale také její udržování a obnovování. Tím se rozumí její průběžné doplňování bez změny podstaty kvalifikace. Zaměstnanci umožňuje výkon sjednané práce. Účelem specializačního vzdělávání je získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání podle § 48 - 145, vyhlášky č. 424/2004 Sb. (54).

Vhodné další vzdělávání pro sestry pracující s apalickými pacienty jsou například – vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti ošetrovatelská péče o pacienty ve vybraných klinických oborech. Jeho cílem je připravit všeobecné sestry pro poskytování specializované ošetrovatelské péče v rozsahu dovedností a vědomostí odpovídajícím požadavkům specializované způsobilosti podle § 48 a § 53 vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tento vzdělávací program zahrnuje teoretickou i praktickou přípravu a je koncipován modulovým způsobem. Základní modul – jeho cílem je vybavit všeobecnou sestru znalostmi z pojmosloví, zajistit orientaci v primárních vědomostech a literárních pramenech vědních a klinických oborů ovlivňujících roli sestry specialistky. Např. Role sestry v ošetrovatelské péči o pacienty s neurologickým onemocněním. Odborné moduly jsou vymezeny souhrnem konkrétních dovedností a vědomostí z vědních, klinických disciplín a postupů ošetrovatelské péče. Např. Role sestry v ošetrovatelské péči o pacienty s neurologickým onemocněním, jehož cílem je připravit všeobecnou sestru pro specializovanou ošetrovatelskou péči, kterou zajišťuje sestra u pacientů s neurologickým onemocněním. Jedním ze speciálních modulů pro odborný modul je např. Modul Specifické ošetrovatelské péče o pacienty se strukturálním a funkčním postižením centrální nervové soustavy (CNS), periferní nervové soustavy (PNS), svalů a nervosvalového přenosu. Jeho cílem je poskytnutí vědomostí a dovedností pro sledování a analyzování pacientů se strukturálním a funkčním postižením centrálního nervového systému, periferního nervového systému, svalů a nervosvalového přenosu, včetně poskytování specifické ošetrovatelské péče (81).



Vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v oboru ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Jeho cílem je připravit všeobecné sestry pro poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. A to v rozsahu vědomostí a dovedností odpovídajících požadavkům specializované způsobilosti podle § 48 a § 49 vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Cílem základního modulu je vybavit všeobecnou sestru znalostmi z pojmosloví, zajistit orientaci v primárních vědomostech a literárních pramenech vědních a klinických oborů ovlivňujících roli sestry specialistky. Odborný modul – role sestry pro intenzivní péči. Jeho cílem je připravit všeobecnou sestru pro poskytování komplexní vysoce specializované ošetrovatelské péče o pacienty, u kterých dochází k selhávání základních životních funkcí nebo kde toto selhání bezprostředně hrozí. Speciální modul – jednotlivé moduly jsou koncipovány dle příslušného zaměření sestry pro intenzivní péči. Pro každé specifické zaměření sestry je stanoven doporučený speciální modul (jeden). Ostatní speciální moduly jsou pro dané zaměření povinně volitelné (80).

Certifikovaný kurz provádí akreditované zařízení, kterému byla udělena příslušná akreditace k jeho uskutečňování. Účelem jeho absolvování je získání zvláštní odborné způsobilosti pro úzce vymezené činnosti. Akreditované zařízení vydá o úspěšném absolvování kurzu certifikát, který má platnost pro Českou republiku a jsou v něm uvedeny činnosti, k nimž absolvent získal zvláštní odbornou způsobilost (6). Certifikovaný kurz bazální stimulace je určen pro všeobecné sestry ze všech klinických oborů, vyučující odborných předmětů na SZŠ, VZŠ a univerzitách, ergoterapeuty, fyzioterapeuty a pracující s postiženými dětmi. Náplň tvoří praktická a teoretická část výuky. Se zaměřením na osvojení technik somatické, vestibulární, vibrační, orální, optické, auditivní, čichové a taktilně haptické stimulace dle konceptu Bazální stimulace. Součástí je také nácvik technik Bobath konceptu, zacházení se spastickou, facioorální stimulace a navázání komunikace u lidí se změněnou schopností vnímání (7).

V ČR jsou vymezeny kompetence sester legislativně ve vyhlášce č. 401/2006, kterou se mění vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Vyhláška č. 424/2004 Sb. definuje, že sestra s osvědčením k výkonu povolání je kompetentní – vykonávat činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, přičemž základní a specializovanou ošetrovatelskou péči zajišťuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. V rámci komplexní ošetrovatelské péče vykonávat samostatně jednotlivé výkony a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování stavu jedinců a skupin. Na základě indikace lékaře se podílet bez odborného dohledu na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče, samostatně určené činnosti vykonávat nebo při nich asistovat. Některé činnosti, které jsou stanoveny vyhláškou, vykonávat pod odborným dohledem lékaře (86).

Všeobecná sestra, která získala způsobilost k výkonu povolání a úspěšně ukončila specializační vzdělávání atestační zkouškou, může vykonávat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti může sestra získat absolvováním certifikovaného kurzu (17). V současné době se v souvislosti s vývojem ošetrovatelské profese provádí revize této vyhlášky. Jsou zohledňovány některé specializované činnosti, které všeobecná sestra bude moci vykonávat bez odborného dohledu. Provázanost navýšení kompetencí ve vyhlášce o činnostech je zajištěna také úpravou katalogu prací. Zde bude rovněž zohledněno dosažené vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání všeobecných sester, na které v mnoha případech navazuje specializační vzdělávání nebo magisterský stupeň vzdělání (25).

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit rozdíl znalostí budoucích sester a sester o apalickém syndromu.
2. Zjistit rozdíl znalostí budoucích sester a sester o specifické péči u apatických pacientů.
3. Zjistit možné faktory, které mohou ovlivnit připravenost sester na poskytování specifické péče apalických pacientů.

### **2.2 Hypotézy a výzkumné otázky**

#### *Hypotézy*

1. Budoucí sestry mají méně teoretických znalostí o apalickém syndromu než sestry pracující s apalickými pacienty.
2. Budoucí sestry mají méně teoretických znalostí o specifické péči poskytované pacientům s apalickým syndromem než sestry, které s těmito pacienty pracují.
3. Sestry nemají možnost v průběhu svého studia ošetřovat apalického pacienta.

#### *Výzkumné otázky*

1. Jsou budoucí sestry dostatečně seznámeny s psychickou i fyzickou náročností poskytování specifické péče apalickým pacientům?
2. Je představa o poskytování specifické péče u apalických pacientů vzdálena realitě?
3. Lze dosáhnout připravenosti sester na práci na apalické jednotce?

4. Je žádoucí praxe sester na ARO před nástupem do zaměstnaneckého poměru na apalické jednotce?

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použité metody***

První část provedeného výzkumného šetření, k ověření hypotéz, je výzkumem kvantitativním, zhotoveným metodou dotazování. Data byla sbírána technikou anonymního dotazníku (příloha 1), jehož vyplnění bylo dobrovolné. Respondenti měli možnost označit zvolené odpovědi, využít možnosti více odpovědí a případně své odpovědi zdůvodnit.

Před rozdáním dotazníků byly vždy kontaktovány kompetentní osoby v příslušných institucích. Těm byl vysvětlen záměr a cíle práce a byly seznámeny s dotazníky.

Dotazník obsahoval 18 uzavřených otázek (příloha 1). V úvodu byly zařazeny otázky identifikační. Dále bylo užito otázek zjišťovacích, které se týkaly znalostí respondentů o apalickém syndromu, specifické ošetrovatelské péči u pacientů s tímto syndromem a zkušeností respondentů s těmito pacienty při studiu.

Druhá část provedeného výzkumu, k zodpovězení výzkumných otázek, je výzkumem kvalitativním, zhotoveným metodou dotazování. Data byla sbírána technikou polostandardizovaného rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo na apalické jednotce Nemocnice České Budějovice, akciová společnost, se souhlasem náměstka pro ošetrovatelskou péči Mgr. Otáskové.

Rozhovor obsahoval 22 otázek (příloha 2). V úvodu byly použity otázky identifikační. Další otázky se vztahovaly k problematice připravenosti budoucích sester na poskytování ošetrovatelské péče apalickým pacientům.

#### ***3.2 Charakteristika zkoumaného souboru***

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořily studentky připravující se na profesi všeobecné sestry na Vyšších odborných školách zdravotnických a Vysokých školách v bakalářském studijním programu Ošetrovatelství – obor Všeobecná sestra a

všeobecné sestry, pracující na apalických jednotkách či jednotkách chronické resuscitační a intenzivní péče s apalickými pacienty.

Pro studující byl kritériem poslední ročník studia.

Dotazníky určené studujícím na vyšších zdravotnických školách a vysokých školách byly rozdány studentům různých vzdělávacích zařízení, převážně Prahy a kraje střeďočeského, jihočeského, plzeňského a kraje Vysočina.

Dotazníky určené pracujícím sestřám byly rozdány v nemocničních zařízeních různého typu, převážně Prahy a střeďočeského kraje, jihočeského a libereckého kraje na apalických jednotkách či jednotkách chronické resuscitační a intenzivní péče, kde jsou pacienti s apalickým syndromem ošetřováni.

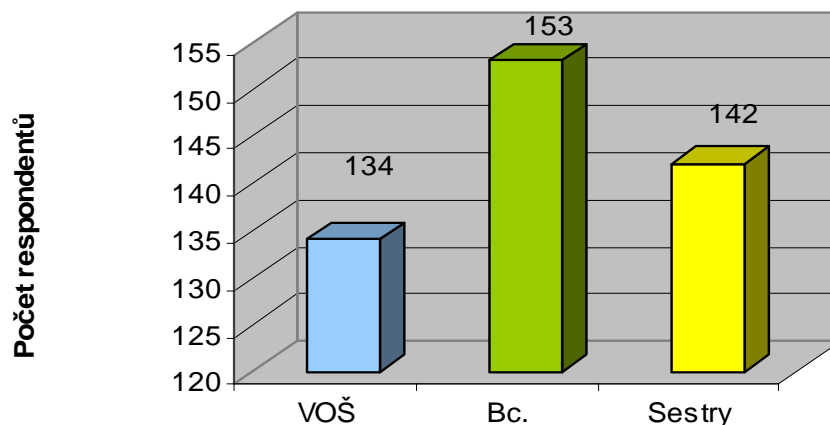
Dotazníkové šetření probíhalo od listopadu 2009 do března 2010. Bylo rozdáno celkem 600 dotazníků. Z toho 200 dotazníků bylo rozdáno studentům vyšších zdravotnických škol, 200 dotazníků studentům vysokých škol a 200 dotazníků všeobecným sestřám. Pro výzkum bylo použito 429 řádně vyplněných dotazníků. Získané množství odpovídá 71,5% návratnosti. Návratnost u studujících na vyšších zdravotnických školách byla 67%, 76,5% u studujících na vysokých školách a 71% u všeobecných sester, které pracují. Tyto údaje jsou znázorněny a zpracovány v absolutních hodnotách v grafu 1. Graf je slovně okomentován.

Výzkumný soubor pro rozhovor tvořilo 10 respondentů, kteří pracují jako všeobecné sestry na apalické jednotce Nemocnice České Budějovice, akciová společnost. Rozhovory probíhaly v únoru 2010.

## 4. Výsledky

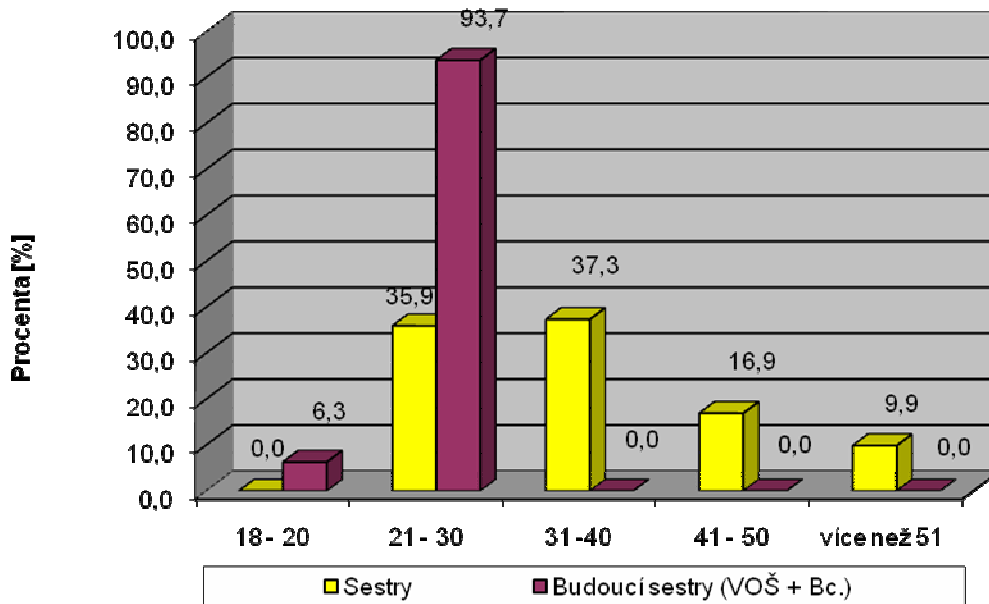
### 4.1 Vyhodnocení kvantitativního šetření – dotazník

**Graf 1 Pracovní / studijní zařazení respondentů  
(v absolutních hodnotách)**



Dotazník vyplnilo 153 (35,7 %) respondentů studujících na vysokých školách v bakalářském studijním programu Ošetřovatelství – obor Všeobecná sestra, 142 (33,1 %) respondentů pracujících jako všeobecné sestry na apalických jednotkách či jednotkách chronické resuscitační a intenzivní péče a 134 (31,2 %) respondentů studujících na vyšších odborných školách zdravotnických.

**Graf 2 Věk respondentů (v %)**

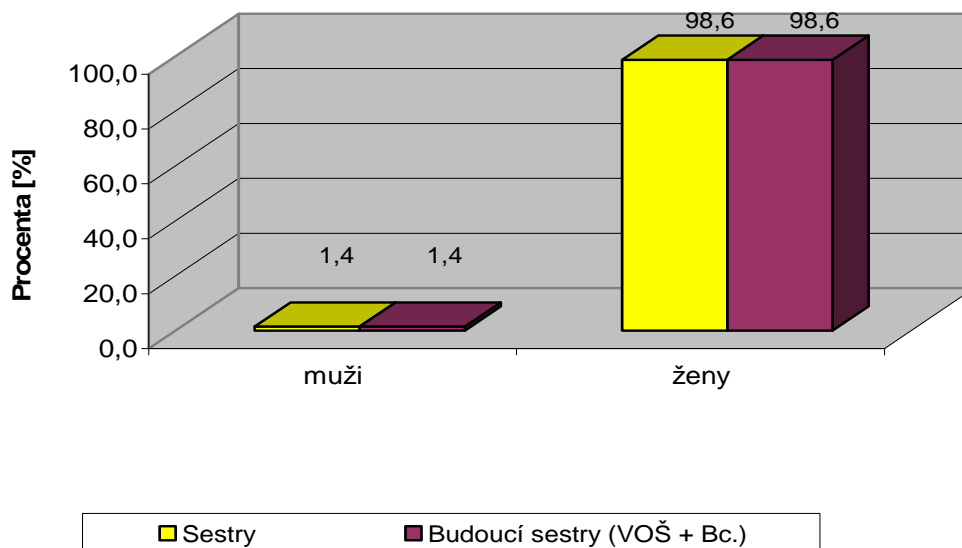


V souboru budoucích sester se výzkumného šetření zúčastnilo 269 (93,7 %) respondentů ve věkovém rozmezí 21–30 let, věkové rozmezí 18–20 let zastupovalo 18 (6,3 %) respondentů. Žádný (0 %) respondent ve věku 31–40 let, žádný (0 %) respondent v rozmezí 41–50 let a žádný (0 %) respondent ve věku 51 a více let.

V souboru sester pracujících s apalickými pacienty bylo 53 (37,3 %) respondentů ve věkovém rozmezí 31–40 let. Rozmezí 21–30 let zastupovalo 51 (35,9 %) respondentů, 24 (16,9 %) respondentů ve věku 41–50 let a 14 (9,9 %) respondentů ve věku více než 51 let. V tomto souboru nebyl žádný (0 %) respondent ve věku 18–20 let.

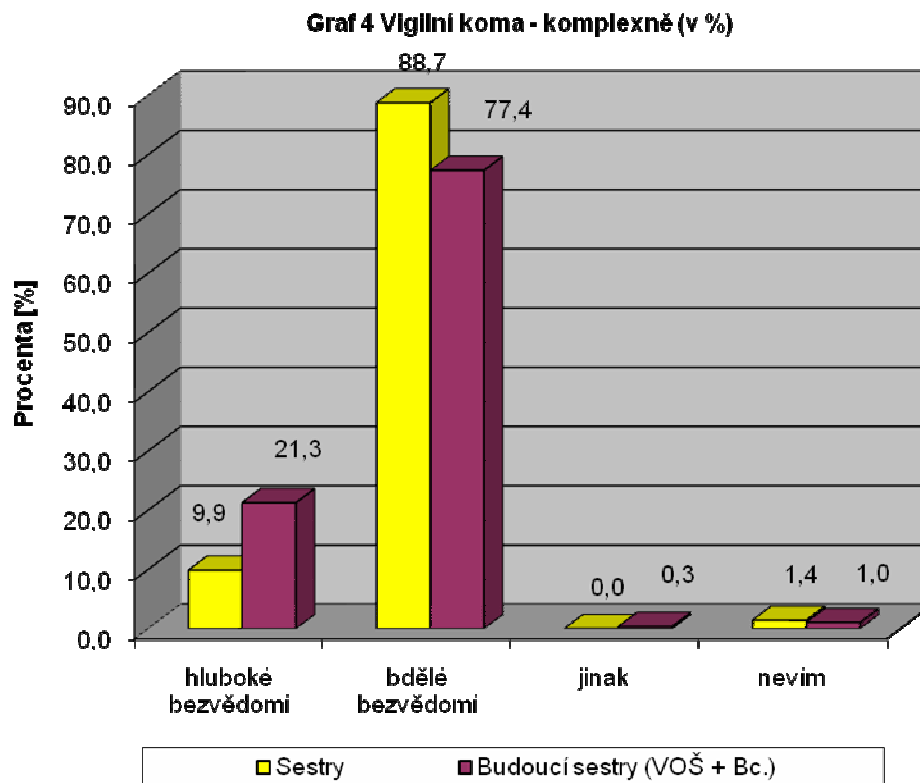


**Graf 3 Pohlaví respondentů (v %)**



V souboru budoucí sestry se výzkumného šetření účastnilo 283 (98,6 %) respondentů žen a 4 (1,4 %) respondenti muži.

