

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB APALICKÉHO PACIENTA Z POHLEDU
RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ A SESTRY JAKO SOUČÁST
OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Zdeňka Pavelková

2011

Autor:

Alexandra Daňková

Abstract

The apallic syndrome is a group of symptoms characteristic of a condition wherein the cerebral cortex ceases to govern the organism and only the brain stem remains effective. The condition is typical of a consciousness change known as the vigilant coma in which the patients' eyes move around without being able to fix on nearby persons or objects; the patients do not make any spontaneous movements and are unaware of both themselves and their surroundings, with which they cannot establish a contact.

Adopting the viewpoints of nurses and family members, this paper addresses the needs of apallic patients. The theoretical part, while describing the syndrome and human needs in general, deals in detail with what the apallic patients may require and how they should be nursed. Moreover, the theoretical part specifies the role of nurses at the apallic patients' bedside, the issues of their families, and those of the way in which the nurse is supposed to communicate with the family.

The paper aims to disclose the patients' needs; the level of their satisfaction; and the roles that nurses and families play in the care of apallic patients. These objectives yielded the following research questions: What needs of apallic patients should be met in the process of nursing? To what extent does the nursing process meet the needs? What role in the care of apallic patients should be assumed by nurses as assessed from their families' point of view? and What role in the care should be adopted by the family members themselves?

The set being surveyed consisted of 10 nurses deployed at the Intensive Care Units (5 nurses from the Internal Medicine Department ICU and 5 from the 2nd Aftercare Department ICU of the *České Budějovice* Hospital) and 5 family members of the patients. The required information was gathered using the method of qualitative research applied through semi-structured interviews held with the nurses and the family members. The investigation took place on the premises of both ICUs of the Hospital. Answers obtained from the persons in response to the partial research questions made it possible to accomplish the paper's objective.

The effort revealed certain deficiencies in the care being delivered. Not all the patients' needs were found properly satisfied, first and foremost psychosocial needs and those concerning activities. Such needs could be beneficially fulfilled with reliance on the concept of basal stimulation, a method not routinely used in the care. As follows from the interviews, in visiting their relatives the family members become depressed, and their emotions have not changed during the recent years.

The paper can be instrumental in improving the quality of care provided by nurses to the apallic patients and in communicating with their families.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Uspokojování potřeb apalického pacienta z pohledu rodinných příslušníků a sestry jako součást ošetrovatelského procesu“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

České Budějovice 3.5. 2011

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou vřele poděkovala paní Mgr Zdeňce Pavelkové za cenné rady, odborné vedení a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	3
1 SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Apalický syndrom	4
1.1.1 Iničiální symptomový komplex	4
1.1.1.1 Akutní mesencefalický syndrom	5
1.1.1.2 Přechodná fáze	6
1.1.1.3 Akutní bulbární syndrom	7
1.1.2 Přechodná fáze do apalického symptomového komplexu	7
1.1.3 Vlastní apalický symptomový komplex	8
1.2 Ošetrovatelský proces u apalického pacienta	9
1.2.1 Dělení a vyhodnocování lidských potřeb	10
1.3 Uspokojování potřeb apalického pacienta pomocí ošetrovatelské péče	11
1.3.1. Potřeba dýchání u apalického pacienta	11
1.3.2 Potřeba výživy u apalického pacienta	13
1.3.3 Potřeba vylučování u apalického pacienta	15
1.3.4 Potřeba aktivity u apalického pacienta	16
1.3.4.1 Dekubity u apalického pacienta	18
1.3.4.2 Polohování u apalického pacienta	19
1.3.5 Potřeba spánku a odpočinku u apalického pacienta	21
1.3.6 Potřeba hygieny u apalického pacienta	22
1.3.7 Potřeby jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky u apalického pacienta	24
1.3.8 Využití konceptu bazální stimulace v péči o apalického pacienta.	24
1.4 Role sestry v péči o apalického pacienta	26
1.5 Rodina apalického pacienta	27
1.6 Komunikace sestry s rodinou apalického pacienta	28
2 CÍLE PRÁCE A VYZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30

3 METODIKA.....	31
3.1 Metodika práce.....	31
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	31
4 VÝSLEDKY.....	32
4.1 Rozhovory se sestrami.....	32
4.1.1 Rozhovory se sestrami INT JIP.....	32
4.1.2 Rozhovory se sestrami JIP - ONP 2.....	43
4.1.3 Tabulky výsledků rozhovů se sestrami.....	52
4.2 Rozhovory s rodinnými příslušníky apalických pacientů.....	60
4.2.1 Tabulky výsledků rozhovorů s rodinnými příslušníky apalických pacientů.....	69
5 DISKUZE.....	77
6 ZÁVĚR.....	87
7 SEZNAM ZDROJŮ.....	89
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	92
9 PŘÍLOHY.....	93

ÚVOD

Pacienti s apalickým syndromem se objevují v našich nemocnicích stále častěji vlivem vývoje intenzivní medicíny. Někteří z nich byli kříšeni a v jejich chorobopisech stojí zmínka o úspěšné resuscitaci. Při boji o lidský život udělá resuscitační tým vše, co je v jeho silách, ale při hypoxii mozku trvajícím 5 minut je výsledkem pacient žijící, ale odkázaný na péči druhých, bez zájmu o okolní svět a bez schopnosti se s tímto světem kontaktovat.

Pacient s apalickým syndromem je v trvalém bezvědomí bez možnosti interakce s okolím, střídají se u něho cykly bdění a spánku, dochází k výpadku funkce mozkové kůry, přetrvává jen kmenová aktivita. Pacient přežívá jen za nepřetržité lékařské a ošetrovatelské péče.

Na pracovišti se s těmito pacienty pravidelně setkávám. Při pohledu na ně se nabízí celá řada otázek. Co takový člověk vnímá? Jakým způsobem s ním komunikovat? Jak s ním zacházet? A hlavně, má vůbec smysl se tím vším zabývat nebo stačí nemocného obsloužit bez úvahy nad jeho pocity a potřebami. Protože apalický pacient nemůže sdělit sestře své pocity ani požadavky a zároveň je zcela odkázan na její péči, stojí za to si všimnout, jaký vztah mají sestry k těmto pacientům a jakou péči jim nabízejí.

Cílem této práce je tedy zmapovat potřeby apalických pacientů a míru jejich saturace tak, jak je vnímají jednotlivé sestry. Mezi další cíle patří zjištění, jakou roli sehrávají v péči o apalického pacienta sestra a jeho rodinní příslušníci.

Výsledky šetření by měly upozornit na nedostatky v péči, kterou by bylo možné na jejich základě zkvalitnit.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Apalický syndrom

Poprvé se zmínil o apalickém syndromu (dále jen AS) Rosenblath v roce 1899, když popsal případ mladého provazolezce, který se při produkci zřítíl z lana umístěného ve čtyřmetrové výšce. Pacient zemřel přibližně po 8 měsících. Rosenblath ovšem nepoužil termín apalický syndrom, ale hovoří o „Bemerktswerter Fall von Hirneschütterung“ tedy o pozoruhodném případě otřesu mozku (27).

V roce 1940 popsal AS Kretschmer u pacienta s akutní encefalitidou a přichází také s jeho názvem. Později jej popsala celá řada autorů vždy v souvislosti s jinou etiologií, například roztroušenou sklerózou, intoxikacemi, po celkové anestézii, hypoglykemickém kómatu nebo mozkových tumorech (27).

V roce 1967 popsal AS Gerstenbrand, který v 60. letech minulého století otevřel ve Vídni oddělení pro apalické pacienty. Gerstenbrand uvádí dvě různé příčiny vzniku apalického syndromu a sice chronické změny postihující mozkovou tkáň a změny akutní, kam patří například kraniocerebrální poranění nebo stavy spojené s mozkovou hypoxií. Zatímco AS způsobený chronickým procesem považuje Gerstenbrand za ireverzibilní, u procesů akutních uvažuje o možnosti částečného nebo úplného uzdravení. Gerstenbrand rozlišuje v klinickém průběhu AS dvě stadia a to iniciální symptomový komplex a vlastní apalický symptomový komplex (27).

1.1.1 Iniciální symptomový komplex

Gerstenbrand rozeznává u iniciálního symptomového komplexu tři fáze a sice akutní mesencefalický syndrom, akutní bulbární syndrom a přechodné stádium (27).

1.1.1.1 Akutní mesencefalický syndrom

Akutní mesencefalický syndrom je podle Gerstenbranda možno rozdělit do čtyř fází a u pacienta se sleduje stav vědomí, optomotorika, postavení končetin a svalový tonus a vegetativní funkce (27).

Stav vědomí se postupně zhoršuje, zpočátku je možno s pacientem navázat slovní kontakt, oči otvírá spontánně nebo po bolestivém podnětu, ve druhé fázi jsou oči zavřené a reakce na zevní podnět je zpomalená, ve třetí fázi se jedná o hlubší poruchu vědomí s trvale zavřenými očima, pacient nereaguje na žádné zevní podněty, výjimečně se objevují necílené obranné pohyby, ve čtvrté fázi se jedná o hluboké bezvědomí s reakcí jen na bolestivé podněty zpravidla v podobě decerebračního postavení trupu a končetin (27).

Z hlediska optomotoriky sledujeme zornice, které v první fázi reagují na osvit a jsou izokorické, objevují se bloudivé pohyby bulbů, ve druhé fázi se reakce na osvit snižuje a objevuje se bilaterální miosa, to znamená, že zornice obou očí jsou zúženy (27).

V této době se provádějí některé kmenové reflexy, které informují o funkci mozku kmene. Při okulocefalickém reflexu se otáčí hlavou pacienta ze strany na stranu a oční víčka jsou přidržována vyšetřujícím. Normální reakcí je vychýlení očních bulbů na opačnou stranu, než je pohyb hlavou. Při okulovestibulárním reflexu je pacientovi aplikováno do zevního vzduchovodu 10 až 20 ml ledové vody, normální reakcí je vychýlení bulbů ke straně vypláchnutí a nystagmus, pomocí kterého se oči navracejí do původní polohy. Korneální reflex se provádí pomocí dotyku štětičky na rohovku, normální reakcí je zavření obou očí. Ciliospinální reflex spočívá v dilataci obou zornic při tlaku na podklíčkovou krajinu. Všechny tyto reflexy jsou výbavné (27, 3, 24).

Třetí fáze je charakterizovaná miotickými zornicemi, které nereagují na osvit, ciliospinální reflex je slabě výbavný, okulocefalický reflex je výrazný, ve čtvrté fázi se objevuje mydriáza s minimální reakcí na osvit, ciliospinální reflex chybí, postavení bulbů je divergentní, korneální reflex lze vyvolat (27).

Postavení končetin se vyznačuje postupným vymizením spontánních pohybů a zvyšováním svalového tonu. V první fázi lze pozorovat takzvaného převalující se pohyby, svalový tonus zůstává normální, ve druhé fázi se převalující se pohyby objevují u horních končetin, dolní končetiny zůstávají natažené, odpovědi na bolestivý podnět jsou cílené nebo necílené obranné pohyby. Ve třetí fázi se objevuje dekortikační rigidita, to znamená flexe horních a extenze dolních končetin a svalový tonus je zvýšen. Babinského reflex je oboustranně pozitivní, což značí poruchu pyramidové dráhy. Provádí se poškrábáním okraje chodidla k malíku, při pozitivitě dojde k pomalé dorzální flexi palce. Ve čtvrté fázi se objevuje decerebrační rigidita, čili horní i dolní končetiny jsou v extenzi a to buď trvale nebo při reakci na zevní podnět. Svalový tonus je extrémně zvýšený (27, 22).

Nastává postupné selhávání center, která regulují vegetativní funkce. V první fázi dochází k lehce zrychlené srdeční frekvenci, ve druhé fázi se kromě zrychlené srdeční akce přidává zvýšená tělesná teplota, ve třetí fázi se tělesná teplota pohybuje nad 38°C, kromě srdeční akce se zrychluje také dechová frekvence a stoupá hodnota krevního tlaku, ve čtvrté fázi dochází k centrální deregulaci všech vegetativních funkcí a objevuje se tachykardie, tachypnoe, hypertermie, nadměrné pocení neboli hyperhidróza a nadále stoupá hodnota krevního tlaku (27).

1.1.1.2 Přejídná fáze

V tomto období je pacient v hlubokém bezvědomí, nereaguje na žádné podněty. Zornice jsou bilaterálně mydriatické bez reakce na osvit, reflexy ciliospinální, okulocefalický a konjunktivální jsou nevýbavné, částečně je výbavný korneální reflex, končetiny leží volně to znamená že zmizelo decerebrační postavení, svalový tonus se uvolňuje, vegetativní funkce se vrací k normálním hodnotám (27).

1.1.1.3 Akutní bulbární syndrom

Akutní bulbární syndrom je velice závažný stav, při kterém dochází k úplnému zhroucení mozkových funkcí a který zpravidla končí mozkovou smrtí. Pacient je v kómatu, z hlediska optomotoriky přetrvává bilaterální mydriáza, korneální reflex je nevybavný. Končetiny leží volně, svalový tonus se snižuje nebo zcela vymizí. Dochází k naprostému výpadku regulace mozkovými centry, objevují se poruchy až zástava dechu, hypotermie, zhroucení řízení oběhu, avšak srdeční autonomní činnost zůstává zachována. Trvá-li akutní bulbární syndrom 4 až 12 hodin, je ještě naděje na zlepšení stavu, zpravidla však dochází k ireverzibilním změnám v mozku a postupně k mozkové smrti (27).

1.1.2 Přechodná fáze do apalického symptomového komplexu

Pacienti s akutním mesencefalickým syndromem se mohou vyléčit, jejich stav může přejít do akutního bulbárního syndromu nebo se při dlouhodobém trvání akutního mesencefalického syndromu dostávají do přechodné fáze po níž následuje vlastní apalický syndrom. Přechodnou fázi Gerstenbrand rozděluje na coma prolongé, parasomnií a akinetický mutismus (27).

Coma prolongé se projevuje hlubokým bezvědomím, pacient nereaguje na zevní podněty. Decerebrační postavení končetin v tomto stadiu již odeznělo a objevuje se pouze při bolestivém podnětu. Svalový tonus je zvýšený a čím je vyšší, tím menší je naděje na příznivý vývoj stavu. Bulby jsou v divergentním postavení. Z hlediska vegetativních funkcí je přítomna zrychlená srdeční akce, tlak krve kolísá, objevuje se zvýšená tělesná teplota a hyperhidróza. Objevují se žvýkací automatismy (27).

Ve fázi parasomnie je pacient nadále v bezvědomí, má zavřené oči, bulby v divergentním postavení, zornice hůře reagují na osvit. Na bolestivý podnět se objevují necílené obranné pohyby. Žvýkací automatismy jsou ještě zřetelnější a objevuje se úchopový reflex na horních končetinách (27).

Ve fázi akinetického mutismu se objevuje typická porucha vědomí zvaná coma vigile. Objevují se stavy bdění, oči pacienta jsou otevřeny, typické jsou

bloudivé pohyby očních bulbů bez fixace. Horní končetiny zauímají flekční, dolní extenční postavení. Odpovědí na zevní podnět jsou pomalé obranné pohyby. Dochází také ke ztrátě hmotnosti, mohou se objevit dekubity (27, 22).

1.1.3 Vlastní apalický symptomový komplex

Nadále přetrvává coma vigile, pacient zírá před sebe, ale není schopen fixovat okolní předměty nebo osoby. „Pacient se nachází v zdánlivě paradoxním stavu: v kómatu při současném bdění (Strnad, 1987, s.40)“. Objevují se také období spánku, která nesouvisí s denní dobou. Zpočátku je fáze bdění velmi krátká, později se prodlužuje. Hluboký spánek, ze kterého je pacient jen těžce probuditelný se objevuje především po zátěži, jakým je hygiena nebo fyzioterapie (27).

Po zevním podráždění se u nemocného objevuje generalizovaná motorická odpověď horních i dolních končetin a trupu. Pro pohyby je typické, že jsou velmi pomalé, spontánní motorické pohyby zpravidla chybí. U pacienta se v tomto období nevyskytují diferencované emoční reakce, pouze reakce vegetativně motorické, které by neměly být vzájemně zaměňovány. Pro horní i dolní končetiny je typické flekční postavení, svalový tonus je nepřiměřeně zvýšený. Pokus o změnu polohy se zpravidla nedaří a dochází ke změnám na kloubech a svalech (27).

U pacienta lze pozorovat primitivní motorické šablony, nejčastěji orální automatismy, které se například po podráždění v orální oblasti projevují mlaskáním, polykáním, objevuje se magnetová reakce, kdy pacient koná pohyb hlavou ve směru podnětu nebo buldog reflex, při kterém pacient zachytí předmět zuby a odmítá jej pustit (27, 4).

Vegetativní funkce jsou labilní a dochází k ke změnám v tonu sympatiku a parasympatiku, takže dochází k výkyvům tělesné teploty, srdeční akce, změnám oběhu nebo šířky zornic. Z hlediska optomotoriky je snížena reakce zornic na osvit a postavení bulbů je nadále divergentní (27).

1.2 Ošetřovatelský proces u apalického pacienta

Před zavedením ošetřovatelského procesu do praxe se sesterská péče zaměřovala méně na nemocného člověka a více na jeho medicínský problém, sestry především plnily ordinace lékaře. Apalickému pacientovi však medicína již nemůže mnoho nabídnout, avšak sestra, která zkoumá potřeby člověka a snaží se je naplnit, je pro něj nepostradatelná. S ošetřovatelským procesem úzce souvisí ošetřovatelská diagnostika. Ošetřovatelská diagnóza je stanovením určitého zdravotního nebo sociálního problému, který sestra vyvozuje ze zkoumání zdravotního stavu apalického pacienta, z jeho reakcí, z rozhovoru s jeho blízkými a uvažuje o jeho stávajících problémech i o těch, které se mohou teprve objevit (18, 21).

Ošetřovatelský proces má pět částí a sice zhodnocení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Ve fázi posuzování sestra shromažďuje o svém pacientovi informace, apalický pacient však není schopen sdělovat své pocity slovně, proto sestra uplatní pozorování jeho projevů při každodenních ošetřovatelských úkonech, při návštěvách jeho rodiny a přátel, se kterými hovoří a snaží se získat o nemocném co nejvíce informací, na jejichž základě stanoví ošetřovatelské diagnózy aktuální nebo potenciální (18, 21).

Při sestavování ošetřovatelského plánu sestra uvažuje o tom, které diagnózy jsou pro apalického pacienta prioritní, stanovuje si cíle, kterých chce v péči dosáhnout a zároveň určuje také ošetřovatelské intervence, které ji pomohou dospět k žádoucím výsledkům. Sestra se musí zamyslet, kolik času bude ke splnění cílů potřebovat, jaký bude časový sled jednotlivých ošetřovatelských zásahů a jak dlouho mohou trvat. U apalického pacienta nelze plánovat závažná zlepšení, cílem jsou malé drobné změny, které postřehne jen ten, kdo pacienta dobře zná. Jedná se především o zajištění osobní pohody, pocitu jistoty a bezpečí, nebo předcházení vzniku komplikací (18, 21).

Čtvrtou fází ošetřovatelského procesu představuje realizace, kterou provádí sestra sama nebo jí může pověřit zdravotnického pracovníka pracujícího pod jejím odborným dohledem. Na závěr sestra srovnává stanovený výsledek se stavem

pacienta a hodnotí, zda očekávaných výsledků bylo dosaženo zcela, částečně, nebo se jejich splnění nedosáhlo popřípadě upravuje podle potřeby plán péče (18, 21).

1.2.1 Dělení a vyhodnocování lidských potřeb

Lidské potřeby souvisí s motivací, která dává směr lidskému chování a určuje jeho trvání. Potřeby lze rozdělit na základní, biologické, které jsou vrozené a psychosociální, které vycházejí z vrozených dispozic, ale vyvíjejí se v souvislosti s působením okolního prostředí na člověka (29, 28).

Lidskými potřebami se zabývala celá řada psychologů, mezi nimi také americký psycholog Abraham Harold Maslow, představitel humanistické psychologie. Do své hierarchie lidských potřeb zahrnul jak biologické tak psychosociální potřeby a seřadil je podle významu pro přežití. Maslow se domníval, že potřeby na vyšších stupních jeho žebříčku je možné uskutečňovat až po uspokojení základních biologických a jiných nižších potřeb. Podle Maslowa prochází člověk celý život vývojem a jeho potřeby se v jednotlivých životních obdobích a situacích mohou odlišovat. Člověk se celý život snaží své potřeby uspokojit, ale tohoto cíle nemusí být vždy dosaženo nebo je ho dosaženo pouze z části (18, 28).

Mezi základní fyziologické potřeby řadí Maslow vzduch, potravu a vodu, spánek a odpočinek, pohyb a udržení stálé teploty. Pokud jsou tyto základní potřeby uspokojeny, přichází na řadu otázka bezpečí a jistoty a to jak z fyzického tak psychologického hlediska. Na třetí příčce Maslowovy hierarchie se nachází potřeba sounáležitosti a lásky. Patří sem příslušnost k určité sociální skupině, potřeba založit rodinu, přijímat i poskytovat lásku. Následuje potřeba uznání a sebeúcty, která souvisí s pocitem nezávislosti, odpovědnosti, vztahem k sobě samému a také s uznáním, hodnocením a úctou ostatních. Na poslední příčce spočívá potřeba seberealizace, ve které jedinec usiluje o uplatnění svého potenciálu, je autonomní, to znamená nezávislý na názorech okolí, nepodléhá jeho tlaku, řídí se vlastními hodnotami a uplatňuje je v různých situacích (18, 28).

Maslowovou hierarchií potřeb se zabývali další psychologové, kteří ji různě modifikovali. Richard Kalish rozšířil Maslowovu hierarchii tím, že mezi fyziologické potřeby a potřeby bezpečí umístil potřebu sexu, činnosti, zkoumání, manipulace a novosti. Rita Atkinsonová doplnila potřeby estetické a kognitivní (18, 28).

Při vyhodnocování potřeb nemocného se vychází právě z Maslowovy hierarchie z ošetrovatelského Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové, který obsahuje třináct složek představujících jednotlivé součásti zdraví člověka. Patří sem podpora zdraví, výživa, vylučování, aktivita a odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, vztahy, sexualita, zvládání zátěže, životní principy, bezpečnost a ochrana, komfort, růst a vývoj. Těchto třináct položek odpovídá třinácti diagnostickým doménám v NANDA Taxonomii III (21).

1.3 Uspokojování potřeb apalického pacienta pomocí ošetrovatelské péče

Apalický pacient je zcela odkázán na péči sestry, která vyhodnocuje jeho potřeby a stanoví priority v ošetrovatelské péči. Její úloha je obtížná, protože s pacientem není možný slovní kontakt, všechny její závěry musí být odvozeny z pozorování pacienta a jeho reakcí na jednotlivé podněty prostředí. V poskytování péče je nutná trpělivost, zkušenost, znalost pacienta a zájem o jeho spokojenost.

Potřeby apalického pacienta se vlivem jeho stavu poněkud modifikují, patří mezi ně potřeby fyziologické čili potřeba dýchání, výživy, vylučování, aktivity, odpočinku a spánku a hygieny. Apalický pacient přes svou nemohoucnost navázat vztah s okolním světem se potřebuje cítit bezpečně a přestože nemůže vyjádřit sounáležitost ani lásku, jistě ji potřebuje vnímat od svých blízkých (14,6).

1.3.1. Potřeba dýchání u apalického pacienta

Apalický pacient leží v první fázi svého onemocnění na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, později je přeložen na jednotku intenzivní péče. Dýchací cesty má zpravidla zajištěny tracheostomií, která umožňovala připojení na umělou plicní ventilaci. Tracheostoma je otvor na přední straně krku ve výši

druhého a třetího tracheálního prstence a umožňuje přístup k dolním dýchacím cestám. V tracheostomatu je umístěna tracheostomická kanyla vyrobená zpravidla z plastu. Kanyla je napojena na nebulizátor, který přivádí k nemocnému zvlhčenou a ohřátou směs vzduchu a kyslíku a pomocí tkaničky je upevněna kolem krku nemocného a podložena sterilním čtvercem. Tracheostomická kanyla obsahuje obturační manžetu, která se naplňuje vzduchem pomocí injekční stříkačky a utěsňuje kanylu v průdušnici. Tlak v manžetě by se měl pohybovat mezi 20 až 36 torry a je třeba jej pravidelně měřit manometrem a při vyšší hodnotě vzduch upustit, aby nedošlo ke vzniku dekubitu. Sestra také pravidelně sleduje okolí stomatu, při zarudnutí jej ošetřuje dezinfekčním prostředkem nebo při dalších známkách zánětu použije metodu vlhkého hojení ran. Kanyla se vyměňuje podle standardu oddělení po 5 až 7 dnech, výměnu provádí lékař nebo sestra se specializací pro intenzivní péči. Při výměně nové tracheostomické kanyly hrozí náhlé uzavření dýchacích cest, trvá totiž 5 až 7 dní, než se vytvoří tracheostomický kanál (14,1).

K péči o pacienta s tracheostomií patří pravidelné odsávání sekretu z dýchacích cest podle potřeby nemocného. Odsávání se provádí katétrelem napojeným na odsávací zařízení přerušovaným podtlakem, katétr sestra drží pomocí pinzety. Všechny pomůcky jsou sterilní, sestra se chrání pomocí ústenky, pláště a rukavic. U nemocného je důležitá hygiena dutiny ústní, jejíž obsah může stékat do průdušnice nad obturační manžetu a může docházet k mikroaspiraci (14,6).

Snahou u každého pacienta s tracheostomií je její odstranění a navození fyziologického způsobu dýchání. Předpokladem je schopnost pacienta udržet průchodnost dýchacích cest, schopnost polykání, při kterém nesmí docházet k aspiraci a schopnost dostatečné expektorace. U apalických pacientů však právě kašlací a polykací reflex chybí, vědomí je změněno a proto v některých případech dekanylace není možná a pacientovi je tracheostomická kanyla ponechána trvale (14).

1.3.2 Potřeba výživy u apalického pacienta

Apalický pacient alespoň v počátečním stadiu není schopen přijímat potravu ústy. Výživa může být zprvu hrazena parenterálně, zpravidla do centrálního žilního katétru pomocí systému all-in-one, který je připravován přímo na oddělení, nebo pomocí vaků vyrobených komerčně. Parenterální výživa má zastoupeny všechny potřebné složky potravy, to znamená vodu, cukry, tuky, aminokyseliny, vitaminy a stopové prvky. Veškerá manipulace s vakem musí probíhat přísně asepticky, ať už se jedná o jeho přípravu nebo aplikaci do centrální žíly (14).

Později se přechází na enterální výživu podávanou pomocí žaludeční nebo enterální sondy. Nasogastrickou sondu zavádí sestra, pacient je posazen do zvýšené Fowlerovy polohy, sonda je zavedena nosním průduchem do žaludku. Správné zavedení sondy sestra zkontroluje insulací vzduchu pomocí Janettovy stříkačky do žaludku a zvuk vzduchu zkontroluje fonendoskopem položeným do oblasti žaludeční krajiny. Enterální sonda se zavádí metodou zaplavování nebo endoskopicky. Při zaplavování se sonda zavede dutinou nosní do žaludku, pacient se uloží na pravý bok a do sondy se aplikuje fyziologický roztok, poté je sonda posunuta pomocí mandrénu a tento proces se několikrát opakuje. Při této metodě je využita přirozená střevní peristaltika. Endoskopicky zavádí sondu lékař za asistence endoskopické sestry (14).

V současné době se k enterální výživě používají spíše komerčně upravené směsi. "Tyto přípravky musí mít vhodnou osmolalitu, definované nutriční nebo chemické složení proteinů, aminokyselin, sacharidů, vitaminů, minerálů, stopových prvků a musí splňovat velmi přísné mikrobiologické požadavky (Kapounová, 2007, s.64)". Nejčastěji se používají výrobky polymerní výživy, a to u pacientů, kteří mají zachovanou činnost trávicího traktu, neboť tato potrava je pouze zčásti natrávená. Oligopeptidová výživa má základní složky výživy zcela rozštěpeny, obsahuje disacharidy, oligosacharidy, bílkoviny, které jsou částečně hydrolyzovány a esenciální mastné kyseliny. Elementární výživa se používá u pacientů s resorpčními poruchami trávicího traktu a modifikovaná výživa má

léčebný účinek, jedná se o speciální výživu například při chorobách jater nebo při přetížení organismu (14).

Enterální výživa do sondy se může podávat bolusově Janettovou stříkačkou, zpravidla 50 až 250 ml, poté se sonda propláchne čajem a uzavře. Intermitentní podávání je možné samospádem nebo pomocí enterální pumpy, střídají se například 3 hodiny podávání a 2 hodiny lačnění. Kontinuální podávání se provádí enterální pumpou, rychlost určuje lékař, někdy se zavádí tak zvaná noční pauza, kdy se podávání výživy zastaví například mezi půlnocí a šestou hodinou ranní (14).

K povinnostem sestry patří pravidelné proplachování sondy čajem nebo sterilní vodou, sledování průchodnosti sondy, sledování vzniku otlaků u ústí nosní dutiny, sonda se pravidelně fixuje tak, aby vždy vyvíjela tlak v jiném místě. Pomocí proplachu sondy je pacient hydratován, proto podávání tekutin musí být dostatečné a vede se o něm záznam v ošetřovatelské dokumentaci (14).

Snahou v oblasti výživy u apalického pacienta je jeho převedení na potravu podávanou ústy čili perorální. Sestra se proto snaží o opatrné podávání potravy. Pacient sedí ve Fowlerově poloze, v případě tracheostomovaného pacienta sestra utěsní obturační manžetu, poté informuje pacienta o tom, že mu bude podávána strava. Potrava se volí kašovitá, nejlépe taková, kterou pacient preferoval před svým onemocněním, je možné požádat o spolupráci rodinu a nechat přinést stravu domácí. Sestra pozorně sleduje, zda pacient polyká, v opačném případě je třeba odstranit potravu z dutiny ústní popřípadě ji odsát, aby se předešlo aspiraci. V některých případech se podávání stravy nedaří neboť pacient odmítá otevřít ústa a tiskne zuby pevně k sobě, jindy jimi uchopí lžičku a nechce stisk povolit, jedná se o projev tak zvaného buldočího reflexu (14, 27, 10).

Nepřijímá-li pacient stravu ústy a výhledově je nutné zajišťovat umělou enterální výživu, vhodnější než trvale zavedená sonda je perkutánní endoskopická gastrostomie dále jen PEG. PEG zavádí gastroenterolog a jedná se o katétr zavedený do žaludku a odtud vyvedený přes stěnu břišní, který umožňuje podávání stravy přímo do žaludku. Po zavedení se katétr na 12 až 24 hodin napojí

na spádový sáček, později se do něj pomocí pumpy aplikuje umělá enterální výživa. Katétr se umísťuje na stěnu břišní ve směru pánve, aby nedocházelo k prořezávání úchytné hlavice skrz stěnu břišní. Dále se podkládá sterilním čtvercem, jeho okolí se dezinfikuje, sestra si všímá zarudnutí, otoku nebo sekretu v okolí katétru. Převaz se provádí 1x denně nebo podle standardu oddělení. Pacient s PEG není ohrožen aspirací žaludečního obsahu nebo vznikem dekubitů v důsledku tlaku sondy na sliznici nosní dutiny, PEG představuje pro pacienta vyšší komfort než sonda a je lépe tolerován (14).

1.3.3 Potřeba vylučování u apalického pacienta

U apalického pacienta je vždy přítomna inkontinence moči i stolice. Inkontinence moči je řešena zavedením permanentního močového katétru, nejčastěji se používá Foleyův katétr. Po jeho zavedení se jedna část napojí na sběrný sáček zavěšený po straně lůžka a do druhé části je aplikováno 10 ml sterilní vody, čímž se nafoukne balónek, který zabraňuje vyklouznutí katétru z močového měchýře. Ženě zavádí katétr sestra, muži lékař nebo sestra se specializací pro intenzivní péči. V rámci prevence vniknutí infekce do močových cest nemá být drenážní systém nikdy rozpojován, moč se vypouští otvorem ve spodní části močového sáčku, který se opět uzavírá. Výměna systému se provádí jednou za 21 dní nebo podle standardu oddělení, podle potřeby častěji. Sestra si všímá množství, barvy a zápachu moči, sleduje, zda nejsou přítomny patologické příměsi, sleduje průchodnost katétru (19,18).

Přestože permanentní močový katétr představuje vstupní bránu infekce, u apalického pacienta však zajišťuje určitý tělesný komfort, neboť pacient leží v suchém lůžku, jeho pokožka není vystavena působení moči, při kterém snadno dochází k poškození integrity kůže a hrozí vznik dekubitů (19,18).

Vylučování stolice u apalického pacienta je ztíženo vynucenou polohou na lůžku, ztrátou možnosti pohybu, což sebou přináší zpomalení střevní peristaltiky a riziko vzniku zácpy. Sestra sleduje počet stolic a vede příslušný záznam v dokumentaci. Pokud má pacient stolicí suchou a tvrdou, popřípadě stolice více

dní chybí, mluvíme o zácpě. V takovém případě je možné zvolit jinou formu umělé enterální výživy například takovou, která má vyšší obsah vlákniny, je třeba zajistit dostatečný příjem tekutin. K úpravě peristaltiky také přispívá vhodná fyzioterapie, v případě apalického pacienta pouze pasivní. Přítomnost ztvrdlé stolice v oblasti konečníku se nazývá skybala a projevuje se tak zvaným paradoxním průjmem, při kterém odchází řídká hlenovitá stolice, jež obtéká překážku v konečníku. V takovém případě je třeba provést manuální vybavení stolice, které provádí lékař nebo zkušená sestra (18, 28).

O průjmu hovoříme při velkém množství vodnatých několikrát za den se opakujících stolic, při kterých může docházet ke ztrátě vody a elektrolytů z organismu. V takovém případě je nutná rehydratace pomocí infuzní terapie, kterou stanoví lékař. Sestra provádí odběr vzorku stolice na vyšetření kultivace a citlivosti. Při průjmu dochází k opakovanému dráždění okolí konečníku a ke vzniku opruzenin. Sestra sleduje odchod stolice, kterou pravidelně odstraňuje, okolí konečníku udržuje v čistotě a používá prostředky k ochraně kožního krytu, například přípravky řady Menalind (28, 18, 5).

U apalického pacienta se často objevuje nadměrná plynatost neboli flatulence či meteorismus. Jedná se o nadměrné množství plynu ve střevech, kterých se za normálních okolností tvoří u zdravého člověka 7 až 10 l za den. Příčinou může být zácpa nebo zpomalení střevní peristaltiky a motility střeva vlivem imobilizace. Pokud plyny neodcházejí přirozenou cestou, podporuje se jejich odchod zavedením rektální rourky (18, 28).

1.3.4 Potřeba aktivity u apalického pacienta

Pohyb za normálních okolností umožňuje člověku autonomii, při jeho nedostatku dochází k závislosti na okolí a neschopnosti zajistit si sebekpěči. Pohyb apalického pacienta je výrazně omezen, jedná se jen o celkovou motorickou odpověď trupu a všech končetin na zevní podnět. Apalický pacient je výrazně ohrožen vznikem imobilizačního syndromu, který je reakcí organismu na

neschopnost pohybu a při kterém jsou ovlivněny všechny tělesné systémy (27, 28, 18).

U pohybového systému dochází ke změně svalové síly, která se zmenšuje, svaly, které nejsou zatěžovány atrofují, objevují se změny na kloubech, dochází ke snížené pohyblivosti v kloubu neboli ankylóze a následně ke zkrácení svalu čili kontraktuře. U apalického pacienta jsou tyto změny obzvláště zřetelné a mají tendenci rychle postupovat (28, 18).

V oběhovém systému dochází k ortostatické hypotenzi, při které pacient trpí náhlým poklesem krevního tlaku při vertikalizaci. Dochází k insuficienci žilních chlopní a následně k pomalému návratu žilní krve k srdci, při hromadění krve v dolních končetinách se objevují otoky a riziko vzniku tromboembolické nemoci (28,18).

V oblasti respiračního traktu dochází ke změnám dýchání, které se stává mělčím jednak vlivem podložky a jejího tlaku na hrudník, jednak vlivem břišních orgánů, které jsou vytlačovány bránicí. Stoupá také viskozita hlenu v dýchacích cestách a snižuje se schopnost sekret odkašlat. V nahromaděném sekretu může dojít k pomnožení bakterií a následně k hypostatické pneumonii (28,18).

V oblasti metabolismu dochází k převaze katabolických procesů, to znamená k odbourávání bílkovin nad anabolismem čili jejich syntézou, které jsou za normálních okolností v rovnováze. Dusík je uvolňován ze svalů a vylučován močí, objevuje se negativní dusíková bilance, která představuje snížené zásoby bílkoviny, jež mají negativní dopad na hojení ran a tvorbu svalů. Dochází také ke vzniku otoků následkem sníženého množství bílkovin v krevní plazmě a nízkého onkotického tlaku (28, 18).

V počátečním období imobilizace se zvyšuje produkce moči, později naopak dochází k jejímu poklesu. U ležících pacientů dochází k horšímu vyprazdňování ledvinné pánvičky a močového měchýře a objevuje se stáza moči. Mění se také složení moči a dochází k vyšší tvorbě močových kamenů. Jak zmíněno výše, tato situace je řešena u apalických pacientů zavedením permanentního močového katétru (28, 18).

Obtížné je také vyprazdňování stolice, zácpa patří mezi nejobvyklejší problémy dlouhodobě ležících. Střevo má sníženou motilitu i peristaltiku, svěrače jsou více kontrahovány (28, 18).

Zajištění pohybu apalického pacienta spočívá zcela na sestře, která mění polohu pacienta v pravidelných intervalech zpravidla dvouhodinových. Změna polohy zabraňuje dlouhodobému působení tlaku na jedno místo, které způsobí útlak cév a nervů a napomáhá vzniku proleženin neboli dekubitů (28,18).

1.3.4.1 Dekubity u apalického pacienta

Dekubity se zpravidla vyskytují v místech, kde je kost kryta jen tenkou vrstvou tuku a kůže, jedná se o takzvaná predilekční místa a patří sem například paty, kost křížová, hrbol sedací kosti nebo kotník. Při vzniku dekubitu působí faktory vnější, ke kterým patří tlak, tření a nůžkový efekt a vnitřní faktory jako podvýživa nebo naopak obezita, imobilita, systémová onemocnění například selhání srdce nebo ledvin, inkontinence, špatný stav výživy nebo demence (19, 17).

Tlak je síla působící pomocí gravitace, stoupne-li v určitých místech nad 32 mmHg, drobné cévy se uzavírají a dochází k ischemii. Rozhodující není síla tlaku, ale doba jeho trvání, k poškození tkáně dochází po uplynutí jedné až šesti hodin. Po uvolnění tlaku se objevuje na kůži zčervenání neboli reaktivní hypereremie, která je projevem vazodilatace, to znamená, že došlo k rozšíření cév za účelem zlepšení prokrvení (28).

Při tření vzniká síla, která působí souběžně s kůží například při posunu pacienta na lůžku. Může dojít k odstranění povrchových částí kůže a snadnějšímu vzniku trhlin. Nůžkový efekt vzniká kombinací tlaku a tření a dochází při něm k odtržení podkožní tkáně od svaloviny, Taková situace nastává například při uložení pacienta do Fowlerovy polohy, kdy se tělo pacienta v lůžku vlastní vahou sune směrem dolů, zatímco kůže nad křížovou kostí je pevně fixována k podložce a dochází k odtržení hlubších tkání od povrchových a poškození krevního řečiště (18, 28).

Existují různé klasifikace dekubitů, které popisují jednotlivé stupně poškození. Krišková uvádí čtyřstupňovou klasifikaci, kdy 1. stupeň je neblednoucí hypererémie, 2. stupeň vředový defekt kůže a podkoží, 3. stupeň vředový defekt zasahující tukovou a svalovou vrstvu, 4. stupeň představuje infekční nekróza postihující periost, kosti a klouby (19). Oproti tomu Danielova stupnice má 5 stupňů a rozlišuje zarudnutí kůže, povrchní kožní vředy, nekrózu podkožního tuku, postižení hlubších struktur kromě kostí a rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou. Stupnice podle Torrance je v podstatě totožná se čtyřstupňovou klasifikací, jen první stupeň dělí na blednoucí a neblednoucí hypererémii (28).

Možnosti vzniku dekubitů se v ošetrovatelské péči pozorně sledují a v anamnéze sestry toto riziko vyhodnocuje podle různých hodnotících škál. V českém ošetrovatelství je často používána stupnice podle Nortonové, která hodnotí 1, 2, 3, nebo 4 body jednotlivé rizikové faktory, mezi něž zařazuje schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, pohyblivost a inkontinenci. Při 25 a méně bodech je pacient ohrožen vznikem dekubitů. Apalický pacient s typickým stavem vědomí, neschopný spolupráce, nepohyblivý, s inkontinencí moči i stolice je ohrožen vždy (28).