V souboru sester pracujících s pacienty s apalickým syndromem se výzkumného šetření účastnilo 140 (98,6 %) respondentů žen a 2 (1,4 %) respondenti muži.

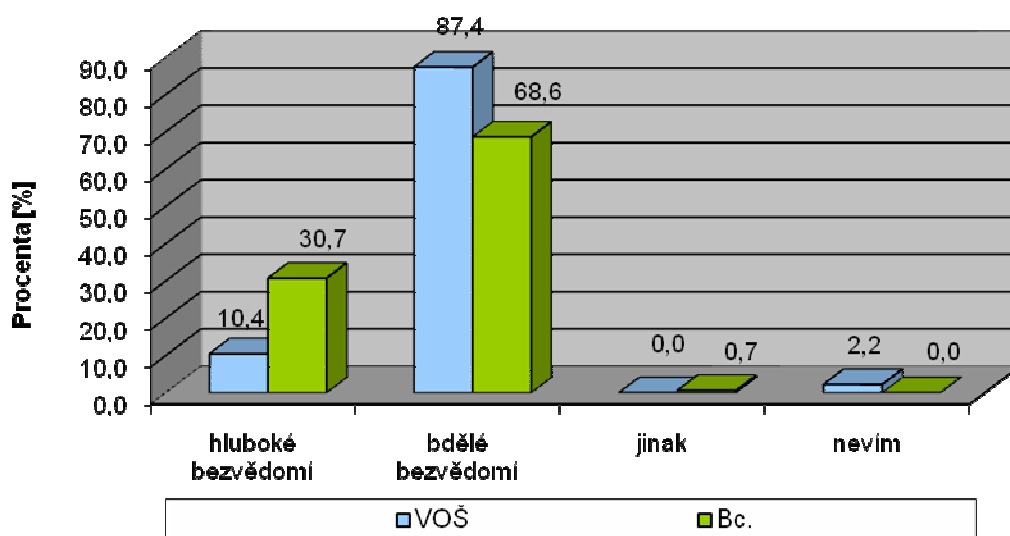


Graf znázorňuje, jak respondenti vysvětlují termín vigilní koma.

V souboru budoucích sester termín jako bdělé bezvědomí volilo 222 (77,4 %) respondentů. Jako hluboké bezvědomí tento termín označilo 61 (21,3 %) respondentů. Jak vysvětlit tento termín nevěděli 3 (1,0 %) respondenti. 1 (0,3 %) respondent by tento termín vysvětlil jinak.

Ze souboru sester pracujících s pacienty s apalickým syndromem tento termín jako bdělé bezvědomí označilo 126 (88,7 %) respondentů, 14 (9,9 %) respondentů volilo variantu hluboké bezvědomí. Jak vysvětlit tento termín nevěděli 2 (1,4 %) respondenti a žádný (0 %) respondent by tento termín nevysvětlil jinak.

**Graf 5 Vigilní koma - budoucí sestry (v %)**

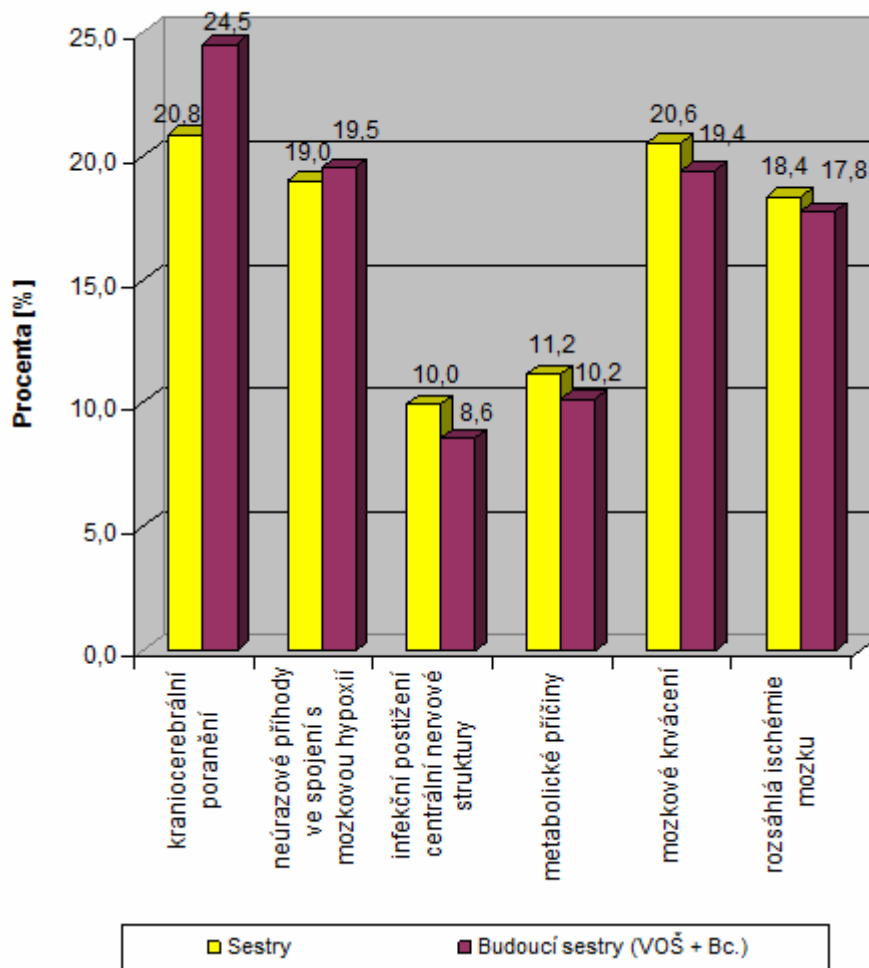


Graf blíže informuje o vysvětlení termínu vigilní koma souborem budoucích sester, tedy upřesňuje graf 4.

Ze souboru sester připravujících se na vyšších odborných školách zdravotnických tento termín označilo jako bdělé bezvědomí 117 (87,4 %) respondentů, 14 (10,4 %) respondentů volilo odpověď hluboké bezvědomí, 3 (2,2 %) respondenti neví, jak termín vigilní koma vysvětlit a žádný (0 %) respondent by tento termín nevysvětlil jinak.

V souboru respondentů bakalářského studia 105 (68,6 %) respondentů si myslí, že tento termín je termínem pro bdělé bezvědomí. 47 (30,7 %) respondentů odpovědělo, že termín označuje hluboké bezvědomí, 1 (0,7 %) respondent by termín označil jinak, žádný (0 %) respondent neoznačil odpověď nevím.

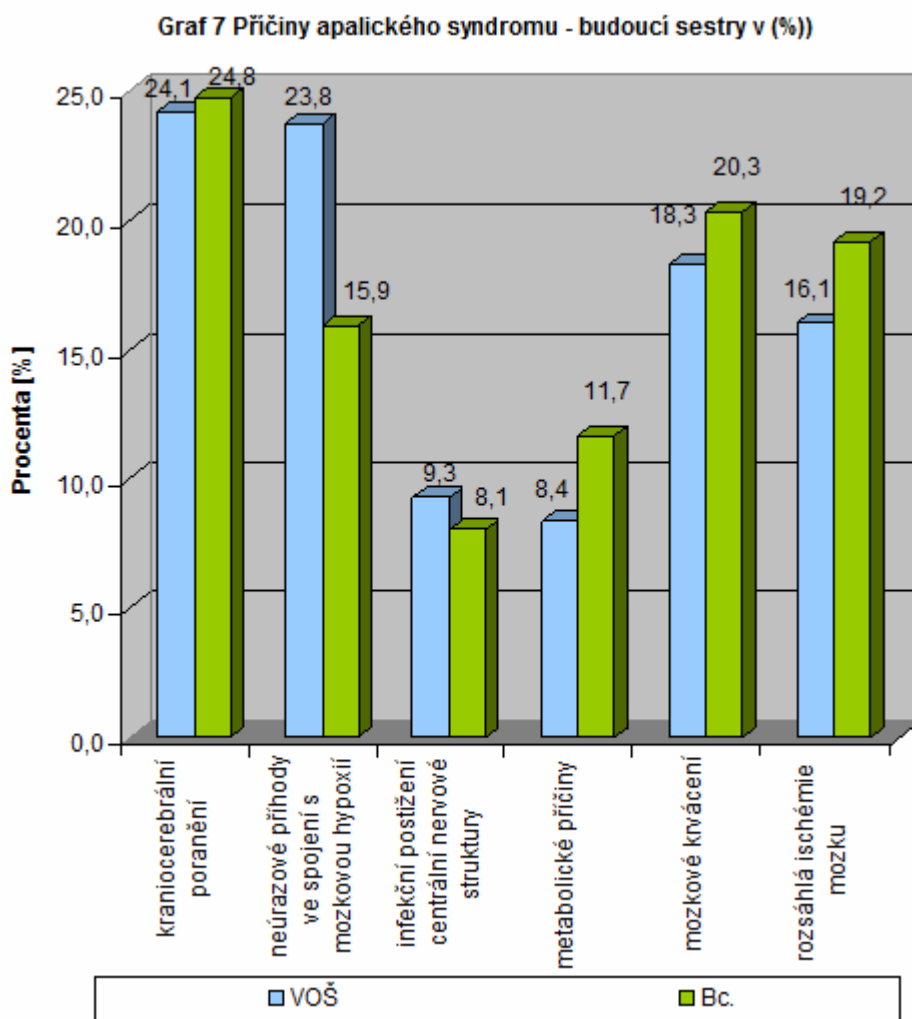
Graf 6 Příčiny apalického syndromu - komplexně v (%)



Graf vypovídá o znalostech respondentů v oblasti příčin apalického syndromu. Bylo možné označit více odpovědí.

V souboru budoucích sester byl celkový počet odpovědí 963. Z těchto apalický syndrom jako důsledek kranio cerebrálního poranění označilo 236 (24,5 %) respondentů. Příčinu neúrazové příhody ve spojení s mozkovou hypoxií vybralo 188 (19,5 %), 187 (19,4 %) respondentů označilo příčinu mozkové krvácení. Příčinu rozsáhlé ischemie mozku uvádí 171 (17,8 %) a metabolické příčiny volilo 98 (10,2 %) respondentů tohoto souboru. Infekční postižení centrální nervové soustavy označilo 83 (8,6 %) respondentů.

Celkový počet odpovědí sester pracujících s apalickými pacienty činil 642. Apalický syndrom jako důsledek kraniocerebrálního poranění zvolilo 134 (20,8 %) respondentů. Příčinu mozkové krváčení označilo 132 (20,6 %) respondentů. 122 (19,0 %) respondentů bylo pro příčinu neúrazové příhody ve spojení s mozkovou hypoxií, 118 (18,4 %) respondentů uvedlo variantu rozsáhlé ischemie mozku, metabolické příčiny spojuje s apalickým syndromem 72 (11,2 %) respondentů a infekční postižení centrální nervové soustavy označilo 64 (10,0 %) respondentů.

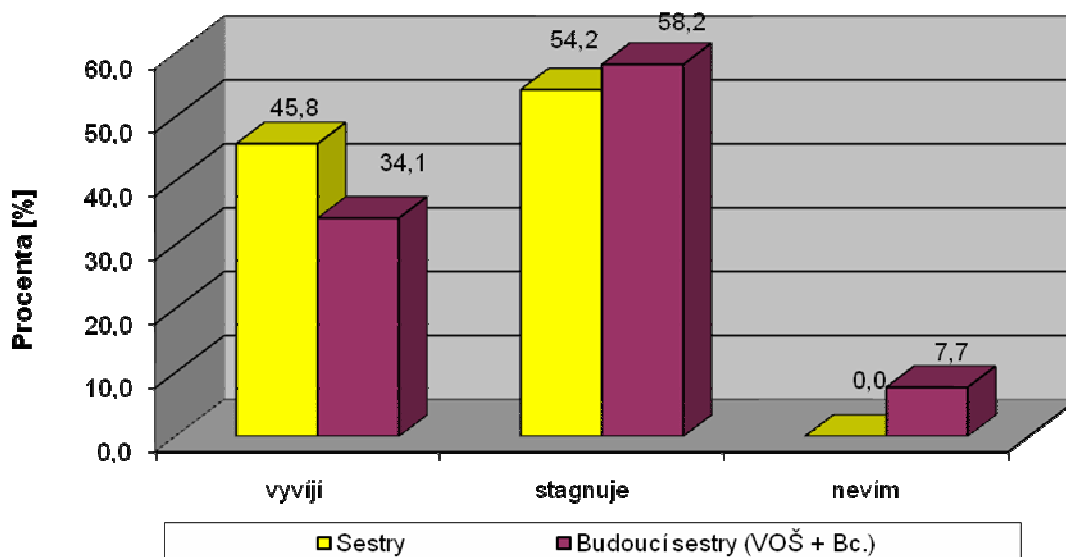


Graf přibližuje znalosti souboru budoucích sester o příčinách apalického syndromu a tím, blíže specifikuje graf 6.

Z celkového počtu odpovědí souboru respondentů z vyšších zdravotnických škol 442, příčinu kraniocerebrální poranění označilo 107 (24,1 %) respondentů, 105 (23,8 %) respondentů volilo neúrazové příhody ve spojení s mozkovou hypoxií. Mozkové krvácení uvedlo jako příčinu 81 (18,3 %) respondentů, 71 (16,1 %) respondentů volilo rozsáhlou ischemií mozku. 41 (9,3 %) respondentů označilo infekční postižení centrální nervové struktury a 37 (8,4 %) respondentů metabolické příčiny.

V souboru respondentů bakalářského studia činil celkový počet odpovědí 521. Z toho 129 (24,8 %) respondentů označilo jako příčinu kraniocerebrální poranění. Mozkové krvácení vybralo 106 (20,3 %) respondentů, 100 (19,2 %) respondentů rozsáhlou ischemii mozku. Další volbou byly u 83 (15,9 %) respondentů neúrazové příhody ve spojení s mozkovou hypoxií a u 61 (11,7 %) respondentů metabolické příčiny. 42 (8,1 %) respondentů volilo infekční postižení centrální nervové struktury.

**Graf 8 Vývoj apalického syndromu (v %)**

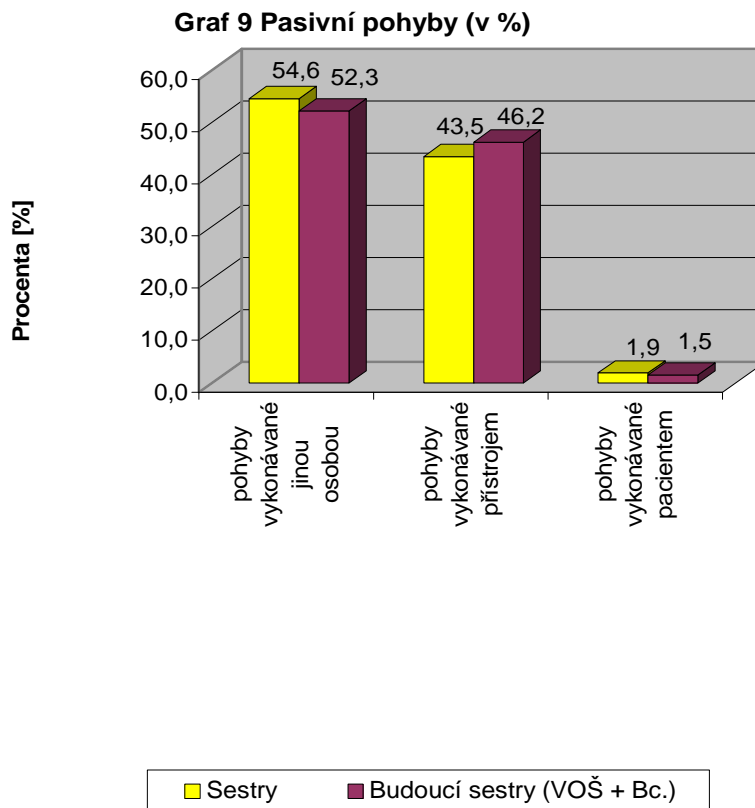


Graf vyjadřuje postoj respondentů k apalickému syndromu z hlediska jeho vývoje.

V souboru budoucích sester 167 (58,2 %) respondentů považuje apalický syndrom za stagnující stav. Jako vyvíjející se vnímá apalický syndrom 98 (34,1 %) respondentů. 22 (7,7 %) respondentů neví, zda se apalický syndrom vyvíjí či stagnuje.

Ze souboru sester pracujících s apalickými pacienty vnímá apalický syndrom za stagnující stav 77 (54,2 %) respondentů. 65 (45,8 %) respondentů posuzuje apalický syndrom jako stav, který se vyvíjí. Žádný 0 (0,0 %) respondent ne zvolil variantu, že neví.



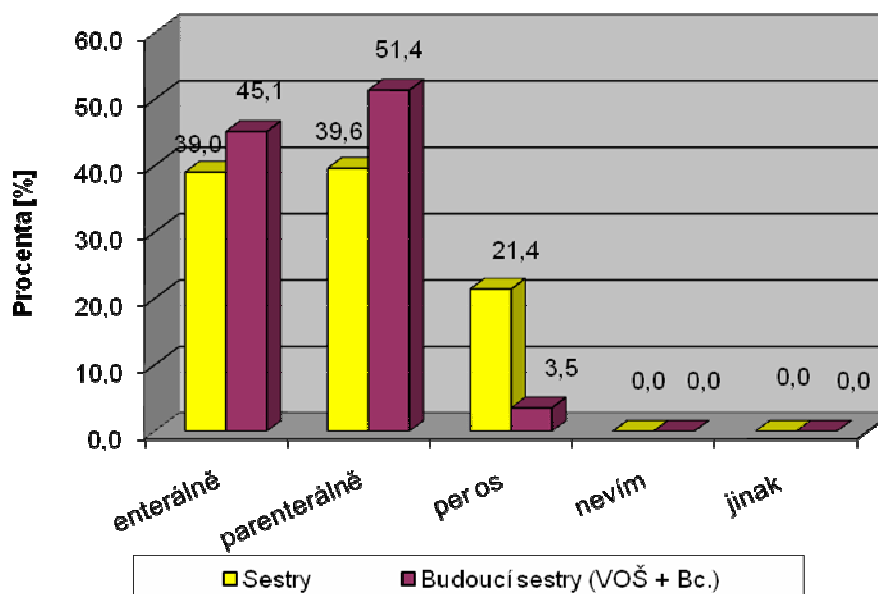


Graf objasňuje chápání pasivních pohybů respondenty. Bylo možné označit více odpovědí.

Ze souboru budoucích sester, které celkem zvolily 517 odpovědí, chápe pasivní pohyby jako pohyby vykonávané jinou osobou 270 (52,3 %) respondentů. 239 (46,2 %) respondentů tyto pohyby vnímá jako pohyby vykonávané přístrojem. Jako pohyby vykonávané pacientem označuje pasivní pohyby 8 (1,5 %) respondentů.

V souboru sester pracujících s apalickými pacienty bylo zaškrtnuto celkem 260 odpovědí. Z toho 142 (54,6 %) respondentů chápe pasivní pohyby jako pohyby vykonávané jinou osobou. Jako pohyby vykonávané přístrojem je vnímá 113 (43,5 %) respondentů a 5 (1,9 %) respondentů označuje tyto pohyby jako pohyby vykonávané pacientem.

**Graf 10 Výživa pacientů s apalickým syndromem (v %)**

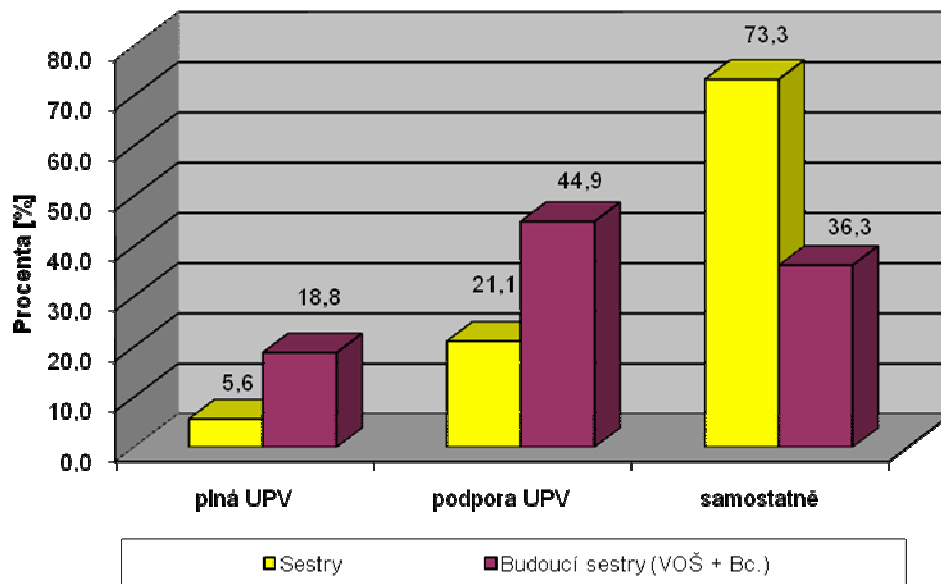


Graf informuje o tom, jakým způsobem je podávána výživa pacientům s apalickým syndromem. Bylo možné zvolit více odpovědí.

V souboru budoucích sester bylo označeno celkem 512 odpovědí. Z toho 263 (51,4 %) respondentů označilo způsob parenterální, 231 (45,1 %) respondentů způsob enterální. Pro podání výživy per os se rozhodlo 18 (3,5 %) respondentů. Žádný (0 %) respondent nezvolil odpověď nevím a žádný (0 %) respondent neodpověděl jinak.

Celkový počet odpovědí, ze souboru sester pracujících s pacienty s apalickým syndromem, byl 341. Parenterální způsob 135 (39,6 %) respondentů a enterální způsob 133 (39,0 %) respondentů. 73 (21,4 %) respondentů označilo jako způsob podání výživy podání per os. Žádný (0 %) respondent nezvolil odpověď nevím a žádný (0 %) respondent neměl jinou odpověď.

**Graf 11 Dýchání pacientů s apalickým syndromem (v %)**

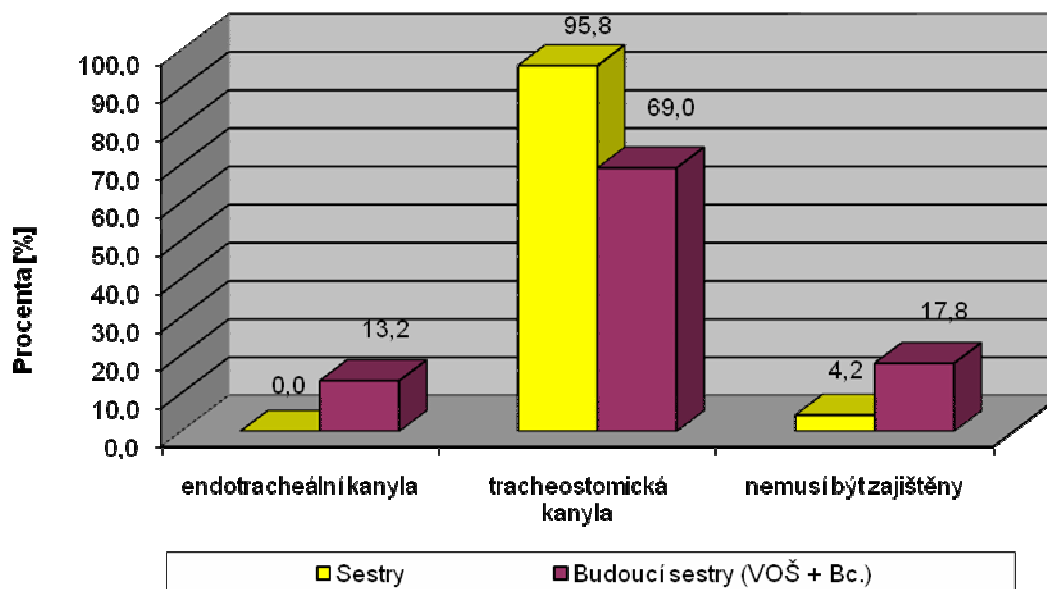


Graf vypovídá o možnostech dýchání u pacientů s apalickým syndromem.

V souboru budoucích sester si 129 (44,9 %) respondentů myslí, že pacienti s apalickým syndromem dýchají s podporou umělé plicní ventilace (UPV), 104 (36,3 %) respondentů uvádí dýchání samostatně. 54 (18,8 %) respondentů označilo plnou umělou plicní ventilaci (UPV).

V souboru sester pracujících s apalickými pacienty je 104 (73,3 %) respondentů názoru, že pacienti s apalickým syndromem mohou dýchat samostatně. 30 (21,1 %) respondentů volí podporu umělé plicní ventilace (UPV). A 8 (5,6 %) respondentů označilo plnou umělou plicní ventilaci (UPV).

**Graf 12 Zajištění dýchacích cest u pacientů s apalickým syndromem (v %)**

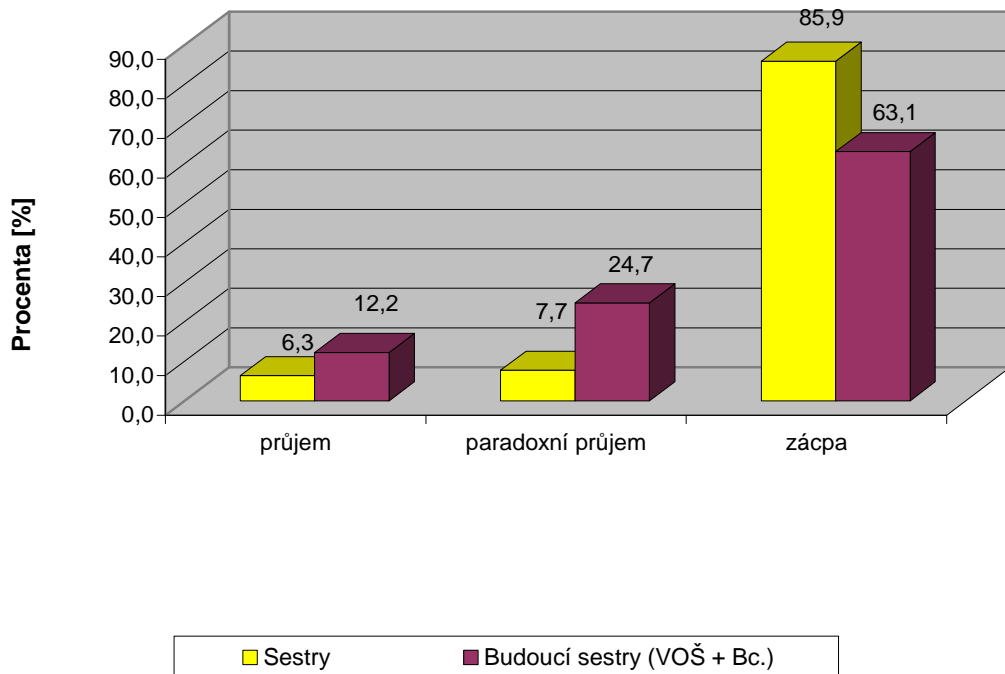


Graf poskytuje přehled o zajištění dýchacích cest u pacientů s apalickým syndromem.

V souboru budoucích sester zajištění dýchacích cest u těchto pacientů pomocí tracheostomické kanyly označilo 198 (69,0 %) respondentů. 51 (17,8 %) respondentů si myslí, že dýchací cesty apalických pacientů nemusí být zajištěny a 38 (13,2 %) respondentů by zajistilo dýchací cesty endotracheální kanylou.

Ze souboru sester pracujících s apalickými pacienty zajištění dýchacích cest u těchto pacientů pomocí tracheostomické kanyly označilo 136 (95,8 %) respondentů, 6 (4,2 %) respondentů si myslí, že dýchací cesty nemusí být zajištěny a žádný (0 %) respondent tohoto souboru by nezajišťoval dýchací cesty endotracheální kanylou.

**Graf 13 Vyprazdňování pacientů s apalickým syndromem  
- komplexně (v %)**

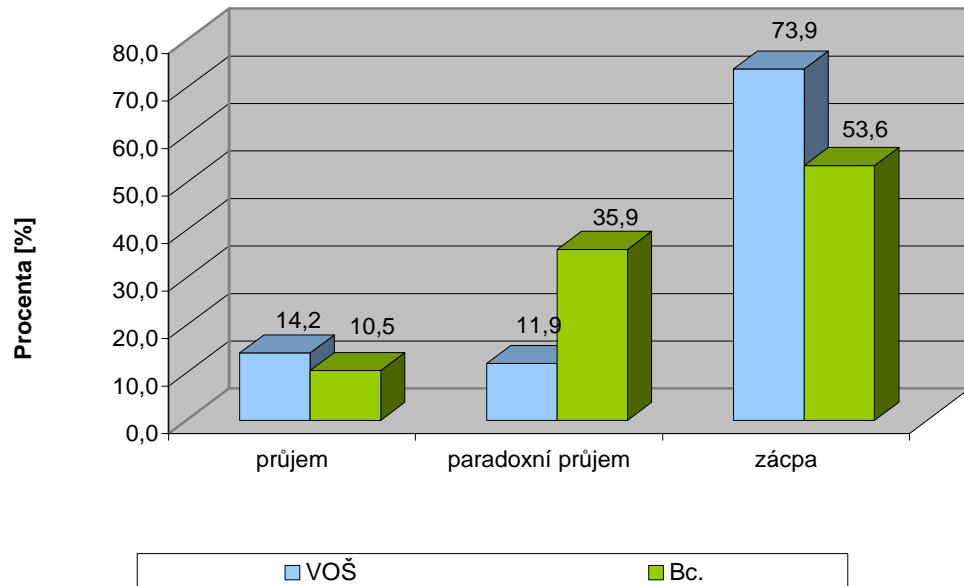


Graf mapuje nejčastější poruchy vyprazdňování v důsledku inaktivity apalických pacientů.

Ze souboru budoucích sester považuje za nejčastější poruchu zácpu 181 (63,1 %) respondentů, 71 (24,7 %) respondentů stejného souboru volilo odpověď paradoxní průjem a 35 (12,2 %) respondentů průjem.

Ze souboru sester pracujících s apalickými pacienty 122 (85,9 %) respondentů považuje za nejčastější poruchu zácpu, 11 (7,8 %) respondentů paradoxní průjem a 9 (6,3 %) respondentů označilo průjem.

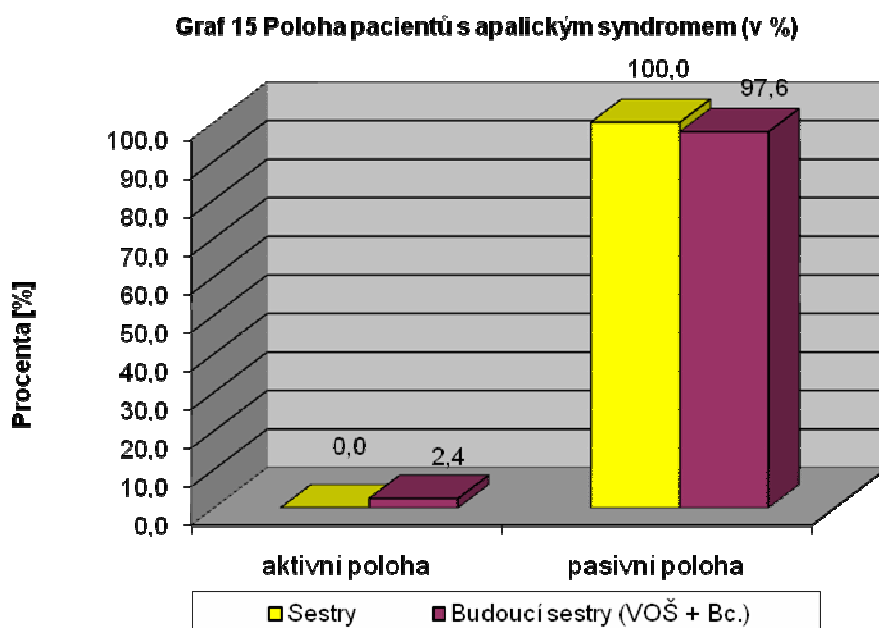
**Graf 14 Vyprazdňování pacientů s apalickým syndromem  
- budoucí sestry (v %)**



Graf upřesňuje výsledky souboru budoucích sester, tedy graf 13.

V souboru respondentů studujících na vyšších zdravotnických školách zácpu, jako nejčastější poruchu vyprazdňování v důsledku inaktivity apalických pacientů označilo 99 (73,9 %) respondentů, průjem 19 (14,2 %) respondentů a paradoxní průjem 16 (11,9 %) respondentů.

V souboru respondentů z bakalářského studia volilo zácpu, jako nejčastější poruchu vyprazdňování v důsledku inaktivity apalických pacientů označilo 82 (53,6 %) respondentů. Paradoxní průjem volilo 55 (35,9 %) respondentů, 16 (10,5 %) respondentů uvedlo jako nejčastější poruchu průjem.

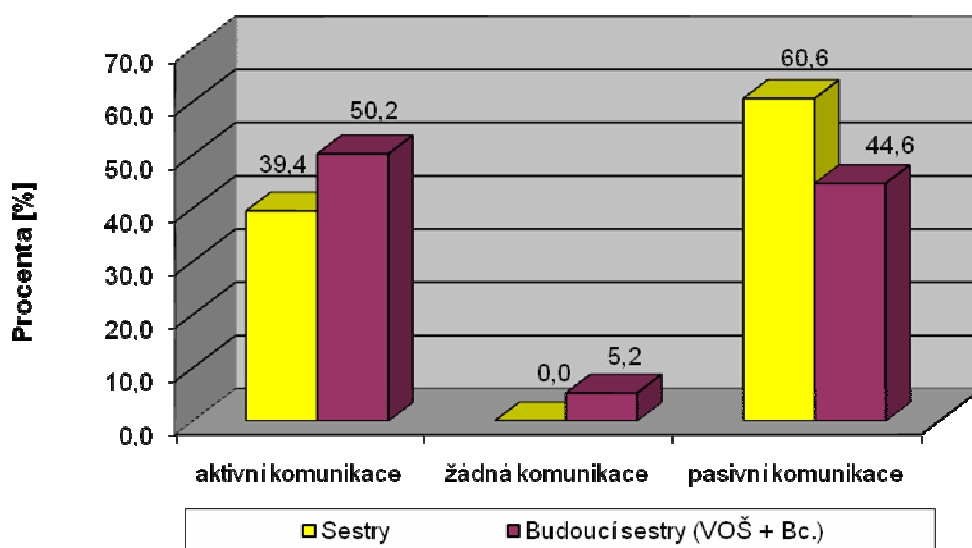


Graf popisuje názor respondentů na polohu apalických pacientů.

Ze souboru budoucích sester vybralo pasivní polohu 280 (97,6 %) respondentů. Aktivní polohu zvolilo 7 (2,4 %) respondentů.

V souboru sester pracujících s apalickým pacientem 142 (100 %) respondentů udává, že apalický pacient zaujímá v lůžku pasivní polohu. Žádný (0 %) respondent nevedl polohu aktivní.

**Graf 16 Komunikace s pacienty s apalickým syndromem -  
- komplexně (v %)**



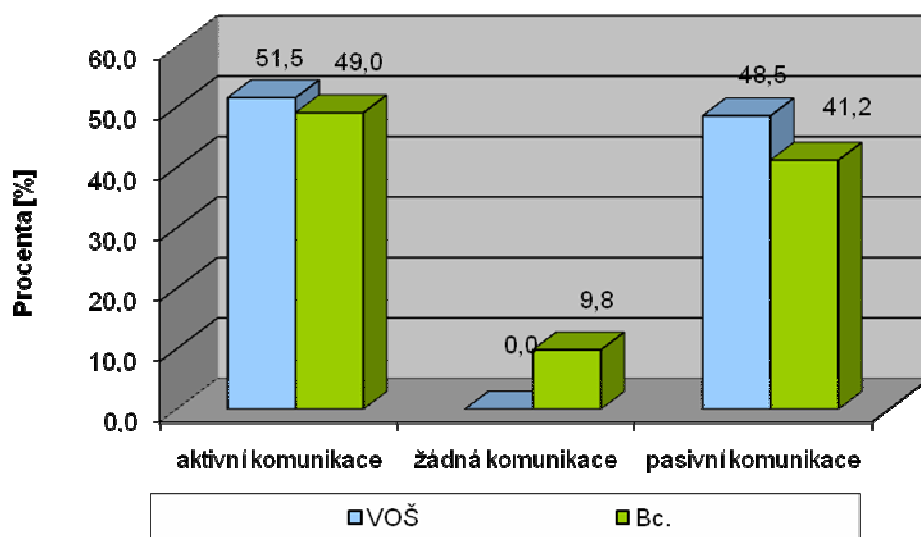
Graf informuje o tom, jaká komunikace je používána u pacientů s apalickým syndromem.