1.3.4.2 Polohování u apalického pacienta

Polohování má u apalického pacienta nezastupitelný význam jako prevence vzniku dekubitů, zvýšeného svalového tonu, kontraktur, svalových atrofií a kloubních deformit. Přes veškerou snahu ošetrovatelského personálu však k těmto změnám u apalických pacientů nakonec dochází, takže polohování a pasivní cvičení tyto změny pouze oddalují, nedokáží jim však zcela zabránit (16, 27).

Apalický pacient se polohuje zpravidla po dvou hodinách ve dne a po třech v noci, ale podle potřeby může sestra časové intervaly měnit. Predilekční místa je třeba při každé změně polohy kontrolovat, lůžko má být suché, je třeba dbát o správné uložení močového či žilního katétru popřípadě kabelů vedoucích od monitoru, pokud pacient leží na jednotce intenzivní péče (16,18, 26).

Při polohování jsou u pacienta střídány různé polohy a sice poloha supinační a semisupinační, poloha na boku, poloha semipronační, pronační a Fowlerova. Supinační poloha je zpravidla dobře tolerována, dochází při ní však k vyššímu riziku rozvoje pneumonie a zvýšenému tlaku jsou vystaveny především pata a sakrální oblast. Je třeba dbát, aby nedošlo k hyperextenzi krční páteře, která vede k bolestem hlavy. Hlava je proto podepřena v mírné flexi, rameno je v mírné abdukci, u lokte se střídá semiflexe s extenzí, prsty jsou v mírné semiflexi a palec v opozici, nejlépe je vložit pacientovi do dlaně malý míček nebo stočené obinadlo. Dolní končetiny mohou být v extenzi nebo flexi, kolena podepřena polštářem, mezi kolena a hlezna je vložen polštář a chodidla v pravém úhlu podepřena bedničkou nebo stočenou dekou, aby se předešlo plantární flexi (16, 26).

Fowlerova poloha je v podstatě polosed s podpěrou hlavy a trupu, kolena mohou a nemusí být pokrčena. Rozlišujeme vysokou Fowlerovu polohu, kdy hlava a trup pacienta jsou zdviženy pod úhlem 45 - 90° a nízkou neboli semi – Fowlerovu polohu, kdy hlava a trup svírají úhel 15 - 45°. Využívá se u pacientů s dušností, protože bránice v této poloze je gravitací tažena směrem dolů a dochází tak k většímu rozpětí plic. Hlava, krk a ramena jsou podepřeny polštářem, dále se umísťuje polštář pod lumbální oblast zad, aby se v tomto místě zabránilo flexi a pod dolní končetiny a to od kolen po kotníky. Nohy pacienta je třeba podepřít, aby se zabránilo plantární flexi, lokty a předloktí se u apalického pacienta podkládají polštáři, tím se zabraňuje působení gravitace směrem dolů a předchází se dislokaci ramen a flekčním kontrakturám zápěstí (16, 26).

Poloha na boku má pozitivní vliv na drenáž bronchopulmonálních sekretů, proto je třeba pacientovi při každé změně polohy odsát obsah dýchacích cest. V poloze na boku je hlava podepřena polštářem, aby byla v pokračování páteře, rameno spodní horní končetiny svírá úhel 90°, loket je v semiflexi, předloktí v supinaci, vrchní horní končetina je podepřena polštářem, rameno i loket jsou mírně flektovány, předloktí v pronaci. Kyčel a koleno spodní dolní končetiny jsou

mírně flektovány, vrchní dolní končetina je podepřena polštářem, kyčel i koleno jsou flektovány pod úhlem 90°, noha v pravém úhlu (16, 26).

Varietou polohy na boku jsou polohy semisupinační a semipronační. V semisupinační poloze je pacient uložen na boku a trup je mírně nakloněn směrem na záda, která jsou podepřena polštářem, stočenou dekou nebo klínem, zatímco v semipronační poloze je trup pacienta nakloněn směrem na břicho a hrudník se opírá o polštář (16).

Pronační poloha se nepoužívá příliš často, protože omezuje dýchání a přetěžuje krční páteř. Hlava je v této poloze otočena do strany, hrudník je podložen polštářem, aby nedocházelo k záklonu hlavy a holeně a kotníky jsou podloženy polštářem, špička je v postavení nula (16, 26).

Polohováním se také zabývá koncept bazální stimulace, který se v ošetrovatelské péči u apalických pacientů často používá a o kterém pojednává jedna z následujících kapitol (10).

1.3.5 Potřeba spánku a odpočinku u apalického pacienta

Spánek je základní lidskou potřebou, slouží k zotavení organismu a jeho nedostatek může vést k poruchám chování jako je zvýšená podrážděnost nebo apatie. Jak je zmíněno v předchozích kapitolách, pro apalického pacienta je typický stav vigilního kómatu, při kterém se střídají stavy bdění a spánku. Pacient zpravidla usíná po činnostech, které jsou pro něj únavné, jako je hygiena nebo fyzioterapie (28, 27).

Sestra by se měla pokusit odlišit pacientovi den a noc a připravit ho na spaní určitými rituály. Pacient dostane večeři, pokud ovšem není závislý na kontinuálním příjmu umělé enterální výživy, sestra zajistí večerní hygienu, nejvhodnější je uklidňující koupel a masáž stimulující dýchání podle konceptu bazální stimulace. Lůžko je ustláno nebo podle potřeby převlečeno, pacient dostane čisté osobní prádlo, neboť celá řada apalických pacientů trpí nadměrným pocením a je vhodně uložen do pohodlné polohy. Sestra podle potřeby zhasne nebo ztlumí světlo a snaží se eliminovat vnější rušivé podněty, což je často velmi

obtížné, zvláště při pobytu pacienta na jednotce intenzivní péče, kde nejsou samostatné boxy, ale všichni nemocní jsou uloženi v jedné místnosti a lůžka jsou oddělena pouze pomocí závěsů. Noční polohování se provádí za tlumeného světla, veškerá manipulace s pacientem je šetrná, ošetřující personál hovoří tlumeným hlasem (28, 27, 10).

1.3.6 Potřeba hygieny u apalického pacienta

Návyky osobní hygieny se utvářejí od nejútlejšího věku, u jednotlivců jsou různě vyjádřeny a jsou ovlivněny kulturními, sociálními a rodinnými podmínkami. Osobní hygiena je součástí sebepečení a apalickému pacientovi ji v plné míře zajišťuje sestra. Hygienická péče odstraňuje z těla mikroorganismy a exkrementy, udržuje kůži v čistotě a zamezuje vzniku infekce. Zároveň navozuje pocit spokojenosti, svěžesti a uvolnění (28, 18, 19).

Hygiena u apalického pacienta se provádí dvakrát denně nebo podle potřeby častěji a to na lůžku, popřípadě v pojízdném sprchovém lůžku, na kterém je pacient dopraven do koupelny. Na lůžku je pacient umyt postupně na celém těle, v poloze na zádech nejprve obličej, horní končetiny, hrudník, břicho a dolní končetiny. Při hygieně dolních končetin je možné vložit do lůžka umyvadlo a pokrčenou dolní končetinu do něj ponořit na několik minut, stejným způsobem je možno umýt ruce. V poloze na zádech se myje také genitál, u žen je možno provést oplach pomocí irigátoru nebo džbánu, pod hýždě pacientky je třeba umístit podložní mísu. Oplach je zvláště vhodný v období menstruace. Poté je pacient otočen na bok a jsou mu umyta záda, hýždě a okolí konečníku (19, 18).

Pacienta je třeba důkladně vysušit a to především v místech vlhké zapáčky tedy v podpaží, tříslech, mezi hýžděmi, mezi prsty u nohou, v okolí genitálu, u žen pod prsy a u obézních nemocných mezi jednotlivými tukovými polštáři. Tato místa se preventivně ošetřují například pastou Menalind. Celé tělo pacienta je vhodné promazat, aby kůže zůstávala vláčná a zachovala si potřebnou vlhkost. Je možné použít vlastní kosmetiku pacienta, dalším vhodným prostředkem je Menalind tělový olej (19).

Zvláštní pozornost se věnuje péči o dutinu ústní, u apalického pacienta může docházet k vysušení sliznice, zvláště nepřijímá-li perorálně potravu a tekutiny nebo vlivem kyslíkové terapie. Na sliznici se mohou vyskytovat ragády, které mohou být vstupní branou infekce, jazyk bývá povleklý. K čištění dutiny ústní používá sestra molitanové štětičky nebo zubní kartáček namočený do vody s přídavkem ústní vody nebo do boraxglycerinu. Je možné použít komerčně vyrobené štětičky s ovocnou příchutí. Nejvhodnější poloha pro ošetření dutiny ústní je na boku, protože zabraňuje aspiraci a sliny i přípravky určené k hygieně mohou volně vytékat z úst (19, 18).

Sestra nejprve vyšetří dutinu ústní, vyčistí zuby kartáčkem nebo molitanovou štětičkou a pokusí se odstranit povlak z jazyka. Ústa pacienta je možno vypláchnout 10 ml vody, které sestra aplikuje do dutiny ústní injekční stříkačkou a sleduje, zda všechna tekutina odtekla. V opačném případě je třeba přebytečnou tekutinu šetrně odsát. Nakonec ošetří dutinu ústní boraxglycerinem, který slouží ke zvlhčení sliznice. Sestra také vyčistí zubní protézu, která se však vkládá apalickému pacientovi do úst pouze před jídlem v případě, že přijímá per os (19,18).

K osobní hygieně patří také péče o nehty a vlasy. Nehty sestra pravidelně stříhá tak, aby mírně přesahovaly bříško prstu a nerovnosti uhladí pilníkem. Při úpravě nehtů na nohách si sestra všímá zrohovatělé kůže, kterou je třeba odstranit. K péči o vlasy patří denní česání, péče u pacientek s dlouhými vlasy může být problematická, proto je vhodné je po domluvě s rodinou zkrátit. Vlasy se umývají minimálně jednou týdně a to buď ve sprchovém lůžku nebo přímo v lůžku nemocného. Pacient leží na zádech, která má vypodložena klínem nebo polštářem. Jedna sestra přidrží hlavu nemocného, aby nedošlo k nadměrnému záklonu a druhá myje vlasy. Pro lepší rozčesání je vhodné použít kondicionér, po umytí se vlasy vysuší fénem, aby pacient nenachladl (19, 18).

Během hygieny si sestra všímá očí nemocného, odstraňuje případnou sekreci mulem namočeným do borové vody, k lepšímu zvlhčení očí aplikuje očních kapky podle ordinace lékaře (19,18).

1.3.7 Potřeby jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky u apalického pacienta

Přestože apalický pacient zpravidla netečně leží neschopný komunikace s okolím, potřebuje se, tak jako každý člověk, cítit bezpečně. Pacient není schopen reagovat na obsah slov, ale vnímá tón hlasu, dotyky, zvuky z okolí, střídání světla a tmy. V zajištění pocitu bezpečí je vhodné využít prvky konceptu bazální stimulace, který je zmíněn níže. Manipulace s pacientem by nikdy neměla být překotná a chaotická jako například strhávání pokrývky z těla nemocného, ale mělo by jí vždy předcházet upozornění na to, co se bude dít a to slovem i dotekem. Při ošetřování není vhodné vést nad lůžkem osobní rozhovor, ale plně se soustředit na nemocného (10).

Potřebu sounáležitosti a lásky nejlépe uspokojí rodinní příslušníci, kteří apalického pacienta navštěvují a hovoří na něj, popřípadě jsou zapojeni do péče o nemocného (10).

1.3.8 Využití konceptu bazální stimulace v péči o apalického pacienta

Bazální stimulace je zaměřena na péči o pacienty se změnami v oblasti vnímání, hybnosti a komunikace, kteří potřebují jiné lidi k tomu, aby jim přiblížili svět v té nejjednodušší rovině (10). Zakladatelem konceptu je speciální pedagog Andreas Fröhlich, který pracoval s mentálně retardovanými dětmi neschopnými verbálně komunikovat. Podařilo se mu navázat kontakt se svými svěřenci na základě schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a reagovat pomocí somatického, vestibulárního a vibračního vnímání. V 80. letech 20. století začal být tento koncept používán v ošetrovatelské péči, významnou úlohu při tom sehrála zdravotní sestra Chriestel Bienstein, která jej používala v oblasti intenzivní péče a především v péči o apalické pacienty (10).

Stimulace vnímání vychází z poznatku, že u člověka se nejprve vyvíjí somatické vnímání, které podává informace o vlastním těle, dále vnímání vibrací a nakonec vnímání vestibulární, pomocí kterého je si člověk uvědomuje polohu svého těla (10).

„Somatická stimulace umožňuje zprostředkovat klientovi vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání tělesného schématu (Friedlová, 2007, s.64)“. Aby apalický pacient mohl lépe vnímat vlastní tělo, je třeba mu zajistit jeho vizuální kontrolu pomocí zrcadla nebo kontrolovat stimulovanou část těla zrakem. V rámci somatické stimulace je podporováno symetrické vnímání těla a tělové osy, proto jsou stimulovány obě strany těla zároveň a patří do ní také prvky paměťových pohybových schémat, které se provádějí pomocí opakovaných činností. Somatická stimulace využívá doteků ošetřujícího, které musí být zřetelné a nesmí vyvolávat chaos a nejistotu. Při dotecích se klade důraz na tlak, klid, rytmus a opakování. Při prvním kontaktu s pacientem je třeba použít tak zvaný iniciální dotek, kterým se ošetřující s nemocným „vítá“ a „loučí“. Je přesně stanoven na určité části těla například pravém rameni a měli by ho používat všichni, kdo s nemocným přicházejí do styku, tedy lékaři, sestry i rodina. Somatická stimulace může být jak zklidňující, tak stimulující nebo neurofyziologická, která poskytuje informace o ochrnuté straně těla. Používá se také polohování například poloha „hnízdo“ nebo „mumie“, které informují o tělesném schématu a zároveň vyvolávají pocit jistoty a bezpečí (10, 11).

Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat různé pohyby hlavy a podává informace o poloze lidského těla v prostoru a pohybu. Vestibulární stimulace se provádí u ležícího pacienta pomocí nepatrných pohybů hlavou nemocného. Je vhodné ji zařazovat před každou změnu polohy pacientova těla (10).

Vibrační stimulace je zaměřena na kožní receptory pro vnímání vibrací a také proprioreceptory, které zajišťují hlubokou citlivost. Používají se k ní vibrátory, které se přikládají do okolí kloubů na končetinách nebo do dlaní pacienta, k stimulaci celého těla se vibrátor pokládá na matraci lůžka. Vibrace je možné také vytvářet rukama ošetřujícího, dají se využít hudební nástroje nebo zpěv (10).

Optická stimulace slouží k poznání okolního světa a orientaci v něm. Nemocniční prostředí zpravidla neposkytuje mnoho podnětů a zároveň obraz nemocničního pokoje nepatří mezi vjemy uložené v paměťových drahách

nemocného. Tam může u pacienta vznikat úzkost a nejistota. Pro optickou stimulaci je významná jakákoliv změna polohy těla a tím změna zorného pole (10).

Pomocí auditivní stimulace se snažíme navázat s pacientem kontakt, předat mu informace o něm i okolí, vyvolat v něm vzpomínky a vzbudit pocit jistoty a bezpečí. K auditivní stimulaci se používá řeč, hudba a zpěv. Orální stimulace zprostředkovává pacientovi chuťový zážitek, může být spojena s hygienou dutiny ústní a měla by vyvolat snížení svalového tonu v oblasti úst. Provádí se molitanovou štětičkou a chuťovým médiem podle biografické anamnézy. Olfaktorická stimulace pracuje s vůněmi, které mají být pacientovi příjemné a důvěrně známé a navozují pocit jistoty. V rámci taktilně - haptické stimulace jsou pacientovi vkládány do rukou známé předměty např. hračky, toaletní potřeby, předměty, které souvisí s jeho koníčky nebo povoláním. Tímto způsobem je možné osvěžit paměťovou stopu a ovlivňovat sensoriku i motoriku ruky (10, 11).

Pro správné ošetřování v rámci konceptu bazální stimulace je důležitá podrobná biografická anamnéza získaná zpravidla od rodiny a přátel nemocného. Koncept bazální stimulace bere v úvahu autonomii pacienta, nezaobírá se jeho deficitem, ale pracuje s jeho zachovalými schopnostmi (10, 11).

1.4 Role sestry v péči o apalického pacienta

U lůžka apalického pacienta sestra vystupuje v různých rolích a při jejich plnění vychází z potřeb nemocného a zajišťuje mu pocit jistoty. Sestra pracuje metodou ošetřovatelského procesu v jehož rámci stanovuje ošetřovatelské diagnózy. Na rozdíl od diagnóz lékařských by se na jejich určení měl spolupodílet i pacient, neboť cílem je dosažení pocitu jeho osobní pohody. Od apalického pacienta není možno spolupráci očekávat, avšak diagnózy je možno konzultovat s jeho rodinou. Sestra u lůžka tedy nejčastěji vystupuje jako diagnostička a poskytovatelka ošetřovatelské péče (7, 23).

Ve styku s rodinou sestra vystupuje jako edukátorka. Odebírá ošetřovatelskou anamnézu, vysvětluje rodině, jakou péči nemocný potřebuje a

jakým způsobem je poskytována, objasňuje smysl konceptu bazální stimulace a zapojuje rodinu do péče (7).

Sestra pečuje o pacienta často až 12 hodin denně a proto se brzy naučí znát jeho reakce a dokáže odhadnout jeho pocity a potřeby. Vystupuje jako advokátka, která zprostředkovává potřeby nemocného okolí a to jak lékařům, tak ostatnímu ošetrovatelskému personálu nebo rodině (7).

V roli nositelky změny sestra v péči o apalického pacienta poukazuje na význam konceptu bazální stimulace, který není ještě všeobecně v našich zdravotnických zařízeních rozšířen. Vysvětluje jeho smysl ostatním členům multidisciplinárního týmu, názorně ukazuje, jak ošetřování má vypadat a snaží se v ostatních vzbudit nadšení a zapojit je do tohoto způsobu péče (7).

V roli manažerky sestra řídí ošetrovatelský proces, snaží se o poskytování efektivní péče, vede při práci zdravotnické asistenty a pomocný zdravotnický personál a zodpovídá za její provedení. Pokud na oddělení praktikují studenti, zapojuje je do péče o apalického pacienta, poukazuje na její specifika. Při práci se studenty sestra vystupuje v roli mentorky (7).

1.5 Rodina apalického pacienta

Rodina apalického pacienta prochází těžkým obdobím, které začíná šokem nad nečekanou událostí spojenou s úrazem či onemocněním člena rodiny. Dále prožívá obavy během akutní péče, která je nejčastěji poskytována na anesteziologicko - resuscitačním oddělení a ty pak vyústí do protrahované nejistoty během následné péče, kdy si příbuzní kladou otázku, zda se pacient probere k plnému vědomí a zda bude schopen vést takový život, jako před onemocněním. Sdělení lékaře, že pacientův stav přešel do apalického syndromu znamená pro členy rodiny silný otřes (15,14).

Rodina prožívá těžkou životní situaci neboli stres. Mezi stresory patří celá řada faktorů, které souvisí s naší civilizací jako například problémy v mezilidských vztazích, nezaměstnanost, uspěchanost naší doby a nedostatek času. Silným stresorem může být právě smrt nebo onemocnění člena rodiny. Zjištění, že

blízký člověk zůstane trvale ve stavu bezvědomí mezi silné stresory bezesporu patří (25).

Prožívání těžké životní situace probíhá zpravidla ve čtyřech fázích. Nejprve je to fáze popření, kdy člověk nemůže pochopit, že se tato událost může týkat člena jeho rodiny. V této fázi si příbuzní apalického pacienta mohou připadat jako ve zlém snu, z něhož se jednou musí probudit (15).

Druhá fáze se nazývá fáze propukajících emocí, kdy se objevují hněv, zlost, úzkost a je hledán viník odpovědný za tuto situaci. V této situaci se hněv může obrátit proti zdravotníkům a rodina začne zkoumat, zda v léčebném a ošetrovatelském procesu nenastala chyba (15).

Třetí fáze je obdobím hledání, sebenalézání a odpoutávání, kdy dochází k myšlenkám na nemocného, na společné prožitky. Smíření se situací je snažší, pokud si člověk uvědomuje, co mu apalický pacient svým vztahem dal, čím ho obohatil, neboť to zůstává navzdory těžkému stavu, v němž se nyní nachází. Ve čtvrté fázi se člověk postupně vrací k normálnímu životu, do něhož je možno zkušenosti získané prožitím obtížné životní situace integrovat (15).

Rodina apalického pacienta, která se ocitla ve svízelné životní situaci má nárok na informace ohledně zdravotního stavu nemocného, na ohleduplné a šetrné jednání ze stran lékařů, sester a dalšího zdravotnického personálu (30).