V souboru budoucích sester 144 (50,2 %) respondentů komunikuje komunikací aktivní a 128 (44,6 %) respondentů komunikací pasivní. 15 (5,2 %) respondentů nepoužívá komunikaci žádnou.

Ze souboru sester pracujících s apalickými pacienty 86 (60,6 %) respondentů užívá komunikaci pasivní. 56 (39,4 %) respondentů užívá komunikaci aktivní. Žádnou komunikaci neoznačil žádný (0%) respondent.



**Graf 17 Komunikace s pacienty s apalickým syndromem -  
-budoucí sestry (v %)**

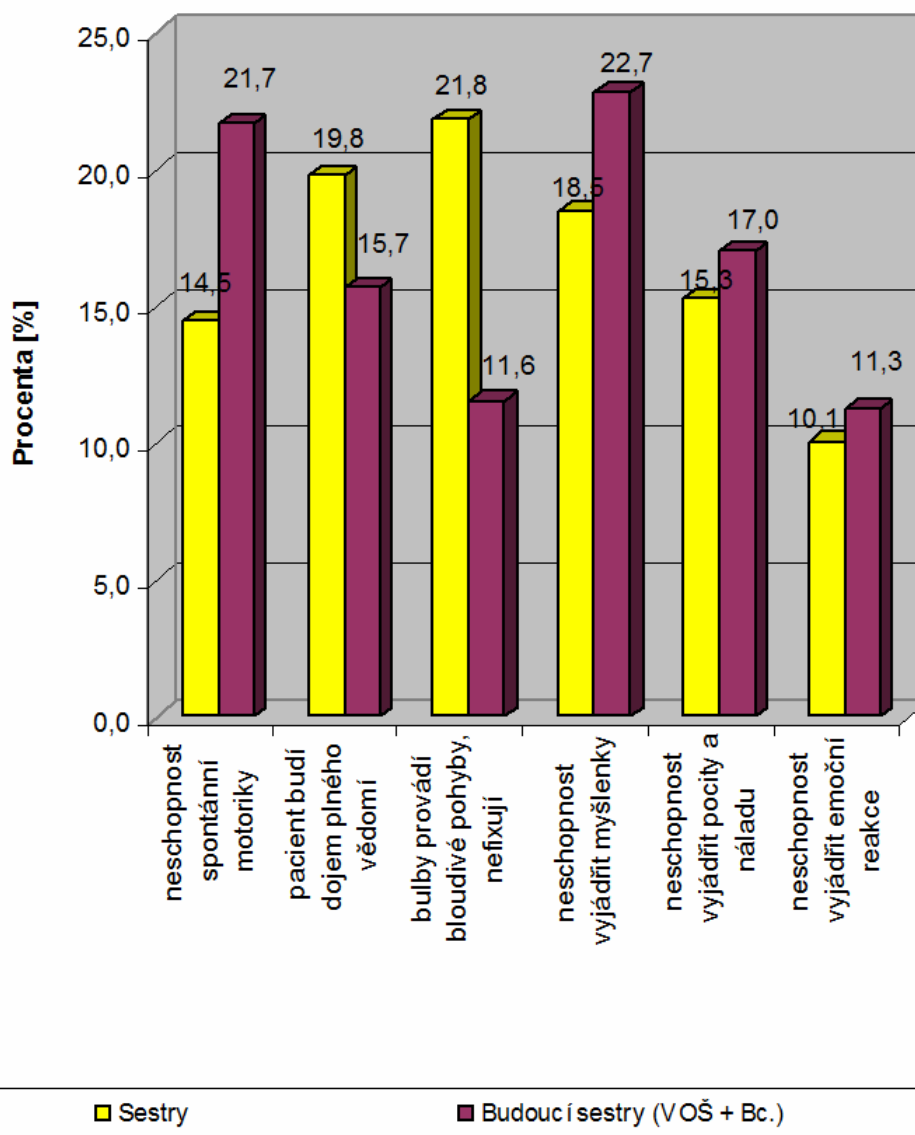


Graf upřesňuje údaje grafu 16 v souboru budoucích sester v otázce komunikace.

V souboru respondentů z vyšších zdravotních škol užívá u pacientů s apalickým syndromem aktivní komunikaci 69 (51,5 %) respondentů. 65 (48,5 %) respondentů komunikuje s apalickými pacienty komunikací pasivní. Žádný (0 %) respondent neužívá komunikaci žádnou.

Ze souboru budoucích sester aktivní komunikaci užívá 75 (49,0 %) respondentů. Komunikací pasivní 63 (41,2 %) respondentů a 15 (9,8 %) respondentů uvádí, že komunikaci nepoužívá.

Graf 18 Příznaky apalického syndromu (v %)



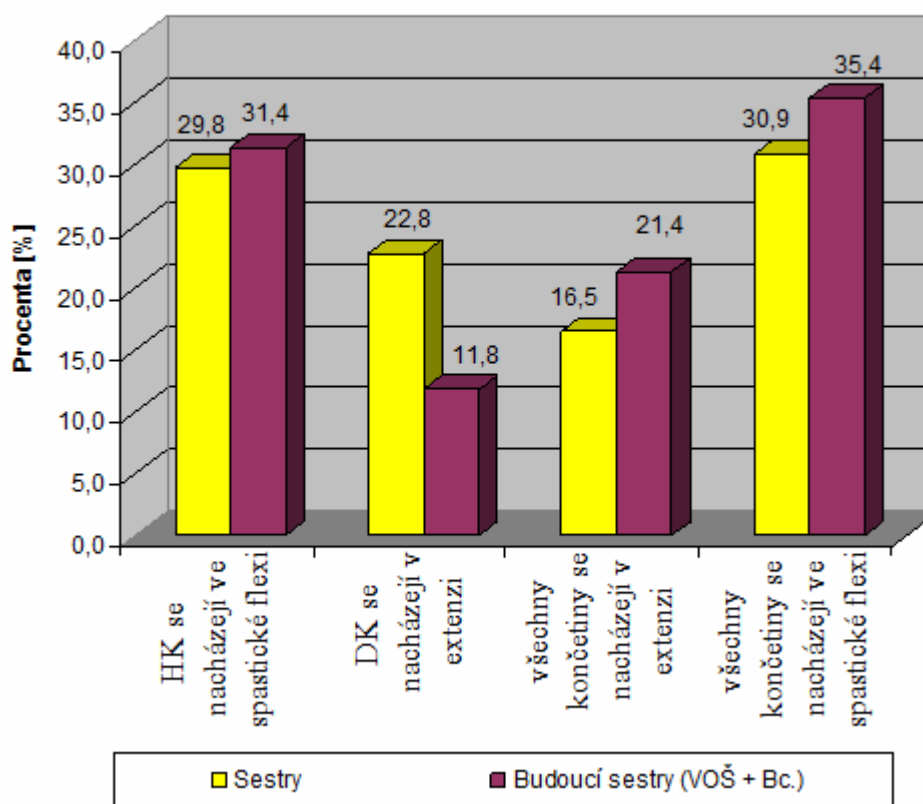
Graf vyhodnocuje odpovědi týkající se klinického obrazu apalického syndromu a jeho příznaků. Bylo možné zvolit více odpovědí.

V souboru budoucích sester bylo označeno celkem 995 odpovědí. 227 (22,7 %) respondentů volilo, že pacient není schopen vyjádřit své myšlenky. 216 (21,7 %) respondentů dále vyznačilo neschopnost pacienta spontánní motoriky. 169 (17,0 %)

respondentů vybralo, že pacient není schopen vyjádřit své pocity a náladu. 156 (15,7 %) respondentů uvedlo, že pacient budí dojem plného vědomí. 115 (11,6 %) respondentů označilo, že bulby pacienta provádí bloudivé pohyby a nefixují a 112 (11,3 %) respondentů volilo neschopnost emočních reakcí.

Soubor sester pracujících s apalickými pacienty zvolil celkem 595 odpovědí. Z čehož 130 (21,8 %) respondentů uvedlo, že bulby pacienta provádí bloudivé pohyby a nefixují. 118 (19,8 %) respondentů volilo, že pacient budí dojem plného vědomí. 110 (18,5 %) respondentů odpovědělo, že pacient není schopen vyjádřit své myšlenky. 91 (15,3 %) respondentů označilo neschopnost pacientů vyjádřit pocity a náladu, 86 (14,5 %) respondentů odpovědělo, že pacient není schopen spontánní motoriky. Neschopnost emočních reakcí volilo 60 (10,1 %) respondentů.

Graf 19 Postavení končetin u pacientů s apalickým syndromem (v %)



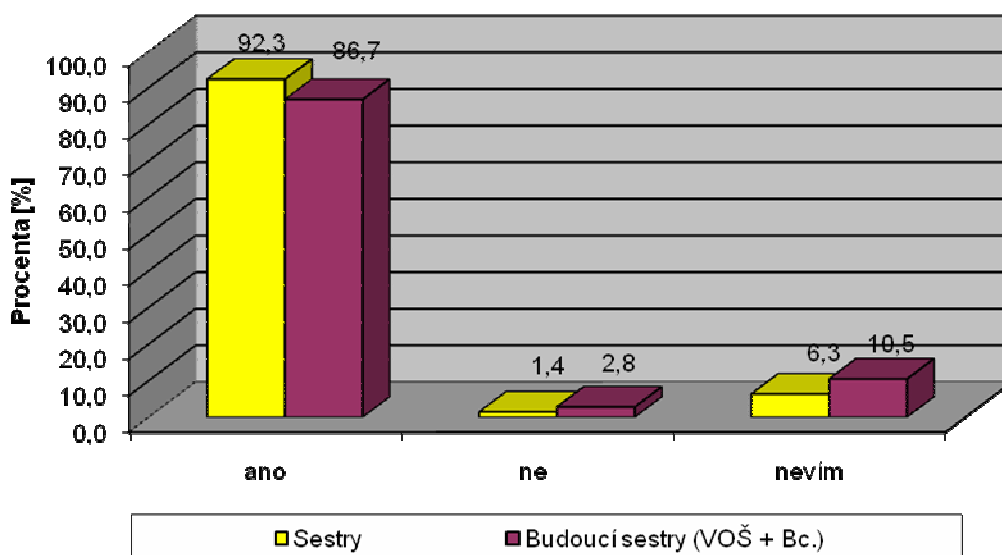
Graf mapuje počty odpovědí na postavení končetin u pacientů s apalickým syndromem. Bylo možné označit více odpovědí.

Ze souboru budoucích sester bylo zaškrtnuto celkem 398 odpovědí. 141 (35,4 %) respondentů volilo odpověď – všechny končetiny se nacházejí ve spastické flexi a 125 (31,4 %) respondentů uvedlo horní končetiny (HK) ve spastické flexi. Že se všechny končetiny nacházejí v extenzi, odpovědělo 85 (21,4 %) respondentů a 47 (11,8 %) respondentů volilo pouze dolní končetiny (DK) v extenzi.

V souboru sester pracujících s apalickými pacienty činil celkový počet odpovědí 333. Z toho 103 (30,9 %) respondentů označilo všechny končetiny ve spastické flexi a 99 (29,8 %) respondentů pak horní končetiny (HK) ve spastické flexi, 76 (22,8 %)

respondentů pak dolní končetiny (DK) v extenzi. 55 (16,5 %) respondentů napsalo všechny končetiny v extenzi.

**Graf 20 Role rodiny v ošetrování pacientů s apalickým syndromem (v %)**

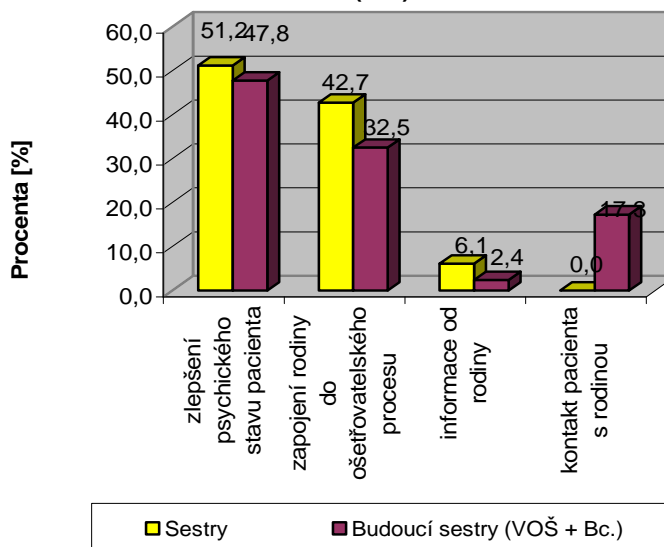


Graf představuje názory respondentů na zapojení rodin apalických pacientů do ošetrovatelské péče.

Ze souboru budoucích sester jako vhodné zapojit rodiny těchto pacientů do ošetrovatelské péče uvádí 249 (86,7 %) respondentů. 30 (10,5 %) respondentů se vyjádřilo, že neví, zda je zapojení rodin vhodné a 8 (2,8 %) respondentů považuje zapojení rodiny do ošetrování apalických pacientů za nevhodné.

V souboru sester pracujících s apalickými pacienty se 131 (92,3 %) respondentů shodlo, že je vhodné zapojit rodiny těchto pacientů do ošetrovatelské péče. 9 (6,3 %) respondentů že neví, zda je zapojení rodin vhodné. A 2 (1,4 %) respondenti považují zapojení rodiny apalických pacientů za nevhodné.

**Graf 21 Role rodiny ANO v ošetrování pacientů s apalickým syndromem (v %)**



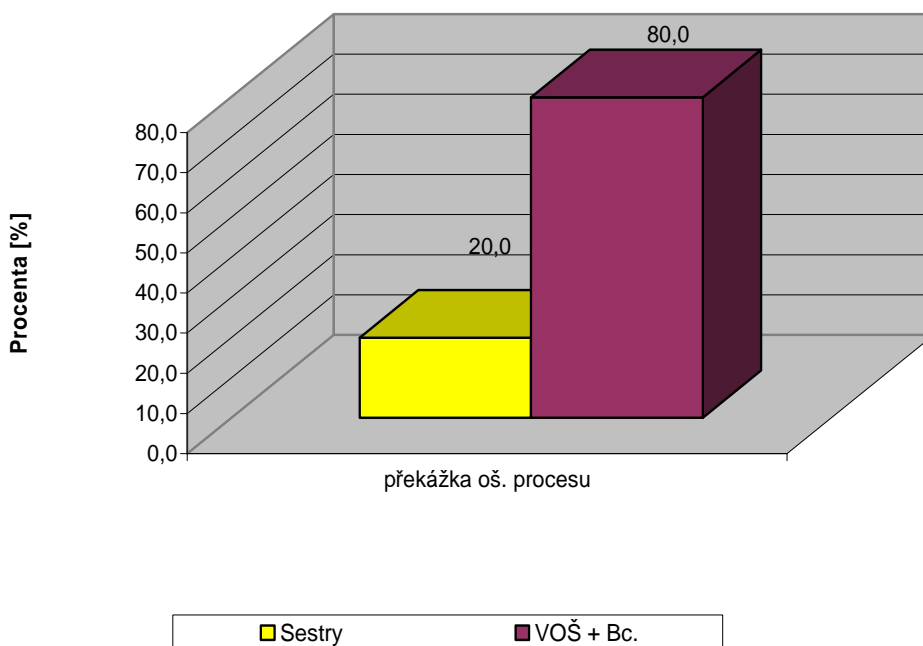
Graf informuje o důvodech proč je vhodné zapojení rodiny apalického pacienta do ošetrovatelské péče z pohledu respondentů, kteří označili zapojení rodiny za vhodné.

Celkový soubor, který označil ano, tvořilo 380 respondentů.

V souboru budoucích sester ano – označilo 249 respondentů. Z toho 119 (47,8 %) respondentů, volí zapojení za vhodné z důvodu zlepšení psychického stavu pacienta. 81 (32,5 %) respondentů udává orientaci a pochopení v oblasti péče ze strany rodiny. 43 (17,3 %) respondentů volilo jako důvod kontakt pacienta s rodinou a 6 (2,4 %) respondentů zvolilo důvod získávání informací od rodiny.

Ze souboru sester pracujících s apalickými pacienty odpovědělo ano celkem 131 respondentů. Z toho je pro zapojení, neboť zlepšuje psychický stav pacienta 67 (51,2 %) respondentů. 56 (42,7 %) respondentů udává zapojit členy rodiny přímo do péče z důvodu orientace a pochopení péče, 8 (6,1 %) respondentů zvolilo důvod získávání informací od rodiny. Žádný (0 %) respondent neuvádí důvod – kontakt pacienta s rodinou.

Graf 22 Role rodiny NE v ošetrování pacientů s apalickým syndromem (v %)

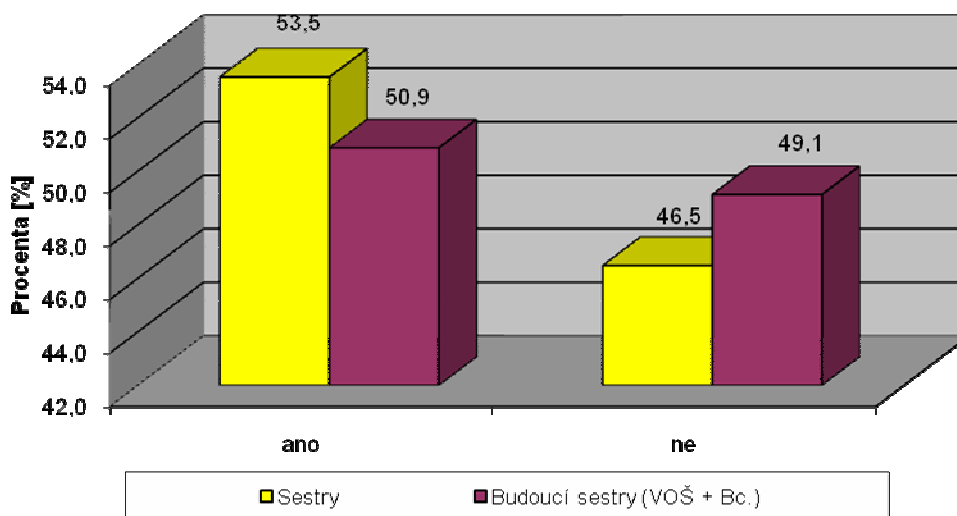


Graf vyjadřuje názor respondentů, kteří nepovažují za vhodné zapojit rodinu do ošetrovatelské péče.

Celkem zvolilo odpověď ne 10 respondentů. Všichni z respondentů odpověděli shodně, že zapojení rodiny pacienta by pro ně bylo překážkou v ošetrovatelském procesu. Z toho odpovědělo 8 (80 %) respondentů ze souboru budoucích sester a 2 (20 %) respondenti souboru sester pracujících s apalickými pacienty.



**Graf 23 Setkání s apalickými pacienty (v %)**

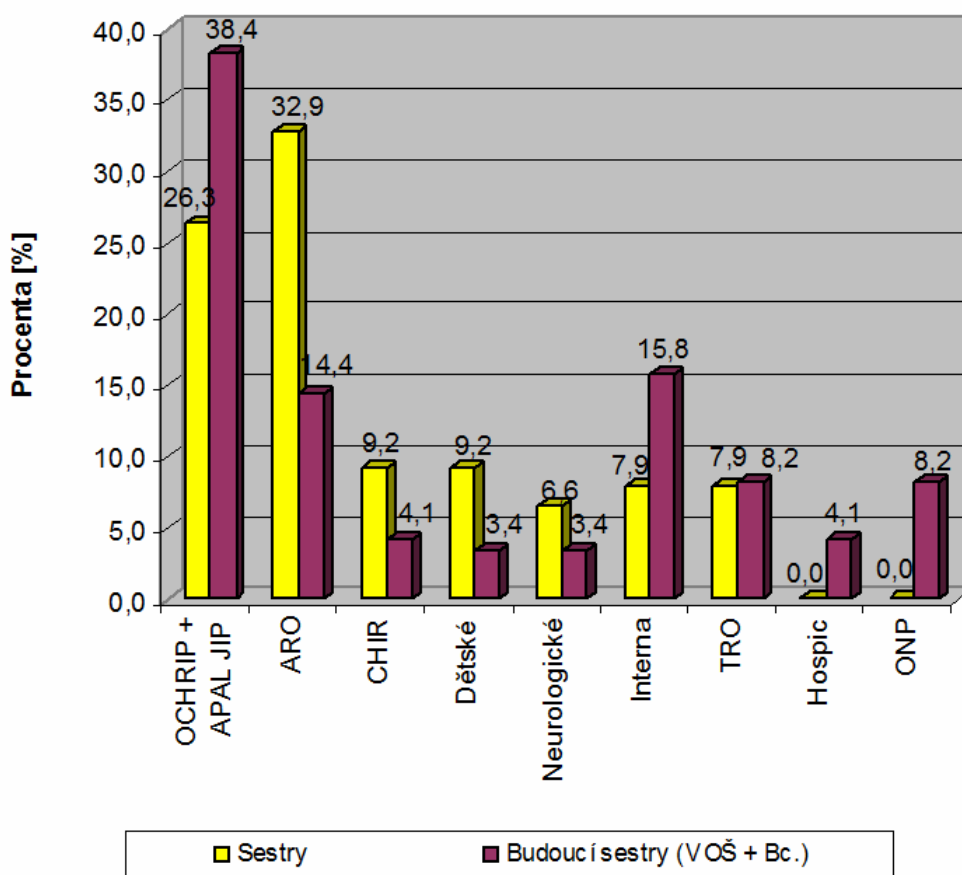


Graf přibližuje, zda měli respondenti možnost se během studia setkat s apalickými pacienty.

Ze souboru budoucích sester mělo možnost se s apalickými pacienty setkat 146 (50,9 %) respondentů. 141 (49,1 %) respondentů téhož souboru tuto možnost nemělo.

V souboru sester pracujících s apalickými pacienty se 76 (53,5 %) respondentů s těmito pacienty setkalo již během studia. 66 (46,5 %) respondentů se s těmito pacienty během studia nesetkalo.

**Graf 24 Setkání s apalickými pacienty během studia (v %)**

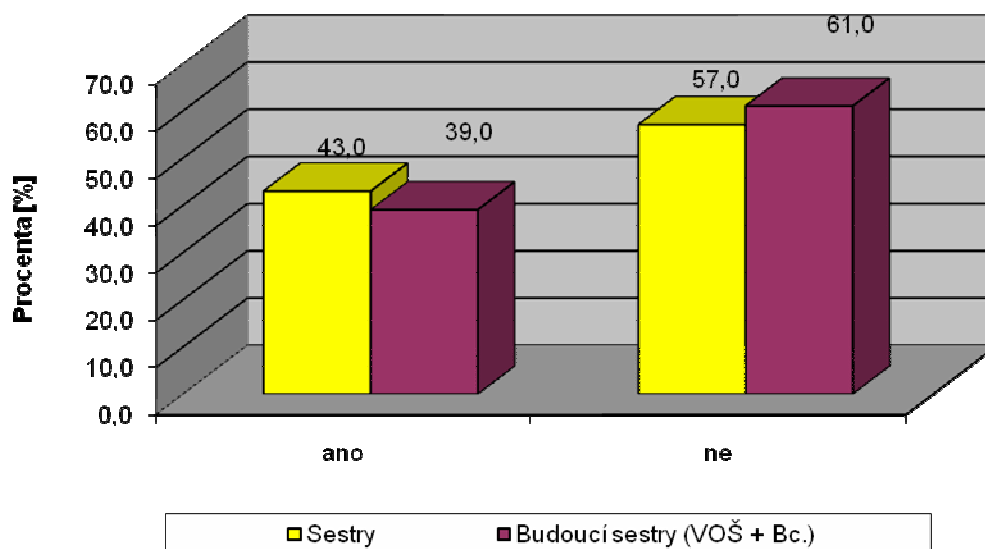


Graf mapuje oddělení, na kterých měli respondenti možnost setkat se s apalickými pacienty.

Ze souboru budoucích sester odpovědělo kladně celkem 146 respondentů. Z toho se 56 (38,4 %) respondentů s těmito pacienty setkalo přímo na apalických jednotkách či jednotkách chronické resuscitační a intenzivní péče. 23 (15,8 %) respondentů na interním oddělení, 21 (14,4 %) respondentů na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, 12 (8,2 %) respondentů na traumatologickém oddělení a 12 (8,2 %) na oddělení následné péče, 6 (4,1 %) respondentů na oddělení chirurgickém, 6 (4,1 %) respondentů v hospici, 5 (3,4 %) respondentů na dětském oddělení, 5 (3,4 %) respondentů na neurochirurgickém oddělení.

V souboru sester pracujících s apalickými pacienty odpovědělo kladně 76 respondentů. 25 (32,9 %) respondentů se s tímto pacientem setkalo na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, 20 (26,3 %) respondentů na apalických jednotkách či jednotkách chronické resuscitační a intenzivní péče, shodný počet 7 (9,2 %) respondentů na chirurgickém oddělení a 7 (9,2 %) respondentů na dětském oddělení, 6 (7,9 %) respondentů na traumatologickém oddělení, 6 (7,9 %) respondentů na oddělení interním a 5 (6,6 %) respondentů na neurochirurgickém oddělení. Žádný (0 %) respondent se s nimi neseťkal na oddělení následné péče a žádný (0 %) v hospici.

**Graf 25 Ošetřování apalických pacientů (v %)**



Graf znázorňuje, zda měli respondenti možnost apalického pacienta během studia přímo ošetřovat.

V souboru budoucích sester 175 (61,0 %) respondentů tuto možnost nemělo a 112 (39,0 %) respondentů ano.

Ze souboru sester pracujících s apalickými pacienty neošetřovalo apalické pacienty 81 (57,0 %) respondentů. Ošetřovalo 61 (43,0 %) respondentů.

## **4.2 Výsledky kvalitativního šetření – polostandardizované rozhovory**

### **4.2.1 Strukturované kazuistiky respondentů**

*Kazuistika respondentky č. 1: Odpovědi respondentky, shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 1, její věk je 39 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 22 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na interním oddělení.

Před nástupem na apalickou jednotku nevěděla vůbec, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni psychicky i fyzicky náročná, jako studentka (budoucí sestra) si uvědomovala pouze náročnost fyzickou. O náročnosti lze, dle jejího názoru, budoucí sestry informovat, a to nejlépe formou praxe, exkurze na jednotce či pomocí semináře.

Před nástupem na apalickou jednotku byla s pracovištěm seznámena pouze slovně. O stavu pacientů na jednotce věděla od kolegyň, lékařů a dále si informace prohlubovala samostudiem. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem byla informována spíše až po nástupu na pracoviště a to převážně staniční sestrou.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že se budoucí sestry seznámí s náročností této práce. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze připravit částečně již v průběhu studia.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce pracovala také na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, avšak tuto zkušenost nevnímá jako přínos pro péči o apalické pacienty.

*Kazuistika respondentky č. 2: Odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 2, její věk je 47 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou + ARIP. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 28 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na interním oddělení.

Před nástupem na apalickou jednotku nevěděla vůbec, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni psychicky i fyzicky náročná, jako studentka (budoucí sestra) si neuvědomovala ani jednu z těchto náročností. Lze ale, dle jejího názoru, budoucí sestry o náročnosti informovat, a to nejlépe formou exkurze či praxe na jednotce.

Před nástupem na apalickou jednotku nebyla s pracovištěm seznámena. O stavu pacientů na jednotce nevěděla nic. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem nebyla informována. Informace získala až po nástupu na pracoviště.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že si budoucí sestry mohou uvědomit, co se všechno může v životě přihodit. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze připravit již v průběhu studia, a to seznámit je se základy specifik ošetrovatelské péče u těchto pacientů.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce nepracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, ale byla zde na praxi, avšak tuto praxi nevnímá jako přínos pro péči o apalické pacienty.

*Kazuistika respondentky č. 3: Odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 3, její věk je 40 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 20 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na interním oddělení.

Před nástupem na apalickou jednotku nevěděla vůbec, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni psychicky i fyzicky náročná, jako studentka (budoucí sestra) si neuvědomovala ani jednu z těchto náročností. Lze ale, dle jejího názoru, budoucí sestry o náročnosti informovat, a to nejlépe formou praxe na jednotce.

Před nástupem na apalickou jednotku nebyla s pracovištěm seznámena. O stavu pacientů na jednotce nevěděla nic, ani to, co je apalický syndrom. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem nebyla informována. Informace získala až po nástupu na pracoviště.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že budoucí sestry mohou poznat, co práce na této jednotce obnáší. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze připravit již v průběhu studia, a to seznámit je s chodem jednotky.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce nepracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, ani zde nebyla na praxi. Možnosti praxe na tomto pracovišti by využila z důvodu poznání práce u akutního lůžka.

*Kazuistika respondentky č. 4: Odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 4, její věk je 46 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 28 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na chirurgickém oddělení.

Před nástupem na apalickou jednotku nevěděla vůbec, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni fyzicky náročná, psychickou náročnost neguje, jako studentka (budoucí sestra) si tuto náročnost neuvědomovala. Lze ale, dle jejího názoru, budoucí sestry o náročnosti informovat, a to nejlépe formou praxe na jednotce.

Před nástupem na apalickou jednotku nebyla s pracovištěm seznámena. O stavu pacientů na jednotce věděla od kolegyň. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem byla informována spíše až po nástupu na pracoviště a to převážně kolegyněmi. Informace získala až po nástupu na pracoviště.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že budoucí sestry mohou získat přehled o jednotce. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze připravit již v průběhu studia.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce nepracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, ani zde nebyla na praxi. Možnosti praxe na tomto pracovišti by nevyužila, nevidí v ní přínos pro apalické pacienty.



*Kazuistika respondentky č. 5: Odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 5, její věk je 45 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 25 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na očním a rehabilitačním oddělení.

Před nástupem na apalickou jednotku nevěděla vůbec, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni psychicky i fyzicky náročná, jako studentka (budoucí sestra) si neuvědomovala ani jednu z těchto náročností. Lze ale, dle jejího názoru, budoucí sestry o náročnosti informovat, a to nejlépe formou praxe na jednotce.

Před nástupem na apalickou jednotku nebyla s pracovištěm seznámena. O stavu pacientů na jednotce nevěděla nic. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem byla informována částečně.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že budoucí sestry mohou získat pečlivost. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze částečně připravit již v průběhu studia.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce nepracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, ani zde nebyla na praxi. Možnosti praxe na tomto pracovišti by využila z důvodu poznání práce u akutního lůžka.

*Kazuistika respondentky č. 6: Odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 6, její věk je 37 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 6 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na chirurgickém oddělení.

Před nástupem na apalickou jednotku věděla, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni fyzicky náročná, psychickou náročnost neguje, jako studentka (budoucí sestra) si tuto náročnost neuvědomovala. Lze ale, dle jejího názoru, budoucí sestry o náročnosti informovat, a to nejlépe formou praxe na jednotce.

Před nástupem na apalickou jednotku byla s pracovištěm seznámena slovně od kolegyně-kamarádky. O stavu pacientů na jednotce nevěděla nic. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem byla informována částečně.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že budoucí sestry mohou získat přehled o chodu jednotky. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze připravit již v průběhu studia.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce nepracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, ani zde nebyla na praxi. Možnosti praxe na tomto pracovišti by nevyužila, nevidí v ní přínos pro apalické pacienty.

*Kazuistika respondentky č. 7: Odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 7, její věk je 35 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 11 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na urologickém oddělení.

Před nástupem na apalickou jednotku nevěděla vůbec, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni psychicky i fyzicky náročná, jako studentka (budoucí sestra) si neuvědomovala ani jednu z těchto náročností. Lze ale, dle jejího názoru, budoucí sestry o náročnosti informovat, a to nejlépe formou praxe na jednotce.

Před nástupem na apalickou jednotku nebyla s pracovištěm seznámena. O stavu pacientů na jednotce nevěděla nic. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem byla informována spíše až po nástupu na pracoviště a to převážně kolegyněmi.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že se budoucí sestry seznámí s náročností této práce. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze připravit již v průběhu studia.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce nepracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, ale byla zde na praxi, avšak tuto praxi nevnímá jako přínos pro péči o apalické pacienty.

*Kazuistika respondentky č. 8: Odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 8, její věk je 56 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 37 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na interním oddělení a oddělení následné péče.

Před nástupem na apalickou jednotku věděla, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni psychicky i fyzicky náročná, jako studentka (budoucí sestra) si neuvědomovala ani jednu z těchto náročností. Lze ale, dle jejího názoru, budoucí sestry o náročnosti informovat, a to nejlépe formou praxe na jednotce.

Před nástupem na apalickou jednotku byla s pracovištěm seznámena. O stavu pacientů na jednotce byla informována. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem byla informována částečně.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že budoucí sestry mohou získat přehled o chodu jednotky. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze připravit již v průběhu studia.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce nepracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, ani zde nebyla na praxi. Možnosti praxe na tomto pracovišti by nevyužila, nevidí v ní přínos pro apalické pacienty.

*Kazuistika respondentky č. 9: Odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 9, její věk je 37 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 18 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na interním a chirurgickém oddělení.

Před nástupem na apalickou jednotku věděla, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni psychicky i fyzicky náročná, jako studentka (budoucí sestra) si neuvědomovala ani jednu z těchto náročností. Lze ale, dle jejího názoru, budoucí sestry o náročnosti informovat, a to nejlépe formou praxe na jednotce.

Před nástupem na apalickou jednotku byla s pracovištěm seznámena. O stavu pacientů na jednotce byla informována. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem byla informována částečně.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že budoucí sestry mohou zvážit, zda je pro ně tato práce vhodná. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze připravit již v průběhu studia.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce nepracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, ale byla zde na praxi, avšak tuto praxi nevnímá jako přínos pro péči o apalické pacienty.

*Kazuistika respondentky č. 10: Odpovědi respondentky shrnuté ve strukturované kazuistice*

Respondentka č. 10, její věk je 34 let, nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské, ukončené maturitou. V praxi jako všeobecná sestra pracuje 10 let. Během studia neměla možnost se seznámit s existencí apalické jednotky. Před umístněním na apalickou jednotku pracovala na oddělení následné péče.

Před nástupem na apalickou jednotku věděla, co práce na jednotce obnáší. Práce je pro ni psychicky i fyzicky náročná, jako studentka (budoucí sestra) si neuvědomovala ani jednu z těchto náročností. Lze ale, dle jejího názoru, budoucí sestry o náročnosti informovat, a to nejlépe formou praxe na jednotce.

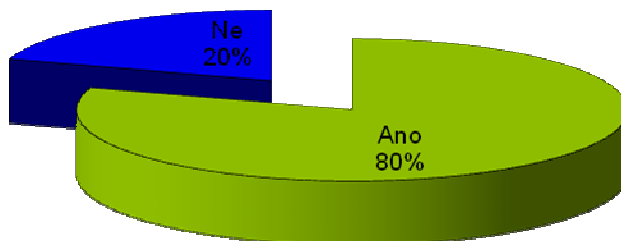
Před nástupem na apalickou jednotku byla s pracovištěm seznámena. O stavu pacientů na jednotce byla informována. O specifikách ošetrovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem byla informována částečně.

Myslí si, že praxe budoucích sester na této jednotce je v rámci školní praxe vhodná zejména proto, že budoucí sestry mohou získat přehled o chodu jednotky. Uvádí, že budoucí sestry na práci na apalické jednotce lze připravit již v průběhu studia.

Před nástupem do pracovního poměru na apalické jednotce nepracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, ani zde nebyla na praxi. Možnosti praxe na tomto pracovišti by nevyužila, nevidí v ní přínos pro apalické pacienty.

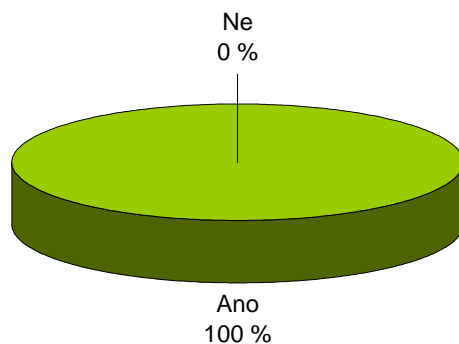
#### 4.2.2 Grafické znázornění

**Graf 26 Psychická náročnost (v %)**



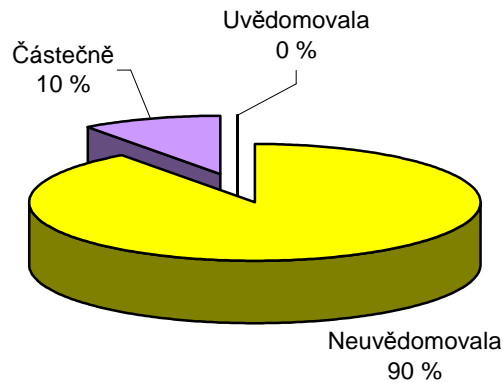
Graf informuje o psychické zátěži respondentů na apalické jednotce. 8 (80 %) respondentů vnímá svou práci na apalické jednotce jako psychicky náročnou. 2 (20 %) respondenti ji za psychicky náročnou nepovažují.