1.6 Komunikace sestry s rodinou apalického pacienta

Komunikace patří mezi základní dovednosti sestry a je prováděna ve dvou rovinách, s pacientem, jeho rodinou a přáteli a s členy multidisciplinárního týmu.

Při prvním setkání sestry s rodinou pacienta je třeba odhadnout duševní stav příbuzného s nímž bude hovořit. Členové rodiny si dlouho uchovávají naději, že jejich nemocný nabude vědomí, jsou ochotni čekat a obrňují se trpělivostí. Tuto naději by jim sestra nikdy neměla vyvracet. Často je s podivem, že přes jasná upozornění lékaře o jaký stav se jedná, příbuzní stále očekávají návrat k lepšímu a snaží se najít v reakcích pacienta důkaz, že se stav zlepšuje (30).

Pro rozhovoru s příbuznými je pro sestru důležitá schopnost empatie. Empatie není soucit, ale schopnost vcítit se do situace toho druhého. “Jde o to představit si, jak bych se asi cítil v situaci, v níž je nyní pacient a co bych v takové situaci potřeboval (Honzák, 1997, s.31)“. Od sestry rodina neočekává informace o zdravotním stavu, ty ani nespádají do její kompetence, ale potřebuje porozumění, pochopení své tíživé situace a může získat informace, které může poskytnout výhradně sestra, která nejlépe ví, jak pacient reaguje na ošetrovatelskou péči, projevuje-li známky pohody, nelibosti či neklidu (12).

Příbuzní mohou pociťovat strach o nemocného, úzkost a bezmoc, v nemocničním prostředí se nemusí cítit dobře a to všechno ovlivňuje vnímání informací. Odnášeli-li si člověk informace z prostředí zdravotnického zařízení, část jich zpravidla zapomene, část je zkreslena a pouze část si pamatuje tak, jak mu byla předána. Proto sestra informace podává stručně, jasně a srozumitelně a ověří si, že ji příbuzní porozuměli (30, 12).

Při komunikaci má význam také její nonverbální složka, to znamená mimika a gestikulace, vzájemná vzdálenost a oční kontakt. Mimikou se rozumí výraz obličeje a sestra by měla mít na paměti, že výraz její tváře by měl být při rozhovoru v souladu s vyřčenými slovy, to znamená, že říká, to co si skutečně myslí. Při rozhovoru je důležitý kontakt z očí do očí, který nesmí ovšem trvat příliš dlouho, naopak rozhovor bez očního kontaktu působí jako přehlížení zatímco pohled do dálky může vzbuzovat pocit nezájmu (30, 12).

Gesta jsou pohyby, které mohou zesilovat účinek slov nebo je názorně dokreslovat, jejich použití může být vědomé i nevědomé a sestra skrze ně může získat představu o rozpoložení toho, s kým hovoří. Vzdálenost, která je při vzájemné interakci mezi lidmi dodržována se nazývá proxemika. Každý z nás má svůj osobní prostor, kam pouští jen lidi sobě blízké a jeho překročení je většinou negativně vnímáno. Při rozhovoru sestry s rodinou nemocného bude nejspíše udržována osobní zóna od 0,5 do 1, 20 m, protože se hovoří o důvěrných záležitostech, které nejsou určeny cizím uším a zdaleka ne ve všech zdravotnických zařízeních je možno mluvit v soukromí (30, 12).

2 CÍLE PRÁCE A VYZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaké jsou potřeby apalického pacienta v rámci ošetrovatelské péče.
- 2 Zjistit míru saturace potřeb apalického pacienta v rámci ošetrovatelské péče.
3. Zjistit role sestry v ošetrovatelské péči o apalického pacienta z pohledu rodinných příslušníků
4. Zjistit roli rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské péče o apalického pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou potřeby apalického pacienta v ošetrovatelském procesu?
2. Jaká je míra saturace potřeb apalického pacienta v rámci ošetrovatelské péče?
3. Jaká je role sestry v péči o apalického pacienta z pohledu rodinných příslušníků?
4. Jaká je role rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské péče?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro získání potřebných informací byl zvolen kvalitativní výzkum. Ke sběru dat byly použity polostrukturované rozhovory prováděné v Nemocnici České Budějovice na jednotkách intenzivní péče interního oddělení (dále jen INT JIP) a oddělení následné péče (dále JIP ONP 2). Rozhovory se sestrami byly zaměřeny na čtyři tematické oblasti. První část se týkala identifikačních údajů, druhá část se zabývala potřebami apalického pacienta v rámci ošetrovatelského procesu, třetí část mírou saturace potřeb apalického pacienta v rámci ošetrovatelské péče a poslední rolí rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské péče o apalického pacienta.

Dále byly vedeny rozhovory s rodinnými příslušníky apalických pacientů. Tyto rozhovory byly uspořádány do tří částí, patří sem identifikace rodinného příslušníka, role sestry v péči o apalického pacienta a vlastní role rodinných příslušníků v péči o apalického pacienta.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor je tvořen sestrami INT JIP a JIP ONP 2 Nemocnice České Budějovice, z každého oddělení 5 sester a dále 5 rodinných příslušníků apalických pacientů, kteří jsou hospitalizováni na JIP ONP 2, jeden z nich v nedávné době zemřel. Informace byly shromážděny v březnu 2011.

4 VÝSLEDKY

4.1 Rozhovory se sestrami

4.1.1 Rozhovory se sestrami INT JIP

Rozhovor 1

Oslovené sestře je 36 let, je absolventkou Střední zdravotnické školy, žádné další vzdělání zatím nemá, celková délka její praxe je 16 let, s apalickými pacienty pracuje 7 let.

Na otázku týkající se potřeb apalického pacienta sestra uvádí péči o dýchací cesty a monitoraci vitálních funkcí. Pacienti jsou pravidelně polohováni, sestry pečují o výživu, hygienu a vyprazdňování. Za nejvýznamější z těchto potřeb považuje sestra dýchání pacienta a monitoraci saturace krve kyslíkem, dále hygienu, polohování a vyprazdňování. Dýchání považuje za nejvýznamější, neboť je nezbytné pro zachování života.

Na otázku týkající se míry saturace potřeb apalického pacienta sestra vypovídá, že podle jejího názoru dělají sestry pro tyto pacienty opravdu hodně, péče je podle ní dostačující, nedokáže však poznat, zda pacient je schopen tuto péči ocenit.

Při hodnocení uspokojování jednotlivých fyziologických potřeb se sestra domnívá, že péče o dýchání je zajištěna velmi dobře, pacienti dýchají prostřednictvím tracheostomické kanyly, jejíž průchodnost je udržována pravidelným odsáváním. Výživa je podle jejího názoru také na velmi dobré úrovni. Pacienti jsou vyživováni zpravidla pomocí žaludeční sondy, kterou je aplikována enterální výživa pomocí pumpy. Oblast vylučování je zajištěna permanentním močovým katétre, který je vyměňován každý 21. den. Také hygienu považuje sestra za velmi dobrou. Hygiena je zajišťována ve sprchovém lůžku každý den, podle potřeby jsou pacienti během dne ještě umyti přímo v lůžku. Pravidelně se umývají vlasy, stříhají nehty a pacienti jsou čistě oholeni.

Určitý nedostatek vidí sestra v aktivitě nemocných. Jsou sice pravidelně polohováni, avšak není jim dopřáno „nic navíc“. Sestra se domnívá, že by na oddělení měl častěji docházet fyzioterapeut, popřípadě by měl být trvale přítomen. Do zajištění aktivity nemocného by se mohla také zapojit rodina. Ani spánek není na oddělení dobře zajištěn. Jednotka intenzivní péče je tvořena jednou velkou místností a má pouhé 3 samostatné boxy, avšak na ty nejsou apaličtí pacienti umisťováni. V noci jsou pacienti neustále rušeni světlem, zvukem monitorů a jiných přístrojů nebo hovorem a prací personálu.

Na otázku týkající se psychosociálních potřeb apalických pacientů sestra odpovídá, že nedokáže posoudit, zda jsou tyto potřeby dobře uspokojeny, zdá se, že spíš ne. Ona sama nedokáže poznat pocity pacienta. Domnívá se, že pro pocit bezpečí je důležité teplo, pacient by se neměl nechávat nedostatečně přikrytý. Potřebu sounáležitosti a lásky by podle jejího názoru měla zajistit rodina, snad pomocí dotyků, ačkoliv není jisté, co pacient vlastně vnímá. Známý hlas příbuzných působí na nemocného zřejmě dobře, také by mohl poslouchat hudbu.

Na dotaz týkající se komunikace s pacientem sestra odpovídá, že s ním mluví jako s normálním člověkem, oslovuje jej jménem, vždy ho upozorní, že s ním bude manipulovat. Není vhodné se na pacienta „vrhnout“ bez upozornění, jako to dělají některé kolegyně. Nepovažuje za správné, aby se pacientům v dlouhodobém bezvědomí tykalo.

Ohledně konceptu bazální stimulace sestra uvádí, že „tomu moc nevěří“. Snad může dojít k nepatrnému zlepšení, ale pro pacienta ani rodinu to nemá význam, nedají se očekávat dobré výsledky, domnívá se, že tento typ ošetřování není příliš užitečný.

Osobní zkušenost s ošetřováním podle konceptu bazální stimulace sestra nemá, nikdy to nezkoušela, pouze viděla tento typ péče u fyzioterapeutky. Byla velmi překvapená, že fyzioterapeutka pacientku houpala a vysvětlovala všechno dění kolem, například, že právě někdo zvoní, mluvila s ní, jako by ji mohla rozumět. Sestra se domnívá, že bazální stimulaci má provádět speciálně

vyškolený personál, ona sama by ji dělat nechtěla. U malých dětí snad ano, ale u apalických pacientů ne.

Při dotazu na možné zlepšení v uspokojování potřeb apalických pacientů sestra odpovídá, že by bylo třeba větší množství personálu, především více fyzioterapeutů. Domnívá se, že by bylo vhodné zapojit rodinu, především do rehabilitace a hygieny. Dále je třeba větší množství polohovacích pomůcek. Možná by ke zlepšení pomohlo vlastní oblečení pacientů nebo věci osobní potřeby, na které jsou zvyklí.

Na dotaz ohledně role rodinných příslušníků v ošetrovatelské péči sestra odpovídá, že rodinu je rozhodně vhodné zapojit. Příbuzní by mohli provádět právě bazální stimulaci. Podle jejího názoru si mohou rodinní příslušníci zkusit očistit pacienta od stolice nebo jej polohovat, aby viděli, co péče obnáší. Často má rodina mnoho požadavků, ale schází ji představa, jak obtížně se manipuluje s nehybným pacientem.

Se zapojením rodinných příslušníků do péče nemá sestra žádné zkušenosti, dosud se o to nepokusila. Pro příbuzné je šok, když zjistí, že nemocný jen leží a není s ním možný žádný kontakt, nejdříve je třeba, aby se člen rodiny s touto situací vyrovnal, teprve potom je možné zapojit jej do péče. Sestra se domnívá, že rodina pacienta by měla být v oblasti péče edukována. Považuje za vhodné uskutečnit setkání pro více lidí, při kterém by se postupně přešlo k individuální edukaci ohledně konkrétního pacienta. Edukace by se měla týkat především bazální stimulace a rehabilitace a měla by ji provádět jak sestra, tak fyzioterapeut. Dále se sestra domnívá, že pro podobně postižené rodiny by se měly pořádat nějaké schůzky, měly by vznikat svépomocné skupiny, kde by si lidé vzájemně poradili, hovořili by o tom, jak se s touto situací vyrovnat.

Na otázku, jaké výhody plynou ze zapojení rodiny do péče sestra odpovídá, že rodina, která se zapojí do péče, se lépe vyrovná se stavem svého nemocného a zároveň pochopí, co péče obnáší. Výhody plynou také pro pacienta, který se cítí lépe, je-li ošetřován svými blízkými, slyší známé hlasy, vidí známé tváře. Jako nevýhodu zapojení rodinných příslušníků do péče uvádí sestra, že by příbuzní

mohli vůči nemocnému pociťovat odpor, mohli by při pohledu na něj propadat zoufalství a cítit se velmi nešťastní vzhledem k jeho beznadějnému stavu

Rozhovor 2

Dotazovné sestře je 37 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu a Pomaturitní specializační studium ARIP. Celková délka její praxe je 19 let, apalické pacienty ošetřuje již patnáctým rokem.

Ohledně potřeb apalického pacienta v rámci ošetrovatelského procesu sestra uvádí, že je třeba poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči, do které spadá péče o dýchací cesty, hygiena, výživa, polohování a péče o vyprazdňování. Za nejvýznamější potřebu považuje sestra dýchání a výživu, neboť jsou nezbytné pro zachování života. Dále uvádí hygienu, polohování a vyprazdňování a zmiňuje se také o potřebách psychosociálních, ačkoliv si není jistá, do jaké míry jsou pro apalického pacienta skutečně důležité.

Na otázku týkající se míry saturace potřeb sestra uvádí, že potřeby nejsou dostatečně uspokojovány. Z fyziologických potřeb hodnotí sestra jako dobře uspokojené dýchání, výživu, hygienu a vylučování, u aktivity si není jistá, zda pacient vůbec nějakou takovou potřebu má. Navíc pacient musí zaujímat polohu pasivní, která je mu „vnucena“ personálem a sestra uvažuje nad tím, zda taková poloha může být vnímána příjemně. Jako problematický vidí spánek, který je velmi narušený vlivem světla, nejruznějších zvuků a také polohováním během noci.

Potřebu bezpečí a jistoty vidí sestra jako naprosto nedostatečně uspokojenou. Přístup personálu je podle jejího názoru neosobní, protože pacient není schopen poskytnout zpětnou vazbu. Ošetřující se pak nemohou v jeho pocitech orientovat a mají nedostatečnou motivaci pro změnu svého chování a přístupu k nemocnému. Sestra uvádí, že při manipulaci s apalickým pacientem má pocit, že má v rukou „kus masa“. Potřeba sounáležitosti a lásky spadá podle jejího názoru do kompetence rodiny, avšak v této oblasti vidí sestra také nedostatky. I rodina, která navštěvuje pacienta denně, je omezena návštěvními hodinami.

Ohledně komunikace s apalickým pacientem sestra vypovídá, že pacienta oslovuje „pane“ nebo „paní“ a příjmením, v některých případech křestním jménem, vždy pacientům vyká. Před každou manipulací upozorní pacienta na to, co s ním bude dělat.

S ošetřováním podle konceptu bazální stimulace sestra do určité míry souhlasí, ale jen částečně. Za vhodné považuje, aby měl pacient vlastní oblečení, kosmetiku, věci osobní potřeby nebo aby poslouchal oblíbenou hudbu. Apalický pacient je podle jejího názoru schopen vnímat doteky, hudbu nebo vůni, nemyslí si, že by nevnímal vůbec nic. V jedné kazuistice týkající se bazální stimulace však četla, že pacientovi, který pracoval jako řidič, byl do lůžka do rukou vkládán volant. To považuje sestra za naprostý nesmysl.

Osobní zkušenost s prováděním bazální stimulace sestra nemá. Domnívá se, že na to ani není dostatek času. Uvádí, že by taková péče měla smysl v případě, že by ji poskytovali všichni, nejen pár jedinců. Navíc sestry nejsou k provádění bazální stimulace ani vyškoleny. Lépe by se prováděla v případě, že by na oddělení byli pouze apalictí pacienti, ale na jednotce intenzivní péče, kde jsou nemocní, kteří potřebují neodkladnou péči, to prostě není možné. Kurz bazální stimulace by ji zajímal, ale nikdo ji nepřinutí, aby pacientům dávala do lůžka volant! Domnívá se, že lidé, kteří provádějí bazální stimulaci nepřístupují k pacientům reálně, připisují konceptu možnosti, které prostě nemá. Podle jejího názoru má bazální stimulace větší smysl u demenčních pacientů, tam je možno vidět nějaké hmatatelné výsledky, ale u apalických pacientů to prostě nefunguje.

Na téma zlepšení uspokojování potřeb apalických pacientů sestra říká, že je určitě třeba větší množství personálu, potom by byl i prostor pro provádění bazální stimulace, je třeba více fyzioterapeutů, cvičení by podle jejího názoru mělo být daleko intenzivnější. K příjemnému pocitu pacientů přispívá také vlastní oblečení. V noci by měli mít pacienti zajištěn skutečný klid a mělo by být zhasnuto.

Sestra se domnívá, že zapojení rodinných příslušníků do péče je vhodné, rodina by měla být s pacientem častěji, než jak ji to umožňuje provoz oddělení.

Apalický pacient by mohl reagovat na rodinu lépe než na ošetřující personál, rodinní příslušníci budou jistě při péči vlídnější, osobnější a šetrnější než sestry.

Reakce rodiny při zapojení do péče nemůže sestra popsat, protože na interní JIP to není zvykem. Jako důvod vidí nedostatek času. Zapojení rodiny je podle jejího názoru výhodné pro pacienta pro osobní přístup, který sestry nejsou schopny zajistit. Sestra se domnívá, že pacient by mohl být ošetřován i v domácím prostředí, jistě by to bylo výhodné z ekonomického hlediska. Nevýhody plynoucí ze zapojení rodiny do péče sestra neuvádí.

Rozhovor 3

Oslovená sestra je 27 let stará, vystudovala Střední zdravotnickou školu, dále obor všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Celková délka její praxe je 1,5 roku a po stejnou dobu pečuje o apalické pacienty.

Mezi potřeby apalických pacientů podle jejího mínění patří fyziologické potřeby, čili dýchání, vylučování, příjem potravy, polohování, spánek a celková pohoda, která patří i mezi potřeby psychosociální. Za nejvýznamější potřeby sestra považuje dýchání, výživu a vylučování, které vedou k zachování života a pak všechny ostatní, od kterých se odvíjí kvalita života.

Saturace potřeb apalických pacientů je podle jejího názoru závislá na sestře, která péči poskytuje, domnívá se, že podmínky pro poskytování péče jsou dobré, ale ne každá sestra si dá s pacientem stejnou práci. Při hodnocení uspokojování fyziologických potřeb sestra považuje za nejlépe zajištěné dýchání, vylučování, výživu a hygienu. Deficit vidí u aktivity, kde je nedostatečná rehabilitace a polohování a spánku, který je narušen působením celé řady vnějších vlivů.

Na téma uspokojování psychosociálních potřeb sestra uvádí, že pacient se v lůžku necítí bezpečně, protože péče je poskytována chaoticky. Velké množství invazivních vstupů, péče o ně, polohování, více výkonů prováděných najednou vede k nejistotě pacienta. Pocit sounáležitosti a lásky by měl být zajištěn rodinou, ale ta nemá v prostoru JIP dobré podmínky. Návštěvy jsou časově omezeny, k lůžku nemocného má přístup vždy jen jedna osoba. Rodinní příslušníci nejsou zvyklí komunikovat s člověkem v bezvědomí, neví si s takovou situací rady, navíc

na oddělení panuje naprostá neintimita, která nelehkou situaci rodiny ještě zhoršuje. Z těchto důvodů nemohou být potřeby sounáležitosti a lásky dobře uspokojeny.

Při komunikaci s apalickým pacientem se podle názoru sestry uplatní komunikace verbální i neverbální. Při každém výkonu nebo manipulaci s nemocným mu sestra oznamuje, co se bude dít, vypráví mu například jaký dnes máme den nebo jaké je venku počasí. Z neverbální komunikace považuje za nejvýznamější dotyky, držení za ruku při neklidu, položení ruky na hrudník při kašli a podobně.

O konceptu bazální stimulace se sestra domnívá, že je velmi přínosný, jen nejsme zvyklí jej při péči používat. Je pravda, že na bazální stimulaci nějak nezbývá prostor, objevuje se nepochopení ze strany kolegyně, bazální stimulace je považována za určitý nadstandard, sestra, která ji provádí je oceněna stejně jako kolegyně, která se jí odmítá zabývat. Péče na sebe nenavazuje, některé kolegyně dokonce propagují názor, že určité prvky bazální stimulace nejsou pro pacienta vhodné a ten se pak šíří po celém pracovním kolektivu. Tak například apalická pacientka se přestala polohovat do polohy „hnízdo“, protože některé sestry měly pocit, že se v něm příliš potí. Jenomže nadměrným pocením trpí každý apalický pacient.

Sestra nemá přímo osobní zkušenost s prováděním bazální stimulace, ale viděla její začlenění do péče o apalické pacienty na studijní stáži v Holandsku, dále u jedné kolegyně na INT JIP a u ergoterapeutky. Snažila se do své vlastní péče prvky bazální stimulace zapojit, nejvíce ji zaujal iniciální dotek a poloha „hnízdo“.