**Graf 27 Fyzická náročnost (v %)**



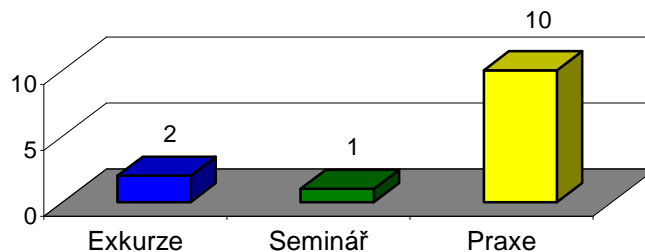
Graf vyjadřuje názor respondentů na fyzickou zátěž na apalické jednotce. 10 (100 %) respondentů pociťuje práci na apalické jednotce jako fyzicky náročnou. Žádný (0 %) respondent nevnímá tuto práci jako fyzicky nenáročnou.

**Graf 28 Náročnost z pohledu budoucí sestry (v %)**



Graf odráží informovanost respondentů jako budoucích sester o náročnosti poskytování specifické péče apalickým pacientům. 9 (90%) respondentů si jako budoucí sestry neuvěřdomovali náročnost poskytování specifické ošetrovatelské péče apalickým pacientům. 1 (10%) respondent si tuto náročnost připouštěl částečně. Náročnost této péče si uvěřdomovalo 0 (0%) z respondentů.

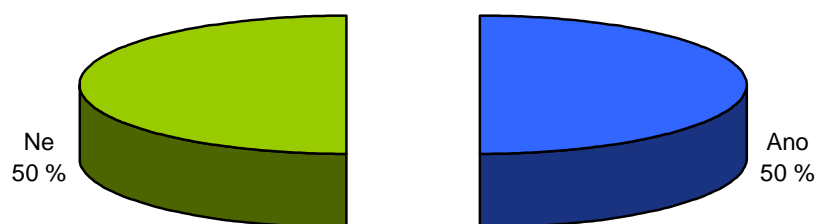
**Graf 29 Jak informovat o náročnosti budoucí sestry (v absolutních hodnotách)**



Graf mapuje názor respondentů na možnosti, jak nejlépe informovat budoucí sestry o náročnosti poskytování specifické péče u apalických pacientů. 10 respondentů si myslí, že nejlépe o této náročnosti informuje praxe na apalické jednotce. 2 z respondentů zastává názor, že nejlépe o náročnosti péče informuje exkurze na jednotce a 1 respondent by volil jako nejlepší možnost informovat budoucí sestry o náročnosti specifické péče u apalického pacienta seminář.

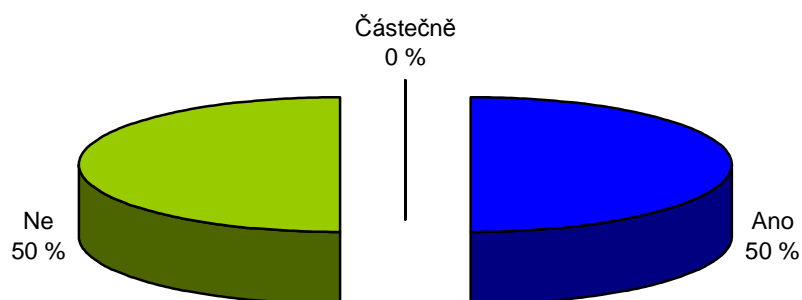


**Graf 30 Seznámení s pracovištěm (v %)**



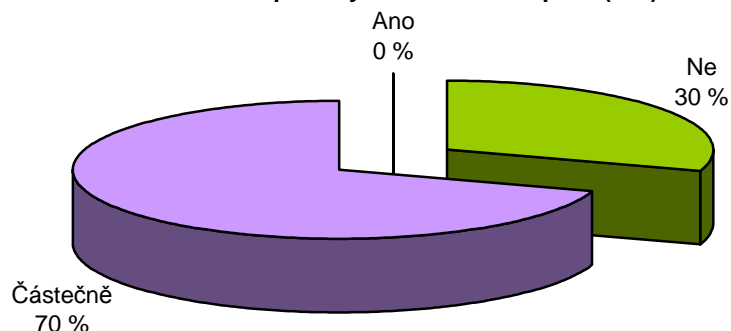
Graf uvádí, zda byli respondenti před nástupem na apalickou jednotku s touto jednotkou seznámeni. 5 (50 %) respondentů uvedlo odpověď NE. 5 (50 %) respondentů odpovědělo ANO.

**Graf 31 Seznámení se stavem pacientů (v %)**



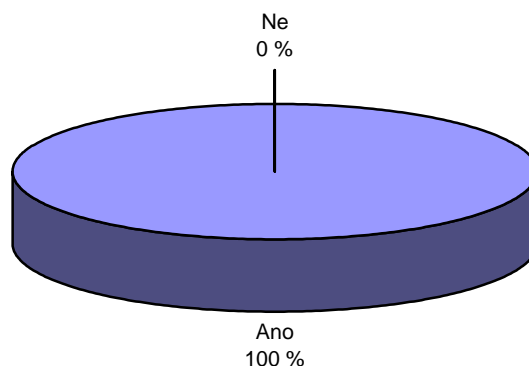
Graf informuje o tom, jestli respondenti před nástupem na apalickou jednotku byli seznámeni se stavem, v kterém se pacienti nachází (apalický syndrom). 5 (50 %) respondentů udalo, že se stavem apalických pacientů nebylo seznámeno. 5 (50 %) uvedlo, že se stavem pacientů s apalickým syndromem seznámeni byli. Žádný (0 %) z respondentů nebyl informován o stavu pacientů částečně.

**Graf 32 Seznámení se specifiky ošetrovateľskej péče (v %)**



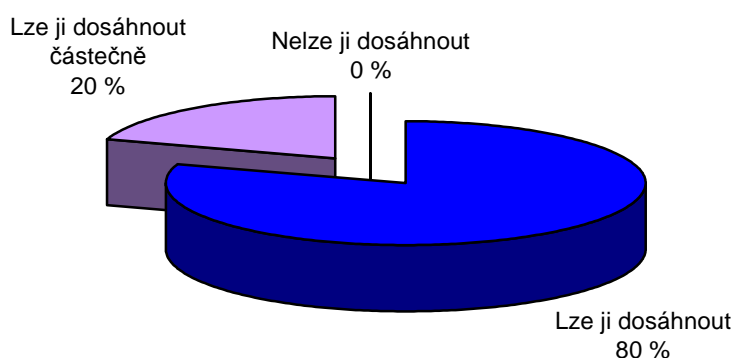
Graf popisuje informovanosť respondentů pred nástupem na apalickou jednotku o špecifikách ošetrovateľskej péče u apalických pacientů. 7 (70 %) respondentů označilo svoju informovanosť v tejto oblasti jakočastečnou. 3 (30 %) respondenti nebylo o špecifikách péče informováni vůbec a nikdo (0 %) z respondentů nevedl, že by byl o špecifikách ošetrovateľskej péče u apalických pacientů informován.

**Graf 33 Možnosti školní praxe na apalické jednotce (v %)**



Graf vyjadruje možnosti školní praxe respondentů na apalické jednotce. 10 (100 %) respondentů NEMĚLO možnost praktikovat na apalické jednotce během studia. Žádný (0 %) z respondentů nevedl, že tuto možnost MĚL.

**Graf 34 Přípravenost budoucích sester (v %)**



Graf informuje o názoru respondentů, zda lze dosáhnout připravenosti budoucích sester na poskytování specifické ošetrovatelské péče u apalických pacientů. 8 (80 %) respondentů odpovědělo, že připravenosti budoucích sester dosáhnout lze. 2 (20 %) respondenti označili odpověď, že připravenosti lze dosáhnout částečně a žádný (0 %) respondent neodpověděl, že připravenosti nelze dosáhnout.

**Graf 35 Praxe na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (v %)**



Graf mapuje názor respondentů na přínosnost praxe na anesteziologicko-resuscitačním oddělení z hlediska poskytování specifické péče apalickým pacientům. 10 (100 %) respondentů nevnímá tuto praxi jako přínosnou. Žádný (0 %) respondent ne zvolil odpověď, že tato praxe je přínosem.

## 5. Diskuze

Téma připravenosti sester na poskytování specifické péče u apalických pacientů jsem si zvolila z důvodu jeho aktuálnosti. Apalický syndrom je závažným, nejen medicínským, ale i etickým a ekonomickým problémem (49). S vývojem stále modernější zdravotnické techniky pacientů s tímto syndromem přibývá. Jejich závislost na péči zdravotnického personálu je plná a proto vyžaduje od sester kvalitní připravenost. Výsledky jsou zpracované na základě dotazníkové metody a metody rozhovoru. Cílem práce bylo zjistit rozdíl znalostí budoucích sester a sester o apalickém syndromu a o specifické péči u těchto pacientů. Dále možné faktory, které mohou ovlivnit připravenost sester na jimi poskytovanou specifickou péči těmto pacientům. Témata apalického syndromu, problematiky ošetrovatelského procesu u pacientů s tímto syndromem či vlivu těchto pacientů na zátěž sester, byla zpracována již v několika výzkumných šetřeních. Žádná z dostupných šetření se však nezabývala problémem připravenosti budoucích sester na tuto problematiku.

Úvodní tři otázky dotazníku měly identifikační charakter. Z tří cílových skupin čítajících 200 respondentů činila návratnost využitelných dotazníků u studujících sester na vyšších zdravotnických školách 67 % (134), u studujících sester na vysokých školách 76,5 % (153) a u pracujících sester činila návratnost 71 % (142) (graf 1). Kritérium, které muselo být splněno u studujících sester, byl poslední ročník studia. Věková struktura respondentů (graf 2) se pohybovala u studujících v 93 % ve věkovém rozmezí 21–30 let, u pracujících sester bylo věkové rozmezí širší. Nejpočetnější skupinou pak byly sestry mezi 31–40 ti lety a to 37,3 % (53). Poslední, identifikační otázkou bylo pohlaví respondentů (graf 3). V obou vybraných souborech tvořilo mužské pohlaví shodně 1,4 % souboru.

Jak již bylo řečeno, apalický syndrom je závažným problémem. A jelikož je tento stav závažný, není možné, aby s ním budoucí sestry během svého studia nebyly seznámeny. Nedílnou součástí tohoto stavu jsou jeho symptomy (79). Jedním z těchto symptomů je vigilní kóma, které je zvláštní poruchou vědomí, kdy je pacient při

současném bdění v kómatu. Termín vigilní kóma jako bdělé bezvědomí označilo 88,7 % sester (graf 4), oproti tomu pouze 77,4 % studujících. To může signalizovat, že budoucí sestry nerozlišují tolik mezi hlubokým bezvědomím a vigilním kómatem, jakožto jednoho ze symptomů apalického syndromu, jak ho vnímá K. Maršálková (49). Anebo nejsou budoucí sestry dostatečně seznámeny se specifiky a symptomy apalického syndromu. V porovnání skupin budoucích sester (graf 5) bylo pro nás mírně překvapující, že termín vigilní kóma je více znám studentům vyšších odborných škol zdravotnických 87,3 %. Výsledky této otázky potvrzují také odpovědi na otázku, dotazující se na klinický obraz pacientů s apalickým syndromem (graf 18). Sestry pracující s pacienty s apalickým syndromem jsou více znalé příznaků tohoto syndromu. Celkový počet odpovědí převyšuje počet odpovědí budoucích sester. Další otázkou je, proč 1,4 % sester pracujících s apalickými pacienty nezná pojem vigilní kóma.

Pokud budoucí sestra bude dostatečně seznámena s klinickým obrazem pacientů s apalickým syndromem (graf 18), bude moci poskytovat kvalitnější ošetrovatelskou péči. Z hlediska klinického obrazu si budoucí sestry všímají nejvíce projevů neschopnosti spontánní motoriky (21,7 %) a toho, že pacient není schopen vyjádřit své myšlenky (22,8 %). Oproti tomu sestry pracující s apalickými pacienty označují nejčastěji nefixující bulby, jejich bloudivé pohyby (21,8 %) a dojem plného vědomí (19,8 %). Z výsledků celkových znalostí o klinickém obrazu pacientů s apalickým syndromem (graf 18) usuzujeme, že jejich větší znalost vykazují pracující sestry.

V tomto ohledu ale můžeme pro budoucí sestry něco udělat a pocítují to i sestry s apalickými pacienty pracující. Ony sami nejen navrhují, ale také potvrzují potřebnost praxe budoucích sester. Z hlediska pacientů s apalickým syndromem prvotně na apalických jednotkách, které jsou specializační jednotkou pro tyto pacienty, ale dle našeho názoru to nejsou pouze tyto jednotky, které poskytují kvalitní a specifickou ošetrovatelskou péči těmto pacientům. A budoucí sestry mají v tomto ohledu možnosti. Ano, základem stále zůstávají znalosti získané v teorii, ale při větší možnosti studentů (nynější možnosti udává graf 25) ošetřovat apalické pacienty během studia je možné tyto teorie využít v praxi a být více připraveni.

To potvrzují také výsledky rozhovorů. Ani jedna ze sester 100 % neměla plné informace v problematice poskytování specifické péče apalickým pacientům (graf 32) před nástupem na tuto jednotku. Ani informace o stavu apalických pacientů v 50 % (graf 31). Upozorňujeme zároveň na to, že ani jedna ze sester neměla možnost vykonávat praxi na této jednotce během studia. Možná právě proto využily nyní možnosti vyjádřit svůj názor na to, jak si myslí, že je vhodné připravit budoucí sestry na poskytování ošetrovatelské péče pacientům s apalickým syndromem. Všechny sestry 100 % (graf 34) jsou totiž shodně přesvědčeny o tom, že připravenosti dosáhnout lze, i když některé volily odpověď (20 %), že pouze částečně (graf 34). A vracíme se k již zmiňované praxi na apalických jednotkách. Všechny sestry souhlasí a podporují uskutečňování praxe budoucích sester na této jednotce v rámci školní praxe (graf 33). Jelikož všechny sestry tuto praxi uvádí jako jednu z možností, dle výsledků usuzují, že hlavní a zásadní v dosažení připravenosti budoucích sester na práci na apalické jednotce. Dalším pozitivním aspektem zůstává, že sestry samy tuto formu hodnotí tak, že jí lze prakticky využít. Je nutné zmínit skutečnost, že všechny školy opravdu nemají možnost přímo apalických jednotek, ale jak již bylo také řečeno, lze využít i jiných oddělení hospitalizujících, a to většinou dlouhodobě, pacienty s apalickým syndromem.

Nejen důsledkem, ale také projevem apalického syndromu je pak patologické postavení končetin u apalického pacienta (graf 19). K. Maršálková uvádí, že jedním z projevů apalického syndromu je decerebrační či dekortikační držení končetin (49). Dále pak M. Lippertová-Grúberová (45) upřesňuje, že horní končetiny pacienta se nacházejí ve spastické flexi, dolní končetiny ve většině případů v extenzi a plantární flexi nebo horní i dolní končetiny v extenzi. Přičemž nejvíce sester budoucích (66,8 %) i pracujících (60,7 %) shodně označilo jako nejčastější postavení horních končetin či všech končetin ve spastické flexi. Z počtu odpovědí vyplývá, že sestry, které pracují s apalickými pacienty měly ve své praxi možnost poznání většího rozsahu patologického postavení končetin.

Hovoříme-li o příčinách, jejichž důsledkem je apalický syndrom, nejčastěji označenou odpovědí u obou porovnávaných souborů respondentů (graf 6) byla kraniocerebrální poranění. Tuto příčinu také jako nejčastější uvádí K. Dlask (9), ale i F. Koukolík (36). Z celkového počtu odpovědí dále vyplývá, že větší spektrum příčin označily sestry, které s apalickými pacienty pracují. V porovnání skupin budoucích sester (graf 7) jsme došli ke zjištění, že studenti bakalářského studia jsou o příčinách apalického syndromu více informováni, než studenti vyšších odborných škol zdravotnických.

*Na základě výše uvedených poznatků byla potvrzena hypotéza 1: Budoucí sestry mají méně teoretických znalostí o apalickém syndromu než sestry pracující s apalickými pacienty.*

*Hypotéza 1 byla souborem respondentů verifikována.*

Z pohledu pacientů s apalickým syndromem je sestra tím nejdůležitějším člověkem, a to z důvodu jejich většinou plné závislosti na ní a na její ošetrovatelské péči. Jak ona sama vnímá apalický syndrom může do jisté míry ovlivnit její rozhodování a vůbec její vztah k pacientovi a jeho stavu. Apalický syndrom jako stagnující stav označila nadpoloviční většina obou skupin (graf 8). Budoucí sestry v 58,2 %. Znamená to, že budoucí sestry považují pacienty s apalickým syndromem převážně za pacienty, jejichž stav zůstává neměnný. J. Drábková (12) vidí apalický syndrom jako dynamický stav, nikoliv statický. I další literatura vnímá tyto pacienty jako těžce nemocné a ne jako pacienty neuzdravitelné (45). J. Drábková dále zmiňuje (12), že již Gerstenbrand před desetiletími popsal a potvrdil u části pacientů s apalickým syndromem příznivý vývoj. Také zastával názor, že tento vývoj může být ovlivněn zčásti původním inzultem, ale i systematickou psychosomatickou péčí nebo naopak jejím nedostatkem. To může ovlivnit i dnešní pacienty. Jestliže budou budoucí sestry k apalickým pacientům přistupovat jako k těm, jejichž stav je neměnný, mohou částečně zanedbat zejména jejich psychosociální složku a tím se podílet na zhoršení jejich stavu. To platí také o 54,2 % sester, které péči apalickým pacientům již poskytují. Proto je

také prospěšná znalost sester, jak budoucích, tak o tyto pacienty pečujících, fází apalického syndromu a jejich projevech. Neboť nedojde-li k včasné reakci na vývoj stavu ze strany sestry, dochází dle J. Drábkové (12) k pacientovu ustrnutí a velkému snížení možnosti jeho zlepšení či uzdravení. Dále J. Drábková také uvádí (12), že ke změnám vývoje dochází zejména do tří měsíců, kdy jsou změny zároveň nejrychlejší. Dále se vývoj zpomaluje. Jedním z důvodů, proč je procento sester pracujících s apalickými klienty, které označují stav jako stagnující (graf 8) o něco menší, než u sester budoucích, mohou být také zkušenosti s vývojem syndromu a zlepšením jejich pacientů, což dokládá také E. Váňová a L. Tolarová (78). Tento výsledek může také znamenat, že sestry pracující s apalickými klienty vkládají do práce s nimi naději a společné úsilí, které má vést k větší naději pro pacienty a jejich rodiny, usilující o návrat nemocného k plnohodnotnému životu (49).