Na otázku, týkající se lepšího uspokojování potřeb apalických pacientů sestra odpovídá, že je určitě možné. Podle jejího názoru ke zvýšení kvality péče přispívá vzdělání sester i ostatních členů multidisciplinárního týmu, jejich vzájemná komunikace a spolupráce, které vedou k lepší návaznosti péče, dále podpora laické veřejnosti a zdravotnického managementu na všech úrovních.

Ohledně zapojení rodinných příslušníků do péče sestra uvádí, že je velmi vhodné, ale bohužel minimální. Možnost vzít si apalického pacienta domů je neobvyklá, ani zdravotníci si neumí představit, že by o to někdo měl zájem a zdá se, že ani zdravotní pojišťovny. V našich podmínkách na to nejsme zvyklí.

Při snaze o zapojení rodiny do péče se sestra setkala spíše s pozitivními ohlasy, ale je to samozřejmě individuální, některým příbuzným je třeba ukázat, co mohou pro pacienta udělat, pak ztratí ostych a zapojí se.

Sestra se domnívá, že zapojení rodinných příslušníků do péče je výhodné jak pro pacienta a jeho rodinu, tak pro sestry. Pro pacienta je péče od blízkých příjemnější, rodinní příslušníci se seznámí s ošetrovatelskými úkony a mohou je lépe přizpůsobit potřebám nemocného, na základě osobního vztahu. Pro sestru může péče rodiny představovat pomoc, ale také stimulaci pro další práci. Nevýhodou zapojení rodiny do péče je časová a psychická náročnost.

Rozhovor 4

Oslovená sestra je ve věku 42 let, je absolventkou Střední zdravotnické školy, dále si doplnila vzdělání Pomaturitním specializačním studiem ARIP, na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity vystudovala obor všeobecná sestra a později navazující magisterské studium Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Sestra pracuje v oboru 23 let, z toho 8 let pečuje o apalické pacienty.

Ohledně potřeb apalických pacientů uvádí, že apalický pacient má stejné potřeby jako každý jiný, čili příjem potravy, dýchání, vylučování, pohyb a spánek, potřebu komunikace, bezpečí a pocit, že k někomu patří. Za nejvýznamější považuje sestra právě komunikaci a fyziologické potřeby. Domnívá se, že komunikace je důležitá, protože představuje stimulaci pacienta.

Míra saturace potřeb apalických pacientů je podle jejího názoru různá, záleží, kterou sestrou je péče poskytována, to znamená někdy lépe, někdy hůře. Fyziologické potřeby hodnotí sestra jako velmi dobře zajištěné. Psychosociální potřeby jsou saturovány hůře, jejich hodnocení je obzvlášť obtížné, protože komunikace s pacientem je jednostranná a jeho pocity se velmi špatně odhadují, ale domnívá se, že jejich zabezpečení není zcela ideální.

S apalickým pacientem sestra komunikuje verbálně i neverbálně, především pomocí doteků.

Bazální stimulace je podle jejího názoru velmi vhodná, ale málo využívaná. Sama s ní zkušenosti nemá, kurz bazální stimulace neabsolvovala, ale snaží se do péče aplikovat některé prvky. Ze zkušenosti ví, že zavádění novinek do ošetrovatelské péče se často setkává u kolegyň s nedůvěrou.

Sestra se domnívá, že zlepšení péče o apalické pacienty je možné s vyšším počtem personálu, dále je třeba lépe a častěji komunikovat s rodinou nemocných a uplatňovat v péči prvky bazální stimulace.

Ohledně zapojení rodinných příslušníků do péče sestra uvádí, že je to velmi vhodné. Rodina zná nejlépe záliby a zájmy pacienta a může těmto znalostem péči přizpůsobit. Při snaze o zapojení rodinných příslušníků do péče se sestra setkala s rozličnými reakcemi. Někteří příbuzní mají zájem a reagují kladně, jiní zájem nemají, většině je třeba poradit a pomoci. V zájmu o péči se odráží minulé vztahy, které v rodině panovaly a také schopnost jednotlivce vyrovnat se s postižením pacienta.

Výhodu zapojení rodinných příslušníků do péče vidí sestra jak na straně pacienta, tak rodiny. Pro nemocného je to kontakt se jeho nejbližšími, který mu poskytuje pocit klidu a bezpečí. Rodině kontakt s pacientem pomáhá vyrovnat se s nelehkou situací. Nevýhody vyplývají ze složité komunikace sester a rodinných příslušníků. Sestra musí vyvolat zájem rodiny o nemocného. Péče je však pro rodinu časově, psychicky a často i finančně náročná.

Rozhovor 5

Dotazované sestře je 45 let, je absolventkou Střední zdravotnické školy, vzdělání si později doplnila Pomaturitním specializačním studiem intenzivní péče v nefrologii. V oboru pracuje 26 let, z toho 2 roky se setkává s apalickými pacienty.

Mezi potřeby apalických pacientů sestra řadí pohodlí, výživu, vylučování a fyzioterapii. Považuje za nutné na pacienty mluvit, aby měli kontakt s druhým člověkem. Mezi významné podněty patří podle jejího názoru hlasy příbuzných a

doteky, které mohou vyvolat vzpomínku na minulé zážitky. Za nejdůležitější potřebu považuje sestra fyzioterapii, která má význam z hlediska prevence vzniku svalových kontraktur. Sestra domnívá, že vlivem tělesného pohybu, i když pasivního, dochází ke svobodě těla, pacient není ve svém těle uvězněn. Vyprazdňování přináší úlevu a pohodlí, patří mezi základní životní potřeby. Sociální kontakt v dětství působí, že se dítě stane člověkem, v tomto případě lze říci, že díky lidskému kontaktu pacient zůstává člověkem.

Míra saturace potřeb je podle názoru sestry dobrá, ale domnívá se, že je třeba zlepšit komunikaci rodiny a ošetrovatelského personálu. Jednotlivé potřeby hodnotí se sestra následovně: Dýchání pacientů je zabezpečeno dobře, někteří nemocní mají tracheostomickou kanylu, která vyžaduje náročnější péči o dýchací cesty, výživa je velmi dobře zajištěna, zpravidla cestou nazogastrické sondy a enterální komerčně připravené stravy. Co se týká vylučování, nemocní leží v čistotě, močové katétry jsou pravidelně vyměňovány, aby nedošlo k infekci močových cest. Problém vidí sestra v nedostatku aktivity, fyzioterapii by měla být věnována větší péče, měli by se na ní podílet nejen fyzioterapeut, ale také sestra, rodina a lékař, zkrátka ten, kdo je s pacientem v nejbližším kontaktu. Za nedostatečně uspokojenou považuje sestra potřebu spánku, na pracovišti se jen obtížně odděluje den a noc a existuje zde značné množství rušivých jevů. Hygiena je zajištěna velice dobře.

Sestra uvádí, že psychosociální potřeby jsou uspokojovány podle individuálního přístupu jednotlivých sester. Potřeba jistoty může být podle jejího názoru zabezpečena prostřednictvím péče, která je mu poskytována, nemusí se však vždy cítit bezpečně, především při náhlých pohybech nebo manipulaci bez dřívějšího upozornění. Poto je třeba s pacienty mluvit a dávat jim informace ohledně dění kolem nich i s nimi samými. Potřebu sounáležitosti a lásky nemohou zajišťovat sestry, zde má přijít ke slovu rodina. Pacient by měl stále vnímat, že do své rodiny pořád patří, toho lze docílit mluvením na pacienta, pouštěním hudby, prohlížením fotografií. Možnosti rodiny jsou však omezeny, nemůže být přítomna příliš často a pacient se může cítit sám.

S apalickými pacienty komunikuje sestra především slovy, prostě si s nimi povídá. Vypráví jim, co se kolem děje a nebo hovoří o určitém tématu, třeba o vaření.

Bazální stimulace má rozhodně „něco do sebe“. Sestra se domnívá, že lze pomocí konceptu dosáhnout určitých výsledků, především zklidnění pacienta, zachování hybnosti, nedochází tak rychle k tuhnutí svalů. Pacient může vnímat svou sounáležitost s okolím. Pokud však bazální stimulace nemá „výstup“, čili hmatatelný výsledek či pokrok, sestra se domnívá, že nemá její provádění smysl.

S prováděním bazální stimulace má sestra určitou zkušenost, zkoušela určité prvky pod vedením kolegyně. Provádí ji fyzioterapeut nebo sestra.

Sestra se domnívá, že uspokojování potřeb apalických pacientů je možné s vyšším počtem personálu, sester, fyzioterapeutů a založením většího množství apalických jednotek, kde bude pacientům věnována maximální péče a pozornost sester nebudou strhávat pacienti s příznivější prognózou.

Zapojení rodinných příslušníků do péče sestra vnímá jako velmi vhodné, rodina se má podle jejího názoru nemocnému maximálně věnovat. Účast na péči je ovlivněna osobností rodinného příslušníka, někdo se zapojuje bez ostychu, jiný je „studený čumák“, příčinou mohou být obavy, že udělá v přístupu k nemocnému chybu a ublíží mu nebo špatný vztah k pacientovi z minulosti.

Příbuzní znají pacienta jako zdravého člověka plného energie, teď když bezmocně leží, nevnímá a není schopen kontaktu, rodina neví, jak s ním má jednat, potřebuje pomoc a radu sestry. Sestra má zkušenost, že po jejím zásahu se někdo začne nemocnému věnovat, ale jiný ani potom neprojeví zájem.

Péče rodinných příslušníků je pro pacienta velmi výhodná. Rodina, která se naučí pečovat, může mít pacienta doma, taková možnost by mohla přinést určitou úlevu zdravotnímu systému, ale není příliš obvyklá. Pokud dojde ke spolupráci sester a rodiny, sestry mohou poskytnou kvalitnější péči na základě lepšího poznání pacienta. V péči rodiny o apalického pacienta nevidí sestra žádnou nevýhodu.

4.1.2 Rozhovory se sestrami JIP - ONP 2

Rozhovor 6

Oslovená sestra je ve věku 38 let, vystudovala Střední zdravotnickou školu, celkově pracuje ve zdravotnictví 8 let, o apalické pacienty pečuje 4 roky.

Na téma potřeb apalických pacientů sestra uvádí potřebu hygieny, polohování, krmení, podávání léků a lidský přístup. Za nejdůležitější považuje podávání stravy a léků, neboť tímto způsobem jsou pacienti udržováni při životě.

Ohledně saturace potřeb se sestra domnívá, že o pacienty je velmi dobře postaráno. Na oddělení pracuje ráda, protože se zde nic nešidí, na vše se dbá, nemocní jsou podle možností v relativně dobrém stavu, nemají proleženiny.

Dále sestra hovoří o saturaci fyziologických potřeb. Pacienti dýchají pomocí tracheostomické kanyly, která je měněna jednou týdně a napojena na nebulizátor a sekret z dýchacích cest je pravidelně odsáván.

Hygiena nemocných je prováděna ráno a večer a každý pacient je dvakrát týdně vykoupán ve sprchovém lůžku.

Výživa je zajištěna velmi dobře formou bolusového podávání enterální, komerčně připravené výživy, která je podávána pětkrát denně pomocí Janetovy stříkačky. Pacienti mají zavedenu nasogastrickou sondu nebo PEG. Někteří nemocní jsou schopni přijímat potravu ústy, ale ne natolik, aby perorální příjem pokryl nároky organismu. Proto tato forma stravy představuje pouze doplněk, který slouží spíše k uspokojení chuti pacienta.

Vylučování moči je zajištěno zavedeným permanentním močovým katétre popřípadě epicystostomií. Katétrů musí být však často měněny, neboť se v močových cestách tvoří písek, kterým jsou katétrů zanášeny. Pokud pacient nemá stolici čtyři dny, je mu podáno projímadlo a to Regulax nebo List senny.

Ohledně aktivita sestra uvádí, že na pacienty se hodně mluví, někteří mluvené řeči rozumí, dříve na oddělení docházela logopedka. Také je pacientům pouštěna televize.

Spánek je také dobře zajištěn, pacienti nejsou od 24 do 4 hodin polohováni, leží na zádech a nejsou rušeni. Vyjimku představují proležení pacienti.

Sestra se domnívá, že v uspokojování psychosociálních potřeb hraje hlavní roli rodina. Pacienty navštěvují především matky, ale také manželky, děti a další rodinní příslušníci, ti ovšem nemohou přicházet denně. Sestra je přesvědčena, že na pacientech lze poznat smutek, když návštěva dlouho nepřijde.

Na téma komunikace sestra uvádí, že na pacienty mluví a oznamuje jim, co s nimi bude dělat.

Ohledně bazální stimulace sestra vypovídá, že je na jejich oddělení prováděna v rámci běžné péče, osobně ji také provádí, přestože nemá kurz. Domnívá se, že má své opodstatnění a uvádí případ pacienta, u nějž matka pečlivě prováděla bazální stimulaci a jenž je v současné době v domácí péči, odkázán na vozíček, ale částečně soběstačný.

Na téma zlepšení péče u apalických pacientů sestra vypovídá, že velký vliv na kvalitu péče má přístup jednotlivých sester. Další možnosti vedoucí ke zkvalitnění péče sestra neuvádí.

Zapojení rodinných příslušníků do péče sestra považuje za velice vhodné. Návštěvy nových pacientů jsou sestrami v oblasti péče edukovány, reakce jsou vesměs příznivé, příbuzní pacienty masírují, dotýkají se jich a hladí je. Někteří členové rodiny se však ostýchají pacienta dotknout, jen stojí u lůžka a pozorují jej zpozzdáli. Staniční sestra edukuje rodinu v oblasti bazální stimulace. Jako výhodu péče rodinných příslušníků vidí sestra v tom, že se jedná o péči navíc. Žádné nevýhody v zapojení rodiny do péče sestra nespátřuje.

Rozhovor 7

Dotazovaná sestra je ve věku 37 let, absolvovala Střední zdravotnickou školu a Pomaturitní specializační studium ARIP. Délka její praxe je 17 let, z toho 12 let pečuje o apalické pacienty.

Mezi potřeby apalických pacientů podle jejího názoru patří ošetrovatelská péče, čili polohování, krmení, hygiena, péče o lůžko, výživa a styk s rodinou. Za významnou sestra považuje celou oblast ošetrovatelské péče, všechny výkony mají stejnou hodnotu.

Ohledně saturace potřeb apalických pacientů sestra uvádí, že je velmi dobrá. Na oddělení je na pacienty dostatek času, odpadají zde příjmy, překlady a propuštění, pacienti jsou hospitalizováni dlouhodobě, sestry je dobře znají, panuje tu rodinná atmosféra. Na téma uspokojování fyziologických potřeb sestra uvádí, že jsou zajištěny velmi dobře. Pacienti mají tracheostomické kanyly, sestry pečují o toaletu dýchacích cest. Také výživa je dobře zajištěna, nemocným je podávána enterální výživa pomocí nasogastrické sondy či PEG každé 2 až 3 hodiny, následně je sonda propláchnuta čajem. Pacienti, kteří mohou polykat dostávají pudink nebo Lipánek.

Nemocní vylučují moč pomocí permanentních močových katétrů, jeden má epicystostomii. V močových cestách se navzdory hojné hydrataci objevuje písek, který způsobuje neprůchodnost katétrů, takže musí být často měněny.

Aktivita nemocných je zajištěna polohováním po 2 až 3 hodinách, pacienti jsou také vysazováni v lůžku, je jim pouštěno rádio nebo televize. U nemocných se provádí bazální stimulace, občas jsou vysazováni do křesla, ale je to velice namáhavé pro personál, je třeba více lidí a sanitář - muž.

Sestra si není jistá, zda pacienti dobře spí. Přesto, že v noci je tma a rušivé vlivy jsou minimální, někteří nemocní leží s otevřenými očima. Hygiena je prováděna dvakrát týdně ve vaně, ostatní dny na lůžku a je dobře zajištěna.

Na téma uspokojování psychosociálních potřeb sestra uvádí, že je to především v kompetenci rodiny. Rodinní příslušníci znají pacienta nejlépe, mluví na něj, nosí mu rozmixovaná oblíbená jídla, která jsou podávána do sondy. Jejich přítomnost je pro pacienta velmi důležitá. Na pocitu bezpečí se mohou podílet i sestry a to laskavým a vlídným přístupem, šetrným zacházením. Není vhodné přijít k nemocnému a prudce z něho strhnou deku. Zvláště jedna naše pacientka je hodně lekává a reaguje vyděšeně na sebemenší podnět. Sestra se obává, že tyto potřeby nejsou saturovány dostatečně.

Na téma komunikace sestra uvádí, že v této oblasti je velmi vhodná bazální stimulace. Používá se však pouze občas a jen u někoho, soustavně se neprovádí. Za velmi prospěšný považuje iniciální dotek. Reakce pacientů jsou rozličné,

pokud však mají sestry pocit, že pacient na bazální stimulaci reaguje, provádějí ji u něho.

Jak sestra uvedla v předešlé otázce, bazální stimulaci považuje za významnou součást ošetrovatelské péče. Nejprínosnější se jí zdají být masáže a uklidňující koupel, které u nemocných někdy praktikuje. Sestra má pocit, že fotografie rodinných příslušníků kolem lůžka vyvolávají u nemocných pláč, který se občas objevuje.

Ohledně zlepšení saturace potřeb sestra uvádí, že v rámci možností se jim daří dobře. Změna by byla možná, pokud by se uvolnilo více finančních prostředků a prováděla by se důsledně fyzioterapie a bazální stimulace.

Na téma zapojení rodinných příslušníků do péče sestra uvádí, že je to velmi individuální, podle typu osobnosti příbuzného. Někdo zkrátka pohled na takto postiženého člověka nesnese. Někteří členové rodiny se naopak zapojují ochotně, provádějí masáže, mluví na své blízké, vypráví jim, co se doma přihodilo, oholí je nebo jim ostříhají nehty. Je vhodné, aby příbuzní měly v prvním období návštěv podporu sestry.

Ohledně reakcí rodinných příslušníků při snaze o jejich zapojení do péče uvádí sestra příklad manžela jedné pacientky, který měl strach z jejich bolestivých reakcí a proto se jí odmítal dotknout. Podle sestřiny zkušenosti příbuzní často očekávají nereálnou reakci ze strany pacienta, domnívají se, že jednou promluví, neustále je budí a snaží se je k takové reakci vyprovokovat. Sestry rodině vysvětlují, jak mají s pacienty zacházet.

Mezi výhody, které vyplývají ze zapojení rodiny do péče, vidí sestra trojí výhodu. Jednak je to úspora času pro sestry, které jsou zavaleny nadbytečnou administrativou, která se stále rozrůstá. Pro pacienta pocit, že k někomu patří a rodinní příslušníci jsou spokojeni, že mohou pro svého nemocného něco udělat.

Jako nevýhodu zapojení rodiny do péče vidí sestra, že rodina se vměšuje do odborné péče nebo má nepřiměřené požadavky.

Rozhovor 8

Dotazovaná sestra je ve věku 35 let, absolvovala Střední zdravotnickou školu. Celková délka její praxe je 10 let, o apalické pacienty pečuje 2 roky.

K otázce týkající se potřeb apalických pacientů sestra uvádí hygienu, polohování, bazální stimulaci, stravu a styk s rodinou. Za nejvýznamější potřebu považuje polohování jako prevenci vzniku dekubitů a styk s rodinou, který dává nemocnému pocit sounáležitosti.

Ohledně míry saturace potřeb se sestra domnívá, že je dobrá. Fyziologické potřeby jsou dobře zajištěny, dýchání pomocí nebulizace tracheostomické kanyly a pravidelným odsáváním, výživa jednak enterální výživou nebo domácí stravou, potřeba tekutin je hrazena čajem, jímž se proplachuje nasogastrická sonda. Vylučování stolice je třeba napomáhat podáním projímadla, každý čtvrtý den v případě, že se stolice nedostavila spontánně. Aktivita je zajištěna pomocí fyzioterapie každé dopoledne, podílí se na ni také rodiny pacientů, které provádějí masáže. Potřeba spánku se hodnotí obtížně, ale zdá se, že nemocní v noci spí, rozhodně mají pro spánek vytvořeny dobré podmínky. Hygiena je prováděna dvakrát denně a dvakrát v týdnu jsou nemocní sprchováni v pojízdném koupacím lůžku.

Na téma psychosociálních potřeb sestra uvádí, že jejich uspokojení zřejmě souvisí se stupněm vnímání pacienta. U těch pacientů, kteří mají zřetelné reakce na vnější podněty, má zabezpečení psychosociálních potřeb smysl. Ostatní tyto potřeby snad ani nemají. V každém případě je pro pacienty vhodné, když je navštíví rodina. Ta ovšem nemůže být nepřetržitě přítomna, proto v oblasti psychosociální mohou nemocní strádat.