Nadpoloviční většina respondentů z obou souborů se setkává s apalickým pacientem spíše po odeznění akutního stádia. Soudíme tak dle toho, že většina odpovědí v rámci dotazu na zajištění dýchacích cest u těchto klientů byla, že dýchací cesty jsou zajištěny tracheostomickou kanylou (graf 12). Tuto domněnku, že jde ve většině o stav již dlouhodobý, také potvrzuje fakt, že tito pacienti jsou v silné většině schopni ventilace buď samostatně či pouze s podporou umělé plicní ventilace (graf 11).

Rehabilitační ošetřování je nedílnou součástí ošetřovatelské péče u pacientů s apalickým syndromem. 2,4 % budoucích sester odpovědělo, že pacienti s apalickým syndromem zaujímají aktivní polohu (graf 15). Oproti tomu pracující sestry tuto odpověď zvolily v 0 %. Důsledkem toho může být ze strany budoucích sester nejen neuvědomění si souvislosti s nutností prevence proleženin, ale přímo snížená ošetřovatelská péče v rámci prevence proleženin, ale také v prevenci vzniku deformit, svalových kontraktur, dekubitů a omezeného pohybu v kloubech (30).

V rozporu s výsledky o poloze pacienta v lůžku (graf 15) jsou výsledky dotazující se na příznaky apalického syndromu (graf 18). Zde uvedlo jako jeden z hlavních projevů 21,7 % budoucích sester právě neschopnost spontánní motoriky



pacientů. Oproti tomu sestry pracující s apalickými pacienty uvedly tento symptom v 14,5 %. Příčinou tohoto jevu může být, že budoucí sestry nevnímají pasivní polohu pacientů jako důsledek vymizení schopnosti spontánní motoriky. E. Klusoňová a J. Pitnerová (33) uvádějí, že pasivní pohyby jsou pohyby, které provádí jiná osoba či přístroj. Přičemž cílem pasivního pohybu dle G. Kapounové (30) je udržení nebo zvětšení kloubní pohyblivosti, protáhnutí zkrácených svalů, zabránění vzniku kontraktur a dochází díky nim k zachování činnosti nervových drah a spojů v řízení hybnosti (63). Dále pasivní pohyby provádějí sestry při každé manipulaci s pacientem v rámci hygieny nebo polohování (33). Nadpoloviční většina sester budoucích 98,4 % i pracujících s pacienty s apalickým syndromem 98,1 % zná pojem pasivní pohyby (graf 9). Neschopnost aktivních pohybů vede u pacientů s apalickým syndromem k inaktivitě, která nese s sebou potencionální vznik mnoha komplikací. Jednou z komplikací, kterou zmiňuje M. Kuzníková (43) jako komplikaci gastrointestinální je obstipace. Taktéž pracující sestry v 85,9 % označují tuto komplikaci jako nejčastější (graf 13). Budoucí sestry uvádí zácpu méně a to v 63,1 %, o to více 24,7 % volí odpověď paradoxního průjmu, který je spíše následkem zácpy. Z toho můžeme usuzovat, že budoucí sestry by měli věnovat větší pozornost možným komplikacím apalického syndromu a reagovat včas na jejich možné projevy. V porovnání skupin budoucích sester (graf 14) bylo zjištěno, že více studentek bakalářského studia 35,9 % volilo odpověď paradoxní průjem.

Aspektem, který se podílí na celkovém stavu a možných komplikacích je také možnost příjmu potravy pacientů s apalickým syndromem. Sestry pracující s těmito pacienty 21,4 %, častěji pečují o pacienty, kteří jsou schopni přijímat stravu per os alespoň v minimálním množství (graf 10). Pro budoucí sestry je tato možnost u pacientů uváděna v daleko menší míře 3,5 %. Může to signalizovat, že budoucí sestry se s klienty střetávají častěji v akutní fázi a proto nemohou vidět tyto pacienty přijímat stravu per os. To může potvrzovat také již zmiňované výsledky, že budoucí sestry v menším počtu uvádí možnost vývoje apalického syndromu (graf 8), v tomto případě zjevně k jeho zlepšení. Opět vyšší počet odpovědí může potvrzovat naši domněnku, že sestry pracující

s apalickými pacienty mají větší znalost možností a využití podávání stravy těmito pacientům.

*Na základě těchto výsledků byla potvrzena hypotéza 2: Budoucí sestry mají méně teoretických znalostí o specifické péči poskytované pacientům s apalickým syndromem než sestry, které s těmito pacienty pracují.*

*Hypotéza 2 byla souborem respondentů verifikována.*

Dalším pro nás trochu překvapujícím výsledkem bylo zjištění, že více pracujících sester 60,6 % označilo komunikaci s apalickým pacientem jako komunikaci pasivní (graf 16). Tato komunikace dle G. Kapounové (30) vychází pouze ze strany sestry. Ta pacienta oslovuje, se vším ho seznamuje a hovoří na něj během ošetrovatelských výkonů, ovšem bez zpětné vazby. Neznamená to, že by budoucí sestry neznaly tento pojem, ale jelikož komunikaci s apalickým pacientem vnímají spíše jako aktivní 50,2 %, mohou být více psychicky zatíženy po zjištění, že na tuto komunikaci není zpětná vazba pacienta. A to může mít dále vliv na poskytování ošetrovatelské péče samotnému pacientovi. Neboť chybí-li zpětná vazba, je poskytování péče náročnější. O to více je komunikace s tímto pacientem důležitější, neboť může mít vliv na obnovu nejen mozkových funkcí pacienta, ale také na jeho psychosociální složku (49). Ke znalostem o komunikaci bychom také zařadili péči o prostředí pacienta, které může mít vliv na jeho psychickou složku.

Zde bychom opět využily výsledků získaných z rozhovorů se sestrami. Chceme-li hovořit o zátěži sester na apalické jednotce, je třeba tuto zátěž blíže specifikovat a rozdělit na dvě základní skupiny. Jedná se o zátěž psychickou a fyzickou. V bakalářské práci (61), jejímž cílem bylo hodnocení náročnosti práce sester u apalických pacientů, z hlediska fyzické a psychické zátěže, bylo zjištěno, že u těchto sester na apalických jednotkách převládá fyzické zatížení. Tento fakt vyplývá také z výsledků našich rozhovorů, kde práci jako fyzicky náročnou uvedlo 100 % respondentů (graf 27). Psychická zátěž není označována sestrami tak často 80 % (graf 26). Problematika zátěže

sester jako takových je pak tématem mnoha provedených a dostupných výzkumných šetření. Nad čím je potřeba se zamyslet je to, že tuto náročnost specifické péče apalickým pacientům si budoucí sestry neuvědomují, nebo pouze částečně (graf 28). Proč tomu tak je, zůstává otázkou. A opět se vracíme k praxi na klinických pracovištích během studia. Také zde v této problematice je její nezastupitelné místo. A myslíme si, že právě v průběhu praxe mají budoucí sestry možnost se seznámit se zátěží ať psychickou či fyzickou. Zde je jedna z možností, jak na tuto zátěž upozorňovat, ale nejen na ni, také hlavně na možnosti její eliminace.

Součástí ošetrovatelské péče u apalického pacienta není pouze výše zmiňované. Protože se jedná o dlouhodobější stav, do ošetrovatelského procesu vstupuje také pacientova rodina. Sestra by měla umět s rodinou komunikovat ve prospěch pacienta. Se zapojením rodiny do ošetrovatelské péče souhlasí oba soubory respondentů (graf 20). U budoucích sester se ovšem ve větší míře 11,2 %, objevuje odpověď, že neví, zda je vhodné rodinu zapojit do ošetrovatelského procesu. Ve veškeré literatuře, která nám byla dostupná a zabývala se problematikou apalického syndromu z hlediska ošetrovatelské péče a zapojení rodiny pacienta, je zmiňována role a přínos rodiny jako kladný impuls směrem k pacientovi. Také sestry jak budoucí, tak pracující s klienty v šetření uvádějí, pokud odpověděli na zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu kladně (graf 21), že u pacientů může mít jejich zapojení vliv na zlepšení psychického stavu pacientů, kladně je také vnímán samotný kontakt pacienta s rodinou, a zejména sestry s těmito pacienty pracující preferují zapojení rodiny přímo do ošetrovatelského procesu. Proto je pro nás trochu zarážejícím zjištěním, že 2,8 % budoucích sester (graf 20) uvedlo, že není vhodné rodinu zapojovat. Usuzuji z toho, že budoucí sestry spíše neumí dostatečně využít komunikačních dovedností směrem k rodině pacienta, nebo se komunikace s rodinou s takto nemocným pacientem bojí.

Otázky 17, 18 mapují možnosti budoucích sester v poznání a seznámení se s pacienty s apalickým syndromem během studia. Toto zjištění je zajímavé, neboť 50,9 % budoucích sester mělo možnost se v průběhu studia setkat s pacientem s apalickým syndromem (graf 23), avšak pouze 39,0 % mělo možnost jej ošetrovat

(graf 25). Oproti tomu sestry nyní s těmito pacienty pracující měly možnost setkání v 53,5 % (graf 23) a ošetřování v 43,0 % (graf 25). Z čehož vyplývá, že dříve měly sestry o trochu větší možnost se s těmito pacienty nejen setkat v průběhu studia, ale tyto pacienty také ošetřovat. Tudíž možností, poskytovat těmto pacientům ošetrovatelskou péči, pro studenty spíše ubývá. Pravdou také je, že dříve měly sestry možnost tyto pacienty poznat spíše v akutní fázi a to nejčastěji na oddělení anesteziologicko-resuscitačním 32,9 % (graf 24). Nyní převažuje spíše poznání péče o tyto pacienty na apalických jednotkách či jednotkách chronické resuscitační a intenzivní péče 38,4 %, kde jsou pacienti po odeznění akutní fáze a je možné jim poskytovat právě specifickou ošetrovatelskou péči.

Tedy nadpoloviční většina budoucích sester 61,0 % neměla možnost v průběhu svého studia ošetřovat pacienta s apalickým syndromem (graf 25). Rovněž nadpoloviční většina sester pracujících s apalickými pacienty 57 % neošetřovala během studia pacienta s apalickým syndromem. Z těchto výsledků vyplývá, že ač je možnost poskytovat těmto pacientům ošetrovatelskou péči pro budoucí sestry poměrně velká, stále je většina budoucích sester, které tuto možnost neměly.

*Na základě uvedených odpovědí byla hypotéza 3: Sestry nemají možnost v průběhu svého studia ošetřovat apalického pacienta potvrzena.*

*Hypotéza 3 byla souborem respondentů verifikována.*

A k těmto poznatkům opět připojujeme údaje získané rozhovory. Ani jedna z dotazovaných sester 100 % nebyla seznámena během studia s existencí apalické jednotky. Polovina 50 % sester uvádí, že nebyla před nástupem na jednotku s pracovištěm seznámena (graf 30). Rovněž polovina sester 50 % konstatuje, že neměla dostatek informací ani znalostí o stavu, který apalický syndrom představuje (graf 31). Spíše bychom se mohli zamyslet nad tím, proč si sestry samy aktivně tyto informace nevyhledaly. Samostudium uvádí pouze jedna z nich. Další otázkou zůstává, zda tuto neinformovanost můžeme dávat do souvislosti se vzděláváním budoucích sester, jestliže

všechny respondentky před nástupem na tuto jednotku již pracovaly na jiných, různých odděleních.

Zkušenost dotazovaných sester na apalické jednotce s prací sester na anesteziologicko-resuscitačním oddělení není až tak velká 40 %. Avšak všechny tyto sestry 40 % uvádí, že tato zkušenost pro ně neměla přínos z hlediska poskytování ošetrovatelské péče u apalických pacientů (graf 35). Ani sestry bez zkušenosti na anesteziologicko-resuscitačním oddělení 60 % nepovažují tuto zkušenost potřebnou ke své práci na apalické jednotce.

Na základě zjištěných skutečností jsem dospěla k odpovědím na jednotlivé výzkumné otázky.

Otázka 1: Jsou budoucí sestry dostatečně seznámeny s psychickou i fyzickou náročností poskytování specifické péče apalickým pacientům?

*Na základě zjištěných poznatků mohu konstatovat, že budoucí sestry nejsou dostatečně seznámeny s náročností poskytování specifické péče apalickým pacientům.*

Otázka 2: Je představa o poskytování specifické péče u apalických pacientů vzdálena realitě?

*Z výzkumného šetření vyplývá, že budoucí sestry mají určité znalosti o poskytování specifické péče u apalických pacientů. Ovšem většina budoucích sester nemá možnost aplikovat tyto znalosti v praxi, nemá možnost přímo poskytovat ošetrovatelskou péči apalickým pacientům. Proto jejich představy o poskytování specifické péče mohou být do jisté míry zkresleny. Můžeme tedy předpokládat, že pro většinu budoucích sester je představa o poskytování specifické péče u apalických pacientů vzdálena realitě.*

Otázka 3: Lze dosáhnout připravenosti sester na práci na apalické jednotce?

*Na základě uvedených odpovědí mohu konstatovat, že sestry samy uvádějí, že připravenosti sester na práci na apalické jednotce dosáhnout lze, když ne plně, zcela určitě částečně. A to zejména pomocí praxe na apalických jednotkách, která by měla být součástí studia budoucích sester.*

Otázka 4: Je žádoucí praxe sester na ARO před nástupem do zaměstnaneckého poměru na apalické jednotce?

*Z výsledků získaných výzkumným šetřením vyplývá, že sestry nepovažují za přínosnou praxi na anesteziologicko-resuscitačním oddělení před nástupem na apalickou jednotku. Z toho lze vyvodit závěr, že tato praxe není z pohledu těchto sester ani žádoucí.*

Na základě výše uvedených poznatků můžeme dále konstatovat, že se podařilo identifikovat možné faktory, které mohou ovlivnit připravenost sester na poskytování specifické péče u apalických pacientů. Těmito faktory jsou zejména možnosti budoucích sester setkat se při studiu s apalickými pacienty a možnost těmto pacientům poskytovat specifickou ošetrovatelskou péči. Je-li to prováděno na apalických jednotkách, zcela jistě to bude pro budoucí sestry výhodou.

## 6. Závěr

Ošetrovatelská péče u apalického pacienta je jednou z nejnáročnějších. Klade velké nároky a požadavky na ošetrovatelský personál, hlavně pak na sestry. Proto je potřeba, aby sestry pracující s apalickými pacienty byly na poskytování ošetrovatelské péče, zejména pak na její specifčnosti, co nejlépe připraveny. Pouze tak je možné dosáhnout kvalitní ošetrovatelské péče u těchto pacientů.

Ve své práci jsem chtěla upozornit na problematiku budoucích sester z hlediska jejich připravenosti poskytovat specifickou ošetrovatelskou péči apalickým pacientům, zejména pak na specializovaných jednotkách, ale nejen na nich. A nalézt její možná řešení.

Cílem diplomové práce bylo zjistit rozdíl znalostí budoucích sester a sester o apalickém syndromu, zjistit rozdíl znalostí budoucích sester a sester o specifické péči u apalických pacientů a zjistit možné faktory, které mohou ovlivnit připravenost sester na poskytování specifické péče apalickým pacientům. Všechny cíle byly splněny.

Zvolila jsem 3 hypotézy.

Hypotéza 1 – Budoucí sestry mají méně teoretických znalostí o apalickém syndromu než sestry pracující s apalickými pacienty – byla potvrzena.

Hypotéza 2 – Budoucí sestry mají méně teoretických znalostí o specifické péči poskytované pacientům s apalickým syndromem než sestry, které s těmito pacienty pracují – byla potvrzena.

Hypotéza 3 – Sestry nemají možnost v průběhu svého studia ošetrovat apalického pacienta – byla potvrzena.

Položila jsem 4 výzkumné otázky.

Otázka 1 – Jsou budoucí sestry dostatečně seznámeny s psychickou i fyzickou náročností poskytování specifické péče apalickým pacientům?

Odpověď: Budoucí sestry nejsou dostatečně seznámeny s náročností poskytování specifické péče apalickým pacientům.

Otázka 2 – Je představa o poskytování specifické péče u apalických pacientů vzdálena realitě?

Odpověď: Pro většinu budoucích sester je představa o poskytování specifické péče u apalických pacientů vzdálena realitě.

Otázka 3 – Lze dosáhnout připravenosti sester na práci na apalické jednotce?

Odpověď: Sestry samy uvádějí, že připravenosti dosáhnout lze, jestliže ne plně, zcela určitě částečně. Zejména s využitím odborné praxe, která by měla být součástí studia budoucích sester.

Otázka 4 – Je žádoucí praxe sester na ARO před nástupem do zaměstnaneckého poměru na apalické jednotce?

Odpověď: Sestry nepovažují praxi na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, před nástupem na apalickou jednotku za žádoucí.

Hlavními faktory, které mohou ovlivnit připravenost sester na poskytování specifické péče apalickým pacientům, jsou zejména možnosti budoucích sester setkat se při studiu s apalickými pacienty a možnost těmto pacientům poskytovat specifickou ošetrovatelskou péči. Je-li to prováděno na apalických jednotkách, zcela jistě to bude pro budoucí sestry výhodou.

Připravenost budoucích sester v poskytování specifické péče apalickým pacientům je problematikou, která si zasluhuje naši pozornost. To, jak budou sestry připraveny na poskytování ošetrovatelské péče, se odráží nejen na její kvalitě, ale také na vztahu sester k jejich povolání a pacientovi. Proto je zapotřebí vnímat názory sester, které s apalickými pacienty pracují. Ony samy zdůrazňují potřebu kontaktu budoucích sester s těmito pacienty, nutnost zvýšení možností těmto pacientům poskytovat specifickou ošetrovatelskou péči již v době studia, zejména pak odbornou praxí. Ony samy nám poskytují a navrhují řešení, neboť tento problém vnímají a týká se i jich samotných. Vzdělávání a praxe v ošetrovatelství se vzájemně ovlivňují a úzce spolu souvisí. Vzdělání a praxe proto musí postupovat vpřed společně, v podmínkách



partnerství, sdílením stejných hodnot a cílů, se vzájemným respektem. Jen tak bude zajištěna kvalitní, přiměřeně efektivní a výkonná péče o pacienty (3).

Výsledky diplomové práce poukázaly na prozatímní nepřipravenost budoucích sester poskytovat specifickou ošetrovatelskou péči pacientům s apalickým syndromem, zároveň naznačily cestu, kterou je zapotřebí se ubírat. Tato zjištění lze využít při vzdělávání budoucích sester, ale zároveň poslouží zřizovatelům apalických jednotek či jednotek chronické resuscitační a intenzivní péče, jelikož mapují připravenost jejich budoucích zaměstnanců na specifickou ošetrovatelskou péči u apalických pacientů a zároveň poukazuje na její úskalí.

## **7. Klíčová slova**

Apalický pacient

Apalický syndrom

Budoucí sestry

Pracující sestry

Připravenost sester

Specifická ošetrovatelská péče

## 8. Literatura

1. ADAMS, B., HEROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. AMBER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
3. ANON. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: MZČR, 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
4. BAUMANOVÁ, Z. Zvládnutí etického chování - první krok k úspěchu. *Sestra*. Praha: 2009. roč. 19, č. 7–8, s. 30. ISSN 1210-0404.
5. BOHUŠOVÁ, B. Tracheostomie z pohledu ORL sestry. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 7-8, s. 36. ISSN 1210-0404.
6. Certifikovaný kurz [online]. [cit. 2009-10-15]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/6>
7. Certifikovaný kurz bazální stimulace [online]. [cit. 2009-10-28]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/1>
8. 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.
9. DLASK, K. Apalický syndrom u dětí. *Čes.-slov. Pediat.* Praha: 2000, roč. 55, č. 12, s. 777- 779. ISSN 0069-2328.
10. DOKOUPILOVÁ, H. Péče sestry o pacienty s apalickým syndromem. *Sestra*. Praha: 2000, roč. 10, č. 1, s. 17. ISSN1210-0404.
11. DRÁBKOVÁ, J. Ošetrovatelská péče u pacientů dlouhodobě závislých na resuscitační/intenzivní péči. *Sestra*. Praha: 2000, roč. 10, č. 4, s. 10–12. ISSN 1210-0404.
12. DRÁBKOVÁ, J. Mozek – alfa a omega života [online]. Praha: Zdravotnické noviny. [cit. 2009-10-29]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/mozek-alfa-a-omega-zivota-136491>
13. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

14. ELIÁŠOVÁ, B. Jak hovořit s pacienty a s jejich rodinami při dlouhodobé a nepříznivé prognóze? *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 5, *Příloha. Tematický sešit* č. 132, s. 32. ISSN 1210-0404.
15. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
16. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester [online]. [cit. 2009-10-28]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)
17. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osvěta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
18. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 60 s. ISBN neuvedeno.
19. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace. *Sestra*. Praha: 2000, roč. 10, č. 5, s. 6–9 . ISSN 1210-0404.
20. Glasgow Outcome Scale [online]. [cit. 2009-09-14]. Dostupné z: <http://www.trauma.org/archive/scores/gos.html>
21. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora praktický rádce pro sestru*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 240 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
22. GUČKOVÁ, M. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
23. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 5: Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
24. HLAVÁČOVÁ, H. Prevence a vznik dekubitů u pacientů v bezvědomí. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 7-8, s. 21–22 . ISSN 1210-0404.
25. HELLEROVÁ, M. Uvědomujeme si náročnost profese sester. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 6, s. 14–15 . ISSN 1210-0404.
26. HERNDON, R. *Hand book of Neurologie Rating Scales*, 2. vyd. New York: Demos Medical, 2006, 441 s. ISBN 1-888799-92-7.
27. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

28. JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č.7 – 8 , s. 18–19 . ISSN 1210-0404.
29. JURÁSKOVÁ, D. Nejen o nedostatku sester. *Florenc*, 2009, roč. 5, č. 1, s. 10–11. ISSN 1801-464- X.
30. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
31. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
32. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství III*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 196 s. ISBN 80-86073-98-X.
33. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.
34. KOLEKTIV AUTORŮ Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. Lékařské fakulty UK. *Základy ošetřování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
35. KOMAČEKOVÁ, D. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 7–8, s. 26–28. ISSN 1210-0404.
36. KOUKOLÍK, F. *Lidský mozek*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 451 s. ISBN 80-7178-632-2.
37. KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. 3. vyd. Praha: Galén, 2005. 263 s. ISBN 80-7262-314-1.
38. KOZIEROVÁ, B., ERBENOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
39. KREJČÍ, M. Chronická resuscitační péče a motivace pacienta. *Sestra*. Praha: 2001, roč. 11, č. 2, s. 13–14. ISSN 1210-0404.
40. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatelské techniky. Metodika sesterských činností*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-806-3202-2.
41. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.

42. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
43. KUZNÍKOVÁ, M. Ošetrovatelská péče o pacienta s apatickým syndromem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 5, s. 30–31. ISSN 1210-0404.
44. LENOCHOVÁ, E. Proč právě můj blízký? *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 2, s. 30. ISSN 1210-0404.
45. LIPPERTOVÁ-GRÚNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
46. LUKÁŠ, J. a kol. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0673-3.
47. MALÁ, A. Rodina a hospitalizace. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 2, s. 20. ISSN 1210-0404.
48. MARKOVÁ, M., FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrování pacientů s tracheostomií*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 101 s. ISBN 80-7013-445-3.
49. MARŠÁLKOVÁ, K. Apalický syndrom – vegetativní stav. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 1, *Příloha. Tematický sešit – Neurologie*, č. 125, s. 35. ISSN 1210-0404.
50. MERHAUTOVÁ, I. Celoživotní vzdělávání není pouze o kreditních bodech. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 10, s. 10. ISSN 1210-0404.
51. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
52. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
53. MILOTOVÁ, K., BENDÍKOVÁ, J. Péče o pacienty s apalickým syndromem a jeho specifika. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 73. ISSN 1210-0404.
54. MZ ČR a NCO NZO. Specializační vzdělávání. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 3, s. 16–18. ISSN 1210-0404.
55. NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. et al. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 368 s. ISBN 80-246-0502-3.

56. OZDEMIR, H., REZAKI, M. *Klüver-Bucy-like syndrome and frontal symptoms following cerebrovascular disease* [online]. [cit. 2009-11-21]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17566885>
57. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 80-247-1135-5.
58. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry, Koncepce českého ošetrovatelství, základní terminologie*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
59. PREISOLOVÁ, G. Parenterální výživa u kritických nemocných. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 7-8, Příloha. *Tematický sešit č. 138*, s. 73–75. ISSN 1210-0404.
60. PREVENCE A LÉČBA DEKUBITU – STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE č. 005, 2006 *Standardy Nemocnice České Budějovice, a.s.*
61. PROKEŠOVÁ, H. Posouzení psychické a fyzické zátěže sester v ošetřování klienta s apalickým syndromem. České Budějovice: Bakalářská práce ZSF JU, katedra ošetrovatelství, vedoucí práce Bc. Alena Polanová R. N. 2008.
62. PROŠKOVÁ, E. Celoživotní vzdělávání, zákony, vyhlášky, praxe... *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 17–18. ISSN 1210-0404.
63. REHABILITAČNÍ OŠETŘOVÁNÍ – STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE č. 033, 2008 *Standardy Nemocnice České Budějovice, a.s.*
64. REINDLOVÁ, V., BOGÁROVÁ, S. Přetížení zdravotnického pracovníka – ano, nebo ne? *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 12, s. 22–23. ISSN 1210-0404.
65. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
66. RUBIA VILA, FJ. *The remarkable symptoms of the temporal lobe dysfunction* [online]. [cit. 2009-11-21]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11783038>
67. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
68. SLEZÁKOVÁ, Z. *Neurologické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 161 s. ISBN 80-8063-218-9.

69. SMRČKA, M. a kol. *Poranění mozku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 272 s. ISBN 80-7169-820-2.
70. STAŇKOVÁ, M. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Praktické příručky pro sestry. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
71. STAŇKOVÁ, M. et al. České ošetrovatelství 13 Sestra a pacient (komunikace v praxi). Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II. Praktická příručka pro sestry. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
72. ŠIŠLÁKOVÁ, P. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*: Praha: 2006, roč. 16, č. 7-8, s. 20. ISSN 1210-0404.
73. ŠURÁŇOVÁ, E., VITÁSKOVÁ, R. Apalický syndrom jako ošetrovatelský problém. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 10, *Příloha. Tematický sešit* č. 164, s. 51. ISSN 1210-0404.
74. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCONZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-32-4.
75. TŘEŠKA, V. a kol. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 460 s. ISBN 80-247-0239-8.
76. TYRLÍKOVÁ, I. a kol. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2003. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
77. VALÁŠKOVÁ, D. Sestra stráví denně v předklonu 96 minut. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 12, s. 22. ISSN 1210-0404.
78. VÁŇOVÁ, E., TOLAROVÁ, L. Život po apalickém syndromu. *Sestra*. Praha: 2004. roč. 14, č. 1, *Příloha. Tematický sešit – Neurologie*, č. 125, s. 36–40. ISSN 1210-0404.
79. VÁŇOVÁ, E., VALENTOVÁ, K. Péče o permanentní močový katétr u neurologicky nemocných. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 11, s. 10–11. ISSN 1210-0404.
80. Věstník MZ částka 2/2006 – Rámcově vzdělávací programy [online]. [cit. 2009-10-28]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/108>
81. Věstník MZ částka 4/2007 - Rámcově vzdělávací programy [online]. [cit. 2009-10-28]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/108>



82. VĚTRÍČKOVÁ, P. Komplexní péče o pacienta ve vigilním komatu. *Florenc*. Praha: 2007, roč. 3, č. 1, s. 36–37. ISSN 1801-464-X.
83. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
84. Vyhláška č. 261/1997 Sb., kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázané všem ženám, těhotným ženám, matkám do konce devátého měsíce po porodu a mladistvým, a podmínky, za nichž mohou mladiství výjimečně tyto práce konat z důvodu přípravy na povolání, ve znění vyhlášky č.185/1998 Sb. 2009-09-16.
85. Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu 2009-09-18.
86. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků 2009-09-16.
87. Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání 2009-09-18.
88. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
89. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče 2009-09-18.

## **9. Přílohy**

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Rozhovor

Příloha 3 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů – stupnice Nortonové

Příloha 4 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů – Waterlow škála

Příloha 5 – Glasgowská stupnice hloubky vědomí

Příloha 6 – Glasgow Outcome Score

## Příloha 1 – Dotazník

Vážená kolegyně/kolego, obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. Jmenuji se Helena Prokešová. Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V diplomové práci se zabývám tématem připravenosti sester na poskytování specifické péče u apalických pacientů. Z tohoto důvodu Vás prosím o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Vaše odpovědi, prosím, označte křížkem. Případně, kde je označeno, doplňte vlastními slovy. Ujišťuji Vás, že dotazník je anonymní a veškeré údaje v něm uvedené užiji pouze pro svou práci. Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Bc. Helena Prokešová

### 1. Věk

- 18–20
- 21–30
- 31–40
- 41–50
- více než 50 let

### 2. Pohlaví

- Muž
- Žena

### 3. Pracovní zařazení

- studuji na Vyšší odborné škole
- studuji na Vysoké škole – bakalářské studium

- sestra – apalická jednotka, OCHRIP

4. Jak vysvětlíte termín vigilní kóma (coma vigile)?

- hluboké bezvědomí
- bdělé bezvědomí
- jinak – napište jak.....
- nevím

5. Apalický syndrom může být důsledkem (lze označit více odpovědí)

- kraniocerebrálního poranění
- neúrazové příhody ve spojení s mozkovou hypoxií
- infekčního postižení centrální nervové struktury
- metabolické příčiny
- mozkového krvácení
- rozsáhlé ischemie mozku

6. Apalický syndrom je stavem, který

- se vyvíjí
- stagnuje
- nevím

7. Za pasivní pohyby považujeme (lze označit více odpovědí)

- pohyby vykonávané jinou osobou
- pohyby vykonávané přístrojem
- pohyby vykonávané pacientem

8. Výživa je pacientům s apalickým syndromem podávána (lze označit více odpovědí)

- enterálně
- parenterálně
- per os
- nevím
- jinak – jak .....

9. Pacienti s apalickým syndromem dýchají

- s plnou umělou plicní ventilací
- s podporou umělé plicní ventilace
- spontánně, samostatně

10. U pacientů s apalickým syndromem jsou dýchací cesty nejčastěji zajištěny

- endotracheální kanylou
- tracheostomickou kanylou
- nemusí být zajištěny

11. Nejčastější poruchou vyprazdňování v důsledku inaktivity u pacientů s apalickým syndromem je

- průjem
- paradoxní průjem
- zácpa

12. Pacient s apalickým syndromem v lůžku zaujímá

- aktivní polohu
- pasivní polohu

13. U pacientů s apalickým syndromem používáme

- aktivní komunikaci
- žádnou komunikaci
- pasivní komunikaci

14. Do typického klinického obrazu pacienta s apalickým syndromem patří (lze označit více odpovědí)

- pacient není schopen spontánní motoriky
- pacient budí dojem plného vědomí
- bulby pacienta provádějí bloudivé pohyby a nefixují
- pacient není schopen vyjádřit své myšlenky
- pacient není schopen vyjádřit své pocity a náladu
- pacient není schopen emočních reakcí

15. Jaké je postavení končetin u pacientů s apalickým syndromem (lze označit více odpovědí)

- horní končetiny se nacházejí ve spastické flexi
- dolní končetiny se nacházejí v extenzi
- všechny končetiny se nacházejí v extenzi
- všechny končetiny se nacházejí ve spastické flexi

16. Je vhodné zapojit rodinu pacienta s apalickým syndromem do ošetrovatelské péče?

- ano
- ne
- nevím

Pokud jste odpověděli ano nebo ne, napište proč .....

17. Setkal/la jste se v průběhu studia s pacientem s apalickým syndromem?

- ano, uveďte prosím, na jakém oddělení.....
- ne

18. Měl/a jste v průběhu studia možnost ošetřovat pacienta s apalickým syndromem?

- ano
- ne

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 2 – Rozhovor

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
3. Délka Vaší praxe (let)?

**A.**

1. Byla jste seznámena během studia s existencí apalické jednotky?

NE                      ANO

2. Nastoupila jste po dokončení studia ihned na apalickou jednotku?

NE, uveďte prosím, předešlá oddělení .....

ANO

3. Věděla jste, před nástupem na apalickou jednotku, co práce na této jednotce obnáší?

NE, VŮBEC

ANO

ČÁSTEČNĚ

4. Je pro Vás práce na jednotce psychicky náročná?

NE

ANO, uvědomovala jste si tuto náročnost jako sestra studentka (budoucí sestra)?

5. Je pro Vás vaše práce fyzicky náročná?

NE

ANO, uvědomovala jste si tuto náročnost jako sestra studentka (budoucí sestra)?



6. Myslíte si, že lze informovat a seznámit budoucí sestry s náročností práce na této jednotce?

NE ANO, jak nejlépe? .....

**B.**

1. Než jste nastoupila na tuto jednotku, seznámil Vás někdo s pracovištěm předem?

NE ANO ČÁSTEČNĚ

2. Věděla jste, v jakém stavu se pacienti na této jednotce nacházejí?

NE ANO, jak jste informace získala? .....

3. Věděla jste, co tito pacienti potřebují?

NE, VŮBEC ANO ČÁSTEČNĚ

**C.**

1. Myslíte si, že je vhodná praxe budoucích sester, v rámci školní praxe, na této jednotce?

NE ANO

2. Myslíte si, že lze připravit sestry během studia na práci na apalické jednotce?

NE ANO ČÁSTEČNĚ

**D.**

Pracovala jste před nástupem do zaměstnaneckého poměru na apalické jednotce na oddělení ARO?

ANO, myslíte si, že to bylo pro nynější práci přínosem? NE ANO

NE, byla jste někdy na praxi na ARO oddělení?

ANO, myslíte si, že to bylo pro nynější práci přínosem?      NE      ANO

NE, chtěla byste ji uskutečnit, neboť si myslíte, že by pro Vás byla přínosem?

NE      ANO

**Máte nějakou radu pro budoucí sestry, které by chtěli pracovat na apalické jednotce?**

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 3 – Hodnocení rizika vzniku dekubitů – stupnice Nortonové

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Sehpnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita
úplná	4 do 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
malá	3 do 30	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
částečná	2 do 60	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
žádná	1 60+	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bez vědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

\* diabetes, horečka, anémie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod. Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

Jméno: ..... Celkové bodové hodnocení: ..... Datum: .....

Zdroj: Staňková, M. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelství (2006)



## Příloha 5 – Glasgowská stupnice hloubky vědomí

<b>Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí</b>		
<b>GCS (Glasgow Coma Scale)</b>		
<b>1. otevření očí</b>		
spontánní		4 body
na oslovení		3
na bolest		2
bez reakce		1
<b>2. slovní odpověď</b>		
orientovaná		5
zmatená		4
nekomunikuje		3
nesrozumitelné zvuky		2
žádná odpověď		1
<b>3. reakce na bolest</b>		
provede na příkaz pohyb		6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)		5
úniková reakce (pohyb od podnětu)		4
necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)		3
necílená extenze končetiny (decerebrační reakce)		2
nereaguje		1
<b>celkem</b>		-----
hodnocení:	15 – 13 bodů	lehká porucha vědomí
	12 – 9 bodů	střední porucha vědomí
	8 – 3 body	závažná porucha vědomí

Zdroj: Staňková, M. Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelství (2006)

## Příloha 6 – Glasgow Outcome Score

<b>Score</b>	<b>Rating</b>	<b>Definition</b>
5	Good Recovery	Resumption of normal life despite minor deficits
4	Moderate Disability	Disabled but independent. Can work in sheltered setting
3	Severe Disability	Conscious but disabled. Dependent for daily support
2	Persistent vegetative	Minimal responsiveness
1	Death	Non survival

Zdroj: <http://www.trauma.org/archive/scores/gos.html>

Příloha 7 – Glasgow Outcome Score – překlad

5	Dobré zotavení	opětovné osvojení běžných životních aktivit, avšak s případnými lehkými neurologickými či psychologickými výpadky.
4	Středně těžké postižení (postižený, ale nezávislý)	pacient je v běžném denním životě nezávislý. Mezi častá postižení u těchto pacientů patří různé stupně dysfázie, hemiparézie nebo ataxie a také intelektuální a paměťové výpadky a změny osobnosti.
3	Těžké postižení (pacient je při vědomí, ale postižený)	z důvodu duševního a nebo tělesného postižení je pacient v běžném životě odkázán na každodenní stálou pomoc jiných osob.
2	Přetrvávající vegetativní stav	pacient vykazuje absenci kortikálních funkcí
1	Úmrtí	smrt

Zdroj: HERNDON, R. *Hand book of Neurologic Rating Scales* (2006)