Sestra s pacienty komunikuje verbálně, vždy oznamuje, co s nimi bude dělat.

Na téma bazální stimulace se sestra uvádí, že je vhodné ji zařazovat do ošetrovatelské péče, ale udává, že toho o ní mnoho neví a nemá s ní žádné osobní zkušenosti.

Lepšího uspokojení potřeb apalických pacientů lze podle jejího názoru docílit intenzivnějším stykem s rodinou.

Na téma zapojení rodinných příslušníků do péče sestry uvádí, že je považuje za vhodné, setkala se při něm převážně s pozitivními reakcemi. Někteří příbuzní o to nemají zájem, stojí jen nečinně u lůžka a neví, co mají dělat. Zapojení rodiny do péče je podle jejího názoru výhodné pro pacienta, domnívá se, že kontakt s rodinou je pro něj důležitý, aby měl pocit, že k někomu patří. Pro rodinu je dobré vědomí, že udělala něco pro svého blízkého.

Rozhovor 9

Oslovená sestra je ve věku 38 let, je absolventkou Střední zdravotnické školy, celková délka její praxe je 15 let, délka praxe v ošetřování apalických pacientů 8 let.

Na téma potřeb apalických pacientů sestra uvádí péči o tělo, kam řadí mytí, péči o pokožku, stravu a hydrataci, polohování, dále považuje za nutné s pacientem mluvit jako s normálním člověkem citlivě a vlídně. Ohledně významu jednotlivých potřeb je podle jejího názoru významná strava, polohování a další činnosti vedoucí k uchování života. Domnívá se, že apalickým pacientům má být poskytnuta bazální péče, za nevhodné považuje zbytečné podávání antibiotik a snahu uchovat člověka při životě za každou cenu.

Ohledně saturace potřeb apalických pacientů se sestra domnívá, že na jejím oddělení je péče skutečně vynikající, jako důkaz uvádí, že pacienti nejsou proleženi. Pokud přijdou s proleženinou z jiného oddělení, je zpravidla úspěšně zahojena. O jednotlivých fyziologických potřebách sestra říká, že jsou skutečně velmi dobře zabezpečeny. Uspokojení psychosociálních potřeb považuje za obtížnější. U některých pacientů se jejich reakce na dotyk, oslovení nebo manipulaci s nimi jen těžko odhaduje, každý pacient je postižen jiným způsobem a má jiné projevy. Přes svou nemohoucnost a závislost na péči druhých zůstává pacientovi určitá individualita, každý je osobnost.

Na otázku týkající se komunikace odpovídá, že komunikuje s pacienty pomocí slov a doteků.

Na téma bazální stimulace sestra uvádí, že je pro pacienty přínosem, ale v rámci běžného provozu oddělení na ni není dostatek času. Snad by bylo vhodné určit jednu sestru, která by se jí věnovala. Osobní zkušenost s prováděním bazální stimulace sestra má, absolvovala příslušný kurz a také ji provádí, ovšem ne v míře, která by byla pro pacienty optimální.

Ohledně lepšího uspokojování potřeb apalických pacientů sestra uvádí, že je vhodný větší styk s rodinou, ale příbuzní zpravidla nemají tolik času.

Na otázku, týkající se zapojení rodinných příslušníků do péče sestra odpovídá, že jejich přítomnost na oddělení je pro pacienty velkým přínosem, domnívá se, že pacienti jejich přítomnost vnímají a dobře na ně působí. Při zapojení rodinných příslušníků do péče se sestra setkala spíše s pozitivními reakcemi. Sestry edukují rodinu v oblasti provádění bazální stimulace, názorně jim ukazují, jak je třeba s nemocným zacházet. Příbuzní pacienty masírují, tam, kde je to vhodné, krmí nemocné jídlem přineseným z domova, zde je však nutno upozornit na riziko aspirace. Návštěvy nemocným také zpívají, vyprávějí jim, dávají jim do rukou předměty denní potřeby, nasazují jim brýle, hovoří s nimi.

Zapojení rodiny do péče vidí sestra jako výhodné pro obě strany. Na pacienty působí blahodárně, dává mu pocit bezpečí a rodiny mají vytvořený jakýsi rituál spojený s návštěvou. Přicházejí především matky, ty jsou v návštěvách nejvytrvalejší. Manželky navštěvují pacienty zpočátku denně, postupně návštěvy slábnou a nakonec ustávají.

Jako nevýhodu návštěv vidí sestra v narušení chodu oddělení nebo poškození pacienta neodbornou péčí, například právě již zmiňovanou aspirací.

Rozhovor 10

Oslovená sestra je ve věku 48 let, po absolvování Střední zdravotnické školy si doplnila vzdělání Pomaturitním specializačním studiem ARIP. Délka její praxe je 22 let, o apalické pacienty pečuje 10 let.

Na téma potřeb apalických pacientů sestra uvádí ošetřovatelskou péči, to znamená polohování, krmení, masáže, hygienu a vylučovní. Za nejvýznamější považuje sestra potřeby psychosociální, protože pacient potřebuje cit a vztah

navzdory svému bezvědomí. Je třeba si pořád uvědomovat, že máme před sebou člověka, který má stejné potřeby jako my ostatní.

No otázku týkající se míry saturace potřeb sestra odpovídá, že na jejich oddělení jsou potřeby plně uspokojovány, vzhledem k počtu personálu a pacientů mohou mít nemocní tu nejlepší péči.

K uspokojování jednotlivých fyziologických potřeb sestra říká, že pacienti dýchají spontánně pomocí tracheostomické kanyly napojené na nebulizátor, přesto se někdy tvoří v kanyle krusty. Pacienti jsou vyživováni komerčně vyráběnými přípravky enterální výživy jako jsou Fressubin nebo Nutrison. Strava se podává do nasogastrické sondy, zároveň je podávána strava přinesená rodinou, kterou sestra považuje za vhodnou, protože obsahuje čerstvé potraviny a zeleninu.

Moč pacienti vylučují pomocí permanentního močového katétru, problémy mívají se stolicí, střevní peristaltika je při dlouhodobém ležení zpomalená, proto jsou pacientům po čtyřech dnech podávána projímadla. V rámci aktivity se provádí polohování, bazální stimulace, masáže, orální stimulace, pacienti mají kolem sebe věci přinesené rodinou, například plyšové hračky. Spánek je zabezpečen dobře, pacienti jsou od půlnoci do 4 hodin napolohováni na záda a nejsou rušeni. Celkově hodnotí fyziologické potřeby jako velmi dobře zajištěné.

Ohledně zajištění psychosociálních potřeb sestra říká, že sestry mají k pacientům vztah, protože se jedná o dlouhodobé hospitalizace trvající několik let. Všichni pacienti mají návštěvy, nejvíce docházejí za nemocnými maminky, ale i ostatní členové rodiny. Jak jsou potřeby uspokojeny se jen těžko hodnotí, protože pacienti jsou schopni jen neurčitých projevů.

Na téma komunikace sestra říká, že na pacienty hovoří normálně, dále komunikuje pomocí doteků, někteří však nereagují ani na dotek, ani na slova. Mluvení považuje za vhodné pro sestru, pro pocit, že zachází s pacientem správně, ale vlastně si není jistá, má-li mluvená řeč nějaký význam pro pacienta.

Na téma bazální stimulace sestra vypovídá, že sama ji neprovádí, ale vzpomíná si na pacienta, jehož rodina platila speciálně školenou sestru, která s

ním bazální stimulaci prováděla, Pacient odešel ve výrazně lepším stavu domů, proto se domnívá, že je velmi přínosná.

Ohledně lepšího uspokojování potřeb apalických pacientů sestra nemá žádný nápad.

Na téma zapojení rodinných příslušníků do péče sestra uvádí, že je velmi důležité. Návštěvám je zpočátku třeba poradit, co mohou dělat, jak se mají k nemocnému chovat, že na něj mají mluvit a dotýkat se ho. Je vhodné rodinu edukovat v oblasti bazální stimulace, navrhnout příbuzným, aby nemocnému přinesli oblíbenou věc, hudbu, fotografie nebo obrázky.

Při zapojení rodiny do péče se sestra setkala především s příznivými reakcemi, někteří příbuzní jen stojí u lůžka a koukají se na nemocného, nejsou schopni se přiblížit a oslovit ho. Některým pomůže k navázání kontaktu rada sestry, někteří však nemají zájem, proto se jim sestra nevnučuje.

Jako výhodu zapojení rodiny do péče vidí sestra skutečnost, že pacient je v kontaktu se svými blízkými, cítí, že má o něj někdo zájem, každý z nás potřebuje trochu lidského tepla. Členové rodiny mají zase dobrý pocit z toho že pro nemocného něco udělali, dali mu najevo svůj zájem.

Za nevýhodu sestra považuje situaci, kdy příbuzní neplní pokyny sester v oblasti péče. Setkala se s příbuznými, kteří se vytrvale pokoušeli krmit pacienta, který neměl zachovanou schopnost polykání. V minulosti se sestra setkala s rodinami, které neustále vytvářely napjatou atmosféru a nebylo možno se jim nikdy zavděčit.

4.1.3 Tabulky výsledků rozhovorů se sestrami

Tabulka 1 Věk sester

Věk	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
20 - 29	1			+							
30 - 39	6	+	+				+	+	+	+	
40 - 49	3				+	+					+

Tabulka vypovídá o rozhraní, ve kterém se pohybuje věk 10 oslovených sester. Z tabulky vyplývá, že 6 sester je ve věku 30 - 39 let, 3 sestry se pohybují mezi 30 a 39 lety a pouze jedna sestra je ve věku 20 - 29 let.

Tabulka 2 Vzdělání sester

Vzdělání	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
středoškolské	4	+					+		+	+	
postgraduální	4		+			+		+			+
vysokoškolské	2			+	+						

Tabulka uvádí věk 10 oslovených sester. Většina sester má středoškolské nebo postgraduální vzdělání, obě skupiny jsou zastoupeny 4 sestrami. Vysokoškolského vzdělání dosáhly pouze 2 sestry, obě pracují na INT JIP.

Tabulka 3 Celková délka praxe

Délka praxe	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
1 - 4	1			+							
5 - 9	1						+				
10 - 19	5	+	+					+	+	+	
20 a více	3				+	+					+

Tabulka uvádí celkovou délku praxe 10 dotazovaných sester. Méně jsou zastoupeny sestry s praxí mezi 1 - 4 roky a 5 - 9 roky, každá skupina pouze 1 sestrou. Největší skupina, celkem 5 sester, má celkovou praxi v rozmezí 10 - 19 let a 3 sestry pracují již 20 let a více.

Tabulka 4 Délka praxe v ošetřování apalických pacientů

Délka praxe v péči o AP	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
1 - 4	4			+		+	+		+		
5 - 9	3	+			+					+	
10 - 19	3		+					+			+

Tabulka uvádí délku praxe v péči o AP. Nejvíce je zastoupena skupina pečující v rozmezí 1 - 4 roky a sice 4 sestrami, další dvě skupiny v rozmezí mezi 5 - 9 a 10 - 19 lety jsou shodně zastoupeny 3 sestrami.

Tabulka 5 Potřeby apalických pacientů dle sester

Potřeby AP	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Dýchání	4	+	+	+	+						
Výživa	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Vylučování	6	+	+	+	+	+					+
Aktivita	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Spánek	2			+	+						
Hygiena	9	+	+	+	+		+	+	+	+	+
Jistota, bezpečí	7		+	+	+	+	+			+	+
Sounáležitost, láska	9		+	+	+	+	+	+	+	+	+

Tabulka ukazuje potřeby AP, tak jak jsou uváděny jednotlivými sestrami. Z celkového počtu 10 oslovených sester pouze 2 uvádějí potřebu spánku, 4 potřebu dýchání, 6 potřebu vylučování, 7 sester uvedlo potřebu jistoty a bezpečí, 9 sester potřebu hygieny, stejný počet potřebu sounáležitosti a lásky a všech 10 sester zmínilo potřebu výživy.

Tabulka 6 Saturace potřeb apalických pacientů dle sester

Potřeby AP	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Dýchání	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Výživa	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Vylučování	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Aktivita	6				+		+	+	+	+	+
Spánek	5				+		+		+	+	+
Hygiena	10	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Jistota, bezpečí	0										
Sounáležitost, láska	0										

Tabulka ukazuje hodnocení saturace potřeb AP, tak jak je subjektivně vnímá 10 dotazovaných sester. Všechny 10 sester považuje za plně zabezpečené potřeby dýchání, výživy, vylučování a hygieny. Pouze 6 sester považuje za plně uspokojenou potřebu aktivity, ještě hůře vnímají sestry potřebu spánku, kterou za plně zabezpečenou považuje pouhých 5 sester. Jako naprosto neuspokojené vnímají sestry potřeby jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky, které za plně uspokojené neoznačila ani jedna sestra.

Tabulka 7 Komunikace sester s apalickými pacienty

Komunikace	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Pouze verbální	5	+	+			+	+		+		
Verbální i taktilní	5			+	+			+		+	+

Tabulka uvádí způsob komunikace sester s AP. Pouze verbální komunikaci při péči používá 5 sester, dalších 5 sester používá komunikaci jak verbální tak taktilní.

Tabulka 8 Názor sester na péči dle konceptu bazální stimulace

Bazální stimulace	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Vysoce přínosná	4			+	+		+	+			+
Přínosná	5		+			+			+	+	
Nepřínosná	1	+									

Tabulka uvádí názory sester na péči dle konceptu BS. Za vysoce přínosnou považují BS 4 sestry, za přínosnou 5 sester a za zcela nepřínosnou 1 sestru.

Tabulka 9 Osobní provádění bazální stimulace

Provádění BS	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Provádí, má kurz	1									+	
Provádí, nemá kurz	5			+	+	+	+	+			
Neprovádí	4	+	+						+		+

Tabulka ukazuje provádění BS sestrami v praxi. Z 10 oslovených sester pouze 1 absolvovala kurz BS a zároveň ji provádí. 5 sester BS provádí, přestože kurz neabsolvovaly a 4 sestry neprovádějí BS vůbec.

Tabulka 10 Možnosti zlepšení saturace potřeb apalických pacientů

Možnosti zlepšení saturace potřeb	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Vyšší počet personálu	4	+	+		+	+					
Více fyzioterapie	3	+	+					+			
Více polohovacích pomůcek	1	+									
Zavádění prvků BS	2	+			+						
Důsledné provádění BS	2		+					+			
Vyšší vzdělání sester	1			+							
Lepší komunikace multidisciplinárního týmu	1			+							
Podpora laické veřejnosti	1			+							
Podpora managementu nemocnic	1			+							
Lepší komunikace s rodinou pacienta	1				+						
Častější styk pacienta s rodinou	3	+							+	+	
Osobní zainteresovanost sestry	1						+				
Kvalitnější spánek	1		+								
Vyšší počet apalických jednotek	1					+					
Neví	1										+

Tabulka ukazuje možnosti zlepšení saturace potřeb AP, tak jak je vidí jednotlivé sestry. Nejčastěji je uváděna potřeba vyššího počtu personálu, celkem 4 sestrami z 10 oslovených. 3 sestry považují za vhodné zařadit do péče více fyzioterapie, 3 sestry se domnívají, že je vhodný častější styk AP s rodinou. 2 sestry se vyslovují pro zavádění prvků bazální stimulace do péče a 2 sestry navrhuji důsledné provádění bazální stimulace. 1 sestra se domnívá, že je třeba větší množství polohovacích pomůcek, 1 sestra uvádí vyšší vzdělání sester, 1

sestra lepší komunikaci multidisciplinárního týmu, 1 sestra podporu laické veřejnosti, 1 sestra podporu zdravotnického managementu nemocnic, 1 sestra lepší komunikaci personálu s rodinou AP, 1 sestra osobní zainteresovanost sestry při péči, 1 sestra kvalitnější spánek AP, 1 sestra vyšší počet apalických jednotek a 1 sestra žádnou možnost neuvádí.

Tabulka 11 Názor sester na zapojení rodinných příslušníků do péče

Zapojení rodiny	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Vhodné	5		+	+	+				+		
Vhodné po edukaci	5	+				+	+	+		+	+
Nevhodné	0										

Tabulka ukazuje názory sester na zapojení rodiny do péče o AP. Za vhodné je považuje 5 z 10 oslovených sester, 5 sester se domnívá, že zapojení rodiny je vhodné po její předchozí edukaci. Za nevhodnou nepovažuje péči rodiny o AP žádná sestra.

Tabulka 12 Zkušenosti sester s reakcemi rodinných příslušníků na zapojení do péče

Zapojení do péče	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Ochotně	8			+	+	+	+	+	+	+	+
Po edukaci	2			+	+	+					
Nezájem	7				+	+	+	+	+	+	+
Sestra rodinu nezapojuje	2	+	+								

Tabulka uvádí reakce rodinných příslušníků na snahu o jejich zapojení do péče o AP podle zkušeností sester. S ochotou ze strany rodiny se setkala 8 z 10 oslovených sester, 7 sester se setkala s nezájmem, 2 sestry uvádějí, že rodina se zapojila až po proběhlé edukaci a 2 sestry se rodinu do péče dosud nepokusily zapojit.

Tabulka 13 Zapojení rodiny do péče - výhody pro pacienta

Výhody pro pacienta	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Osobnější péče	3		+	+		+					
Navození pocitu bezpečí	2				+					+	
Integrace pacienta do rodiny	4	+						+	+		+
Péče „navíc“	1						+				

Tabulka ukazuje výhody plynoucí pro pacienta v souvislosti s péčí jeho rodiny, tak jak je uvádějí jednotlivé sestry. 4 sestry z 10 dotazovaných se domnívají, že při péči dochází k integraci nemocného do rodiny, 3 sestry považují péči poskytnutou rodinou za osobnější, 2 sestry uvádějí, že péče rodiny dává nemocnému pocit bezpečí a 1 sestra uvádí, že se jedná o péči poskytnutou „navíc“.

Tabulka 14 Zapojení rodiny do péče - výhody pro rodinu

Výhody pro rodinu	Celkem	Sestry INT JIP					Sestry JIP ONP 2				
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Lepší zpracování zátěžové situace	2	+			+						
Pocit, že pro pacienta „něco udělali“	3							+	+		+
Neuvádí	5		+	+		+	+			+	

Tabulka ukazuje výhody pro členy rodiny, kteří pečují o AP, v souvislosti s péčí jimi poskytovanou, tak jak je uvádějí sestry. 3 z 10 oslovených sester se domnívá, že rodinní příslušníci mají dobrý pocit, že pro pacienta „něco udělali“, 2 sestry se domnívají, že pečující rodina lépe zpracuje zátěžovou situaci vzniklou v souvislosti se zdravotním stavem nemocného a 5 sester výhody pro rodinu neuvádí.

4.2 Rozhovory s rodinnými příslušníky apalických pacientů

Rozhovor 11

Respondentka je ve věku 66 let, je matkou apalického pacienta, vyučená kuchařka a kadeřnice. Její syn je hospitalizován 9 let.

Na otázku, jaká je role sestry v péči, odpovídá, že péče poskytovaná na ONP - JIP 2 je úžasná. Ví dobře, co práce sestry v těchto případech obnáší, sestřičky musí pacienty mýt, každé 2 hodiny polohovat, krmit je a dávat jim léky. O žádných dalších úkonech, které by sestry měly dále provádět neví, péče jí připadá dokonalá. Nemyslí si, že by se cokoliv v péči sester mělo měnit, snad by bylo vhodné mít k dispozici mechanické zvedáky, které by sestrám usnadnily práci s nehybnými pacienty. Viděla něco podobného v televizi.

Respondentka se domnívá, že sestry komunikují s jejím synem velmi pěkně, oslovují jej Pepičku, mají o něj zájem. O své vlastní komunikaci se synem říká, že někdy má pocit, že ji vnímá, vidí to na výrazu jeho obličeje, hlavně oživení v jeho očích. Jindy je úplně bez reakce. Respondentka se domnívá, že syn nereaguje na její hlas, ale spíše na dotyk.

O bazální stimulaci nikdy neslyšela, ale jeví o ní zájem a zapisuje si název knihy, která se jí týká.

Na péči sester jí připadá nejobtížnější psychická zátěž, den co den se dívat na pacienty v neměnném, beznadějném stavu. Na mytí stolice nebo odsávání se dá zvyknout, ale psychická zátěž je nejhorší. Dále jí připadá jako zatěžující smrt dlouhodobě hospitalizovaného pacienta. Jednou to zažila a pamatuje si, že to sestry sebralo.

Role sestry je u lůžka apalického pacienta nezastupitelná, o tom je přesvědčena. Sestry mají potřebné vzdělání, ale jsou také citlivé a laskavé.

Neumí si představit, že by syn byl umístěn jinde, než v nemocnici. Doma by péči nezvládla, neunesla by to. Manžel jí zemřel před třemi roky, domnívá se, že synův úraz a jeho následný stav k tomu přispěly. Manžel syna navštěvoval jen občas a říkal: „Ten Pepina mě úplně vysál“.

Na téma role rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské péče respondentka vypovídá, že se na péči o syna podílí. Do péče ji zapojily sestřičky hned při první návštěvě, byly velmi milé, vysvětlily ji spoustu věcí. Dále ji pomohla maminka jednoho z pacientů, která na oddělení docházela také velmi často. Zapojení do péče bylo podle jejích představ.

Pocity při poskytování péče se postupem času měnily. Zpočátku to byl jen smutek, ale po letech si zvykla. Někdy si myslí, že kdyby syn zemřel, třeba by se mu ulevilo, v tomhle stavu se jen trápí, ale kdyby k tomu došlo, přesto by byla smutná a stýskalo by se jí. Má ještě jednoho syna, ale ten bratra nenavštívil už dva roky, nesnese pohled na něj. Dělá mu to ještě větší problém, než dříve manželovi, muži zkrátka tolik nevydrží.

Paní Dagmar se domnívá, že péče o syna je důležitá především pro ni samotnou. Musí za ním chodit, nemůže opustit své dítě. Takhle má alespoň pocit, že pro něj něco udělala. Domnívá se, že její péče je pro syna důležitá, především dotyky a hlazení, ale doufá že i vyprávění a zvuk jejího hlasu. Není si ovšem jistá, jestli syn rozlišuje, zda o něj pečuje matka nebo zdravotní sestra.

Rozhovor 12

Respondentka je ve věku 60 let, sestra pacienta, má základní vzdělání. Její bratr je hospitalizován 2,5 roku.

Na téma role sestry v péči o apalického pacienta respondentka vypovídá, že sestry se starají o nemocné velmi pěkně. Je si vědoma toho, jaké ošetrovatelské úkony musí sestry vykonávat, řadí sem mytí, stříhání nehtů, krmení, přebalování, masáže, vynášení močového sáčku, zkrátka dělají všechno, co pacient potřebuje k životu. Práce je to těžká a sestry se opravdu nadřou. Nenapadá ji nic, co by mohly dělat navíc ani žádná změna v poskytované péči, je spokojená. Sestry obdivuje za jejich práci.

Respondentka se domnívá, že sestry komunikují s pacientem správně, všimla si, že na něj mluví. O své vlastní komunikaci s bratrem vypovídá, že na něho hovoří a dotýká se ho, je přesvědčená, že ví o její přítomnosti, pokaždé vidí změnu v obličeji.

O konceptu bazální stimulace nikdy neslyšela.

Za nejobtížnější v péči sester považuje respondentka manipulaci s bezvládnými pacienty, především přesun nemocného do vany, který představuje pro sestry značnou fyzickou zátěž a dále přebalování, ale na to se dá asi zvyknout. Daly se na to, říká o sestrách, musí to vydržet.

Respondentka se domnívá, že role sestry je velice důležitá, sestra je vlastně součástí pacienta, bez ní by zemřel. Péči v domácím prostředí si nedokáže představit, nebyla by schopná bratra odsát. Viděla mnohokrát, jak dramaticky na to reaguje, nedokázala by mu způsobit bolest. Snady by mohla umístit bratra jinam, ale tam by neměl takovou péči, v léčebně dlouhodobě nemocných by jistě zemřel.

Na péči kromě sester se má podle jejího názoru podílet rodina, nikdo jiný ji nenapadá.

Ohledně role rodinných příslušníků v ošetrovatelské péči respondentka uvádí, že zájem podílet se na péči má. Domnívá se že by péči zvládla i doma, kdyby nebylo nutno odsávat, neboť ona i její manžel jsou již v důchodu.. Ale je pravda, že by to bylo psychicky hodně náročné.

Do péče o bratra ji zapojily sestry, ukázaly jí, co s ním může dělat. Maže bratrovi ruce, masíruje nohy, cvičí s ním. Občas mu dá i něco ochutnat, ale sestřičky řekly, že je třeba dát pozor, aby se nezakuckal, takže je opatrná. S bratrem si také povídá, vypráví mu, co se doma změnilo, je přesvědčená, že ji vnímá. Když přijde na návštěvu, bratr je ztuhlý a má zařáté ruce, když cítí naši přítomnost, uvolní se, cítí se jistě lépe.

O svých pocitech při poskytování péče uvádí, že přichází pokaždé se strachem. S bratrem si byli velmi blízcí, byl u ní doma po rozvodu denně. A její pocity - pokaždé pláče.

Péče o bratra je pro ni velkým přínosem, bude za ním chodit, co bude živa. Mám pocit uspokojení, že jsem pro něj něco udělala.

Respondentka je přesvědčená, že její péče má význam i pro bratra, je přesvědčená, že něco cítí, něco mu to dává. Je jako kocour, když ho hladíte, mhouří oči, pozná, když má blízké lidi kolem sebe.

Rozhovor 13

Respondentka je ve věku 35 let, sestra nemocného, který je hospitalizován pátým rokem. Má střední vzdělání s maturitou.

Na téma péče sester o apalického pacienta respondentka vypovídá, že péče je perfektní, nemá k ní vůbec žádné připomínky, sestry podle jejího názoru skutečně dělají, co mohou. K tématu jednotlivých ošetrovatelských úkonů, jež musí sestra vykonávat, uvádí polohování, přebalování, hygienu, odsávání, krmení, koupání, stříhání nehtů a mytí vlasů. Domnívá se, že sestry žádné další výkony dělat nemusí, se způsobem péče je spokojená, nepřemýšlela o jeho změně.

Ohledně komunikace sester s jejím bratrem uvádí, že sestry jej oslovují křestním jménem, hladí ho, komunikují slovy i pomocí dotyku. Domnívá se, že postupují správně. Ohledně své vlastní komunikaci s bratrem se domnívá, že bratr vnímá, že je u něho. Vidí to na jeho tváři, bratr změní výraz obličeje, je rozrušený.

O konceptu bazální stimulace slyšela, ví, že na pacienty se má mluvit, dotýkat se jich, pouští se jim hudba. Respondentka absolvovala pečovatelský kurz v době, kdy přišla o zaměstnání, tam poprvé slyšela o bazální stimulaci. Domnívá se, že bazální stimulace je velmi prospěšná, ale v nemocnicích nebo domovech důchodců, kde byla na praxi, na to není čas.

V péči sester považuje respondentka za nejobtížnější fyzickou zátěž, to znamená manipulaci s pacientem.

K roli sestry respondentka uvádí, že některé výkony by mohl člověk dělat sám, ale sestra má přece jenom víc praxe a zkušeností. U pacienta by mohlo dojít náhle k ohrožení života a sanitárka nebo pečovatel by si nevěděli rady. Sestra by nemusela péči vždy sama dělat, ale měla by na ni dohlížet, měla by být nablízku.

Ohledně péče mimo zdravotnické zařízení respondentka uvádí, že jinde by péče nebyla na takové úrovni a bratr by dříve zemřel. Doma by péči nezvládla, především fyzicky. Sestra přece jen pečuje o nemocného 12 hodin a pak jde

domů, ale mít ho doma nepřetržitě by představovalo velkou zátěž. Také by tím nechtěně zasáhla do potřeb ostatních členů rodiny.

Na otázku, zda by se na péči měl kromě sester podílet ještě někdo další, odpovídá, že ne, v této podobě považuje péči za dostačující.

Na téma zapojení rodinných příslušníků do péče respondentka odpovídá, že o bratra pečuje při každé návštěvě. Po příchodu bratra pozdraví, vypráví mu, otírá mu čelo, obličej a ruce, češe ho, maže mu rty jelením lojem Ví, že jí bratr nerozumí, ale je si jistá, že vnímá její hlas.

Do péče ji zapojily sestřičky, protože se ptala, co může s bratrem dělat. Zapojení do péče odpovídalo jejím představám, sestry byly velmi vstřícné.

Při poskytování péče je jí velmi smutno, má pocit naprosté bezútěšnosti, ale nic jiného pro bratra dělat nemůže. Podle jejího názoru si zpackal život, pokusil se totiž o sebevraždu v souvislosti s probíhajícím rozvodem.

Péče o bratra jí připadá smysluplná. Chodí za ním, aby nebyl sám a také kvůli mamince, která by jinak měla pocit, že jej všichni opustili. Otec za synem nechodí, je už velmi starý, nemá na to sílu a to ani tělesnou ani duševní.

Paní Zdeňka je přesvědčená, že přítomnost rodiny u lůžka apalického pacienta je pro postiženého přínosem, jak to již z rozhovoru vyplynulo.

Rozhovor 14

Respondentka je ve věku 33 let, je sestrou apalického pacienta hospitalizovaného 4 měsíce, který v nedávné době zemřel. Má střední vzdělání s maturitou, shodou okolností je zdravotní sestra, takže problematiku vnímá jako člen rodiny i jako zdravotník.

Ohledně role sestry v péči o apalického pacienta respondentka vypovídá, že sestry se opravdu snažily, ale má pocit, že mohly více spolupracovat s rodinou. Některé byly opravdu laskavé, ale jiné zas příliš rázné a nešetrné.

Mezi ošetrovatelské výkony respondentka řadí hygienu, polohování, péči o tracheostomickou kanylu, výživu a vyprazdňování. Na otázku, zda je vhodné zařadit nějaké další výkony odpovídá kladně a uvádí ošetřování podle konceptu bazální stimulace a Vojtovu metodu v rámci fyzioterapie.

Respondentka se domnívá, že způsob péče by se měl v některých věcech změnit, sestry by měly být při poskytování péče šetrnější a více na pacienty hovořit. Také prostředí JIP ONP 2 považuje za nepěkné. Je to stará budova, vše je ošumělé, ponuré, po zdi vede potrubí, místnosti působí bezútěšně a neútně. Pacienti také nemají zajištěno žádné soukromí, lůžka nejsou oddělena ani závěsem. Lze sice namítnout, že pacientům na tom již nezáleží, ale rodinní příslušníci, kteří chtějí na svého nemocného mluvit a dotýkat se ho, by určité soukromí ocenili.

Ohledně komunikace sester s pacienty uvádí, že záleželo na jednotlivých sestřích. Některé byly skvělé, především mladší sestřičky. Hovořily na bratra, informovaly jej o všem, co se s ním bude dít. Některé starší sestry ovšem přišly k lůžku a rovnou strhly pokrývku.

Na téma své vlastní komunikace s bratrem uvádí, že mu vyprávěla, co se doma událo, líčila své zážitky s tříletou dcerou, vždycky mu říkala, co s ním bude dělat. Pouštěla mu hudbu do uší, dávala mu ochutnat Nutellu, kterou měl rád. Nejprve na ni vůbec nereagoval, později se zdálo, že mu dělá dobře, příště zase nereagoval. Člověk se snaží udělat úplně všechno. Lékař ji na CT snímku ukazoval, jak rozsáhlé je poškození mozku. Vlastně nikdy nevěřila, že všechna ta péče pomůže, ale musela to dělat, nemohla ho jen tak nechat ležet, nechtěla, aby byl sám.

O konceptu bazální stimulace slyšela, přečetla si knížku a nechala si to názorně ukázat od známé, která má kurz.

Na otázku, co v péči sester považuje za nejobtížnější, uvádí beznaděj spojenou s péčí o apalické pacienty, sestry nikdy nevidí žádné zlepšení, žádný posun dopředu. Hospitalizace jsou dlouhodobé, stav nemocných bezútěšný, sestry jsou podle jejího názoru ohroženy syndromem vyhoření.

Role sestry u lůžka apalického pacienta je podle respondentky v něčem nezastupitelná, například při podávání léků, péči o tracheostomickou kanylu, ale řadu věcí může provádět pečovatel.

O péči v domácím prostředí rodina respondentky uvažovala, ale na to je třeba mít čas a peníze. Někdo by musel zůstat doma a celodenně o bratra pečovat, to je psychicky dost náročné. Je třeba mít někoho na vystřídání, aby se člověk nezbláznil. Otázkou je, zda by zdravotní pojišťovna poskytla nějakou materiální a finanční pomoc? Rodina neměla vhodný prostor, bylo by třeba vyhradit nemocnému jednu místnost a oni všichni mají jen malé byty v paneláku.

Respondentka se domnívá, že na péči by se kromě sester měly větší mírou podílet fyzioterapeuté, kteří by prováděli Vojtovu metodu.

Ohledně role rodinných příslušníků v péči respondentka uvádí, že do péče se pravidelně zapojovala celá rodina. Sestry jí vše vysvětlovaly a ukazovaly, zpočátku nevěděly, že je také sestra. Některé byly velmi přátelské, ptaly se na dceru a různé osobní záležitosti, byly jí velmi blízké. Na oddělení panovala přátelská atmosféra, každá návštěva má své vlastní pantofle, takže si člověk připadal trochu jako doma. Sestry jí informovaly o celé řadě věcí, vysvětlily jí, že bratr musí být uložen v hlavní místnosti, kde je inspekční pokoj, protože jako nový pacient potřebuje zvýšený dohled, o tom, že špatně toleruje stravu a zvrací, poradili jí také, aby mu zkusila dát ochutnat Nutellu.

Když jsme však chtěli něco navíc, byl problém, nic nešlo snadno. Přinesla jsem bratrovi vlastní trička, všechny jsem vzadu rozstříhlala, aby vypadaly jako nemocniční „anděl“, ale sestry mu je téměř nikdy neoblékly. Chtěla jsem mu z domova přinést vlastní povlečení, ale z hygienických důvodů to bylo zamítnuto.

Ohledně vlastních pocitů při poskytování péče respondentka uvádí, že zpočátku jen brečela. Bylo jí velmi nepříjemné, že nemá s bratrem kouska soukromí. Později byl bratr přeložen na menší, dvojlůžkový pokoj, ale tam byla zase kamera. Chodila tam hlavně z povinnosti, aby si později nic nevyčítala.

Respondentka se domnívá, že péče rodiny je významná jak pro pacienta, tak pro rodinu samotnou. Nemocný musí vědět, že ho mají rádi, že k nim pořád patří a rodina pomocí péče poskytuje svému příbuznému to málo, co je možno pro něj udělat.

Rozhovor 15

Respondentka je ve věku 28 let, je dcerou pacientky hospitalizované půl roku, má vysokoškolské vzdělání.

Ohledně péče sester uvádí, že na INT JIP, kde byla maminka dříve hospitalizována byla s péčí více spokojená. Sestry se mamince více věnovaly, mluvily na ni. Na JIP ONP 2 udělají, co musí, jenom ten základ.

Jako ošetrovatelské úkony, které sestry vykonávají při péči o apalického pacienta uvádí cvičení, hygienu, krmení, přebalování, stříhání nehtů. Žádné úkony, které je třeba dělat navíc ji nenapadají, v tomhle stavu nemá cenu něco vymýšlet, možná to mělo smysl na začátku. Respondentka se domnívá, že způsob péče není špatný, ale přístroje na oddělení jsou staré, když začnou pískat, stejně je nikdo neslyší a nikdo nepřijde. Kdyby máma umřela, nikdo by si toho nevšiml.

Ohledně komunikace sester s její matkou uvádí, že sestry se snaží, ale informují pouze o tom, co budou dělat, nemluví s maminkou jako s normálním pacientem. Může to ale jen těžko posoudit, když přijde na návštěvu, je s matkou na dvojlůžkovém pokoji sama, takže neví, jak se sestry chovají, když odejde.

Na otázku týkající se její vlastní komunikace s maminkou odpovídá, že je to pořád horší, matka reaguje čím dál méně. Už jen občas otevře oči.

O konceptu bazální stimulace slyšela, domnívá se, že je to dobré, proč nezkusit něco nového? Podle jejího názoru je bazální stimulace vhodná i v případě, že není vidět výrazná změna k lepšímu, nikdo neví, co pacient vnímá.

Za nejobtížnější v práci sestry považuje manipulaci s bezvládným tělem, dále psychickou zátěž vyplývající z beznadějného stavu nemocných.

Roli sestry považuje za nezastupitelnou, domnívá se, že by bylo třeba větší množství personálu, který by byl rozdělen na sestry a ošetrovatelky. Sestry by nemusely nemocné koupat nebo přebalovat, měly by dělat pouze odbornou práci, kvůli které studovaly.

Respondentka se domnívá, že péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení je pro maminku nejlepší, doma by to asi nebylo příliš vhodné. Bylo by to smutné

a depresivní, příliš náročné pro všechny členy rodiny, neumí si to vůbec představit.

Na otázku, zda by se na péči kromě sester měl podílet ještě někdo jiný odpovídá, že by mělo být více rehabilitace.

Ohledně role rodinných příslušníků v péči respondentka uvádí, že se do péče zapojovala hned od začátku matčiny nemoci. Na INT JIP ji do péče zapojily sestry a ergoterapeutka, která tam pravidelně docházela. Na JIP ONP 2 ji nezapojil nikdo, sestry podle jejího názoru nedělají nic navíc. Respondentka si s maminkou povídá, dotýká se jí, natírá ji pleťovým mlékem, masíruje ji. Její pocity při poskytování péče byly velmi bolestné, ale to nejhorší již odeznělo.

Péče, kterou mamince poskytuje má pro ni velký význam. Naděje umírá poslední, co kdyby se maminka probrala, co kdyby vnímala, nesmí zůstat v nemocnici opuštěná. Respondentka věří, že maminka má z její péče prospěch a dobrý pocit, ačkoliv docela jistá tím, co matka cítí a vnímá, si být nemůže.

4.2.1 Tabulky výsledků rozhovorů s rodinnými příslušníky apalických pacientů

Tabulka 15 Věk rodinných příslušníků

Věk	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
20 - 29	1					+
30 - 39	2			+	+	
60 - 69	2	+	+			

Tabulka uvádí věkové rozhraní oslovených rodinných příslušníků. 1 respondent pohybuje v rozmezí 20 - 29 let, 2 respondenti jsou ve věku 30 - 39 let a 2 ve věkové skupině 60 - 69 let.

Tabulka 16 Vzdělání rodinných příslušníků

Vzdělání	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Základní	1		+			
Střední	1	+				
Střední s maturitou	2			+	+	
Vysokoškolské	1					+

Tabulka ukazuje dosažené vzdělání oslovených rodinných příslušníků. 2 respondenti mají středoškolské vzdělání s maturitou, 1 má střední, 1 vysokoškolské a 1 základní vzdělání.

Tabulka 17 Rodinný poměr k apalickým pacientům

Rodinný poměr	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Matka	1	+				
Sestra	3		+	+	+	
Dcera	1					+

Tabulka uvádí rodinný poměr respondentů k AP. Nejčastěji jsou zastoupeny sestry pacientů a sice 3 respondentkami, 1 respondentka je matka a 1 dcera AP.

Tabulka 18 Doba hospitalizace apalických pacientů

Doba hospitalizace	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
do 1 roku	2				+	+
1 - 3 roky	1		+			
5 - 9 let	2	+		+		

Tabulka uvádí dobu hospitalizace jednotlivých AP. Časová rozmezí do 1 roku a mezi 5 - 9 lety jsou zastoupena 2 AP, 1 AP je hospitalizován v době mezi 1 - 3 lety.

Tabulka 19 Spokojenost s péčí sester o apalické pacienty

Péče	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Velice dobrá	3	+	+	+		
Spíše dobrá	2				+	+

Tabulka ukazuje spokojenost respondentek s péčí sester. Z 5 oslovených 3 respondentky považují péči sester za velice dobrou, 2 za spíše dobrou.

Tabulka 20 Výkony péče poskytované sestrami apalickým pacientům

Oš. výkon	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Mytí	5	+	+	+	+	+
Koupání	1			+		
Mytí vlasů	1			+		
Stříhání nehtů	3		+	+		+
Krmení	5	+	+	+	+	+
Podávání léků	1	+				
Polohování	3	+		+	+	
Cvičení	1					+
Masáže	1		+			
Odsávání	1			+		
Péče o TSK	1				+	
Výměna močového sáčku	1		+			
Přebalování	3		+	+		+
Péče o vyprazdňování	1				+	

Tabulka ukazuje výkony poskytované sestrami AP, tak jak je vnímají jejich rodinní příslušníci. Z celkového počtu 5 respondentek jich 5 uvádí mytí, 5 krmení, 3 stříhání nehtů, 3 polohování, 3 přebalování, 1 koupání, 1 mytí vlasů, 1 podávání léků, 1 cvičení, 1 masáže, 1 odsávání z tracheostomické kanyly, 1 péči o tracheostomickou kanylu, 1 výměnu močového sáčku, 1 péči o vyprazdňování.

Tabulka 21 Názor na změnu péče

Změna péče	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Mechanické zvedáky	1	+				
Šetrnější péče	1				+	
Více komunikace	1				+	
Zajistit soukromí	1				+	
Výměna starých přístrojů	1					+
Není nutná	2		+	+		

Tabulka ukazuje názory rodinných příslušníků na potřebnou změnu péče poskytovanou sestrami. Z 5 respondentek 2 nepovažují žádnou změnu za nutnou, 1 považuje za vhodné používat mechanické zvedáky pro manipulaci s AP, 1 požaduje šetrnější péči, 1 více komunikace sester s AP, 1 zajištění soukromí u lůžka AP a 1 výměnu starých přístrojů za nové na JIP - ONP 2.

Tabulka 22 Spokojenost s komunikací sester s apalickými pacienty

Komunikace	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Velice dobrá	3	+	+	+		
Spíše dobrá	2				+	+

Tabulka ukazuje spokojenost rodinných příslušníků s komunikací sester s AP. Z 5 respondentek 3 považují komunikaci za velice dobrou, 2 za spíše dobrou.

Tabulka 23 Způsoby komunikace sester s apalickými pacienty

Komunikace	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Slovem	3	+	+			+
Slovem i dotekem	2			+	+	
Oslovení křestním jménem	2	+		+		
Slovní upozornění na manipulaci s pacientem	1				+	
Manipulace s pacientem bez upozornění	1				+	
Nejnutnější komunikace	1					+

Tabulka ukazuje způsoby komunikace sester s AP, tak jak je vnímají jejich rodinní příslušníci. Z celkového počtu 5 respondentek 3 uvádějí, že sestry komunikují slovně, 2 , že sestry oslovují AP křestním jménem, 2 uvádějí komunikaci slovem i dotekem, 1 vypovídá, že sestry slovně upozorní pacienta, že s ním budou manipulovat, 1 uvádí, že sestry s pacientem manipulují bez předchozího slovního upozornění, 1 se domnívá, že sestry používají jen nejnutnější komunikaci.

Tabulka 24 Reakce apalických pacientů na komunikaci rodiny

Reakce AP	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Reaguje vždy	2		+	+		
Reaguje občas	3	+			+	+
Bez reakce	1					

Tabulka ukazuje reakce AP na komunikaci rodinných příslušníků. Z celkového počtu 5 respondentek 3 uvádějí reakci občas, 2 reakci při každé návštěvě. Ani jedna respondentka neuvádí, že by byl AP zcela bez reakcí.

Tabulka 25 Způsob reakce apalických pacientů na komunikaci rodiny

Reakce	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Otevření očí	2	+				+
Změna výrazu tváře	3	+	+	+		
Rozrušení	1			+		
Výraz spokojenosti	1				+	
Snížení svalového tonu	1		+			

Tabulka uvádí způsob reakce AP na komunikaci, tak jak jej vnímají rodinní příslušníci. Z celkového počtu 5 respondentek 3 uvádějí změnu ve výrazu tváře, 2 otevření očí, 1 rozrušení a 1 výraz spokojenosti a 1 snížení svalového tonu.

Tabulka 26 Názor rodiny na bazální stimulaci

Bazální stimulace	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Prospěšná	3			+	+	+
Nezná	2	+	+			

Tabulka uvádí názor rodiny na BS. Z celkového počtu 5 respondentek 3 považují BS za prospěšnou, 2 se s ní dosud neseťkaly.

Tabulka 27 Nejobtížnější součást péče sester o apalické pacienty

Nejobtížnější součást péče	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Manipulace s pacienty	3		+	+		+
Beznadějný stav pacientů	3	+			+	+
Smrt pacienta	1	+				

Tabulka uvádí nejobtížnější součást péče sester o AP, tak jak ji vnímají jejich rodinní příslušníci. Z celkového počtu 5 respondentek 3 považují za nejobtížnější manipulaci s bezvládnými pacienty, 3 neustálé vnímání beznadějného stavu pacientů a 1 považuje za největší zátěž pro sestry smrt pacienta.

Tabulka 28 Role sestry v péči o apalické pacienty

Role sestry	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Nezastupitelná	2	+	+			
Částečně zastupitelná	3			+	+	+
Zcela zastupitelná	0					

Tabulka ukazuje roli sestry v péči o AP, jak ji vnímají jejich rodinní příslušníci. Z celkového počtu 5 respondentek 2 považují roli sestry za nezastupitelnou, 3 za částečně zastupitelnou. Za zcela zastupitelnou nepovažuje roli sestry ani jedna respondentka.

Tabulka 29 Důvody znemožňující rodinám péči v domácím prostředí

Důvody	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Psychická náročnost	3	+			+	+
Fyzická náročnost	1			+		
Zásah do potřeb všech členů rodiny	1			+		
Nedostatek finančních prostředků	1				+	
Nedostatek času	1				+	
Nedostatek prostoru	1				+	
Není schopna odsávat z TSK	1		+			

Tabulka ukazuje důvody rodinných příslušníků AP, ze kterých nemohou o svého nemocného pečovat v domácím prostředí. Z celkového počtu 5 respondentek 3 uvádějí psychickou náročnost, 1 fyzickou náročnost, 1 považuje domácí péči o AP za zásah do potřeb všech členů rodiny, 1 uvádí nedostatek finančních prostředků, 1 nedostatek času, 1 nedostatek prostoru a 1 není schopna provádět odsávání z tracheostomické kanyly.

Tabulka 30 Způsob zapojení do péče

Způsob zapojení do péče	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Sestrou	5	+	+	+	+	+
Rodinným příslušníkem jiného pacienta	1	+				
Ergoterapeutem	1					+

Tabulka ukazuje způsob, jakým byli rodinní příslušníci zapojeni do péče o AP. Z celkového počtu 5 respondentek 5 uvádí, že byly zapojeny sestrou, 1 rodinným příslušníkem jiného AP a 1 ergoterapeutem.

Tabulka 31 Pocity rodinných příslušníků při poskytování péče

Pocity	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Smutek	5	+	+	+	+	+
Bezútěšnost	1			+		
Strach	1		+			
Nedostatek soukromí	1				+	

Tabulka uvádí pocity rodinných příslušníků při poskytování péče AP. Z celkového počtu 5 respondentek 5 uvádí smutek, 1 bezútěšnost, 1 strach a 1 nedostatek soukromí.

Tabulka 32 Význam péče poskytované rodinou apalickým pacientům

Význam	Celkem	R1	R2	R3	R4	R5
Pro rodinného příslušníka	5	+	+	+	+	+
Pro pacienta	5	+	+	+	+	+

Tabulka ukazuje význam péče poskytované rodinou AP. Z celkového počtu 5 respondentek se všechny shodují, že péče je přínosná jak pro pacienta, tak pro ně samé.

5 DISKUZE

Tato bakalářská práce na téma Uspokojování potřeb apalického pacienta z pohledu rodinných příslušníků a sestry jako součást ošetrovatelského procesu pojednává o problematice potřeb apalických pacientů a míry jejich saturace. Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou potřeby apalického pacienta a míra jejich uspokojování v rámci ošetrovatelského procesu, dále jaká je role sestry a rodiny v péči o apalického pacienta. Na základě těchto cílů byly stanoveny výzkumné otázky, jejichž znění je: Jaké jsou potřeby apalického pacienta v rámci ošetrovatelského procesu? Jaká je míra saturace potřeb apalického pacienta v rámci ošetrovatelské péče? Jaká je role rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské péče o apalického pacienta? Jaká je role sestry v péči o apalického pacienta z pohledu rodinných příslušníků?

Šetření bylo prováděno formou kvalitativního výzkumu, byla použita forma polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny se sestrami pracujícími na INT JIP, které se pravidelně s apalickými pacienty setkávají a JIP ONP 2, která je vyhrazena pouze pro hospitalizaci apalických pacientů. Dále byly vedeny rozhovory s rodinnými příslušníky pěti apalických pacientů hospitalizovaných na JIP ONP 2, všechny respondentky byly ženy.

V úvodní části rozhovoru jsou uvedeny identifikační údaje sester, to znamená věk, celková délka praxe, délka praxe v péči o apalické pacienty a vzdělání. Většina sester se umístila ve věkové kategorii 30 až 39 let, počet sester se středoškolským a postgraduálním vzděláním byl vyrovnán, mezi oslovenými pouze dvě sestry měly vysokoškolské vzdělání. Nejčastěji zastoupená délka celkové praxe se pohybovala mezi 10 a 19 lety, zatímco praxe v péči o apalické pacienty byla poměrně různorodá. Identifikační údaje jsou uvedeny v tabulkách 1 až 4. Tyto údaje byly zjišťovány, aby vyšla najevo případná spojitost mezi délkou praxe, věku a vzdělání a vnímáním potřeb apalických pacientů a jejich saturace.

Z identifikačních údajů dotazovaných rodinných příslušníků byl zkoumán věk, vzdělání, rodinný poměr k nemocnému a délka hospitalizace apalického

pacienta. Zde jsou údaje poměrně vyrovnány, respondentkami jsou pouze ženy, jejichž věk se pohybuje od 20 do 69 let, zpravidla středního vzdělání a nejčastěji jsou zastoupeny sestry apalických pacientů. Identifikaci rodinných příslušníků ukazují tabulky 15 až 18.

V úvodní části rozhovoru byly sestry dotazovány na potřeby apalických pacientů v souladu s první výzkumnou otázkou, která se vztahuje k prvnímu cíli zjistit potřeby apalických pacientů. Trachtová (28) a Kozierová (18) popisují potřeby nemocných podle Maslowa jako potřeby fyziologické a dále potřeby jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky, uznání a seberealizace. Sestry se s těmito autorkami v podstatě shodují, ačkoliv některé potřeby opominuly. Sestrám občas působilo problémy vybavit si jmenovitě potřeby pacientů, ale z rozhovorů vyplynulo, že je dobře znají a také je zabezpečují, jen je nedokáží vždy pojmenovat. Všechny potřeby bez problémů uvedly sestry s vysokoškolským vzděláním.

Mezi opomíjené potřeby překvapivě patří potřeba dýchání, snad proto, že dýchání je naprosto samozřejmé, probíhá neuvědoměle a jak uvádí v literatuře Trachtová (28), potřeba dýchání je člověkem vnímána až ve chvíli, kdy má nedostatek kyslíku. Pacienti hospitalizovaní na INT JIP a ONP 2 dýchají pomocí tracheostomické kanyly. Kapounová (14) v literatuře uvádí, že u pacientů s tracheostomickou kanylou pečují sestry o průchodnost dýchacích cest a odsávají z nich pravidelně sekret. Péče o dýchání zabere tedy sestře podstatnou část času věnovaného péči o apalického pacienta.

Doležil a Carbolová (5) v literatuře uvádějí, že všichni apalictí pacienti trpí inkontinencí moče i stolice. Je tedy na sestře, aby tyto potřeby nemocným zajišťovala, přesto 4 sestry zapomněly uvést potřebu vyprazdňování, jak ukazuje tabulka 5.

Sestry se zmiňovaly i o psychosociálních potřebách svých pacientů, přestože se dalo předpokládat, že u nemocných v dlouhodobém bezvědomí, jejichž reakce na zevní podněty jsou podle Strnada (27) pouze vegetativně motorické, mohou být tyto potřeby snadno opomenuty. Přesto o potřebě jistoty a

bezpečí hovoří 7 a o potřebě sounáležitosti a lásky dokonce 9 sester, jak ukazuje tabulka 5. Výpovědi korespondují s Jobánkovou (13), která v literatuře uvádí zvýšenou potřebu nemocného po emocionální odezvě a sociálním kontaktu. Trachtová (28) a Kozierová (18) hovoří v literatuře také o potřebě uznání a seberalizace. Tyto potřeby sestry celkem logicky neuvádějí, neboť u apalických pacientů dochází k výpadku mozkové kůry a pacient není schopen záměrné behaviorální odpovědi na vnější podněty, jak uvádějí v literatuře Doležil a Carbolová (5). Výpovědi sester ohledně výše uvedených potřeb pacientů ukazuje tabulka 5.

Také rodinní příslušníci byli nepřímo dotazováni na potřeby nemocných a to prostřednictvím otázky, zda znají ošetrovatelské úkony, jež sestra u pacienta vykonává. Všechny 5 respondentek uvádí krmení, zde se zcela shodují se sestrami, z nichž všechny uvedly potřebu výživy a dále všechny respondentky uvádějí mytí, které opomněla pouze 1 sestra. Dalším nejčastěji zastoupeným výkonem je polohování, které uvádějí 3 respondentky a pro srovnání všech 10 sester, 3 respondentky uvádějí přebalování, zatímco potřeba vylučování je sestrami poněkud opominuta. Respondentky prokázaly, že chápou, co obnáší péče o imobilního a inkontinentního pacienta neschopného reakce na okolní podněty. Jejich odpovědi byly v souladu jak s výpověďmi sester, tak nepřímo i s literaturou. Výkony péče poskytované sestrami apalickým pacientům zobrazuje tabulka 20. Výpovědi sester a rodinných příslušníků ohledně potřeb apalických pacientů dávají podklad pro naplnění prvního cíle, kterým je zjištění potřeb apalických pacientů v rámci ošetrovatelské péče.

Druhá výzkumná otázka zkoumá uspokojování potřeb apalických pacientů v souvislosti s cílem práce zjistit míru saturace potřeb. K tématu se vyjadřovaly jak sestry, tak rodinní příslušníci. Sestry uváděly jako dobře saturované spíše fyziologické potřeby a to hygienu, výživu, dýchání a vylučování, přestože při uvádění potřeb sestry právě dýchání a vylučování opomíjely. Z fyziologických potřeb vnímají sestry jako hůře saturovanou potřebu spánku a aktivity. Je příznačné, že problematiku spánku vnímají především sestry z INT JIP, kde bývá

v nočních hodinách rušno. Jak uvádí Trachtová (28), rušivé vjemy na oddělení způsobují poruchy spánku, konkrétně na INT JIP není možné zhasnout úplně světlo, ozývají se alarmy přístrojů nebo výkřiky dezorientovaných pacientů.

Zatímco sestry JIP ONP 2 považují aktivitu apalických pacientů za dobře zajištěnou, 4 sestry INT JIP vidí v této oblasti nedostatky. Trachtová v literatuře (28) uvádí, že pohybová činnost má vliv na zdravotní stav, představuje prevenci vzniku onemocnění, zlepšuje funkci vnitřních orgánů a ovlivňuje pozitivně emoce a duševní život člověka. Kolář (16) se zmiňuje o významu rehabilitačního ošetřovatelství jako prevenci různých typů poškození, ke kterým patří vznik pneumonie, dekubitů nebo kontraktur. Apalický pacient je pro svou imobilitu zcela odkázán na péči ošetřujících. Z rozhovorů vyplývá, že sestry si tuto skutečnost uvědomují, když považují aktivitu za opomíjenou.

Nejhůře sestry hodnotí saturaci psychosociálních potřeb. Potřeby jistoty a bezpečí a sounáležitosti a lásky nevedla jako dobře saturované ani jedna sestra. Jak v literatuře zmiňuje Friedlová (8), nezřetelné projevy pacienta, které jsou ošetřujícím těžko srozumitelné, ztěžují navázání kontaktu a snadno dochází k situaci, kdy je pacientovi poskytována péče, jež nebere ohled na jeho individuální potřeby. Saturaci potřeb apalického pacienta podle sester ukazuje tabulka 6.

K saturaci potřeb se nepřímou vyjadřovali také rodinní příslušníci, kteří v rozhovoru hodnotili svoji spokojenost s péčí, jež je nemocným poskytována. 3 respondentky označily péči za velice dobrou, 2 za spíše dobrou. Ozývaly se i kritické hlasy, jedna z respondentek požadovala šetrnější péči, více komunikace s pacientem a zajištění většího soukromí pacientů i jejich návštěv, jedna výměnu starých přístrojů za nové. Spokojenost s péčí sester a názor na změnu v péči ukazují tabulky 19 a 21.

Venglářová (30) v literatuře uvádí, že komunikace slouží k interakci mezi lidmi a pro sestru je nástrojem k navázání a rozvíjení vztahu s pacientem. Jobánková (13) hovoří o pomáhajícím či podpůrném rozhovoru, jehož cílem je pomoc pacientovi. Z toho vyplývá, že komunikace se zásadním způsobem podílí na uspokojování psychosociálních potřeb. Apalický pacient však není schopen

komunikovat verbálně, jeho projevy jsou jen neurčité a těžko zařaditelné a pro ošetřující mohou být matoucí. Sestry byly dotazovány na způsob komunikace s apalickým pacientem, aby bylo zjištěno, do jaké míry jsou schopny s ním navázat kontakt a identifikovat jeho potřeby. Polovina sester uvádí pouze verbální komunikaci, druhá polovina komunikaci verbální i taktilní. Z rozhovorů 1, 2, 3, 6 a 8 vyplývá, že sestry vždy nemocného upozorní na to, co se s ním bude dít. Sestry jsou si tedy vědomy, že je nevhodné začít s ošetřováním pacienta, který nedokáže hodnotit okolní situaci bez předešlého upozornění. Sestry také uvádějí, že je velmi těžké zorientovat se v potřebách nemocného, jak ukazují rozhovory 2, 4, 7, 8, 9, a 10.

Také rodinní příslušníci byli dotazováni na vlastní komunikaci s nemocným. Všechny respondentky se shodly, že apalický pacient reaguje na komunikaci vždy nebo občas, ani jedna respondentka neuvedla, že by nemocný vždy a za všech okolností zůstal bez reakce. Z rozhovorů 11, 12 a 13 vyplývá, že nejčastější reakcí je změna ve výrazu tváře. Tato skutečnost je v rozporu s tím, co uvádí Strnad (27), že apalický pacient není schopen emočních, pouze vegetativně motorických reakcí. Za pozornost stojí, že nejpřesněji popisují reakce nemocných právě rodinní příslušníci na rozdíl od sester, které si jimi často nejsou jisté. Otázkou zůstává, zda pacient lépe reaguje na své blízké, jejichž citová zainteresovanost je z pochopitelných důvodů daleko vyšší než u sester nebo zda přání je otcem myšlenky a respondentky vidí u příbuzných reakce, které si přejí vidět. Nelze však popřít, že o reakcích pacientů se zmiňují i některé sestry, například v rozhovorech 6 a 7. Komunikace sester a rodinných příslušníků s apalickými pacienty se týkají tabulky 7, 22, 23, 24 a 25.

S komunikací u apalických pacientů úzce souvisí koncept bazální stimulace. Jak uvádí Friedlová (9), tento koncept bere v úvahu individualitu pacienta, pracuje s jeho osobní anamnézou v oblasti životních zvyklostí a podporuje jej při běžných denních činnostech. Friedlová (9) dále popisuje, že je třeba vnímat každého i těžce postiženého pacienta jako osobnost a přizpůsobit se jeho úrovni komunikace, což platí především především u pacientů v bezvědomí. Podle těchto slov se

komunikace s apalickými pacienty pomocí konceptu bazální stimulace jeví jako optimální, proto byly sestry dotazovány ohledně zařazení bazální stimulace do péče.

Pouze 1 sestra označila bazální stimulaci pro apalické pacienty za nepřínosnou, přesto jsou osobní zkušenosti sester s péčí podle konceptu bazální simulace sporadické. Jen jediná sestra absolvovala kurz, ostatní se pokoušejí zavádět prvky bazální stimulace do péče pod vedením kolegyně nebo fyzioterapeuta, jak uvádějí rozhovory 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 a 10. Z těchto rozhovorů také vyplývá, že bazální stimulace není pravidelně poskytována všem pacientům bez výjimky, stále je považována za určitý nadstandard nebo se provádí pouze u pacienta, jež na ni zřetelně reaguje, což je v přímém rozporu rozporu jak s pojetím konceptu, tak s literaturou. Friedlová (8) dále uvádí, že na kóma je třeba pohlížet jako na strategii přežití v extrémních podmínkách a komatózní pacient vyžaduje zvláštní formu komunikace především pomocí doteků.

Rozhovory 3 a 4 také poukazují na problém zavádění bazální stimulace do ošetrovatelské praxe, protože je sestrami často vnímána jako něco nového, neznámého, co se nikdy nedělalo a proto je přijímána velmi skepticky a neochotně, zatímco LEMON (20) zmiňuje, že ošetrovatelská péče se musí neustále vyvíjet, zavádění změn v ošetrovatelské praxi je reakcí na nové poznatky a jako takové je nezbytně nutné. Farkašová (7) hovoří v literatuře o roli sestry jako nositelky změny, ale nezdá se, že by sestry z praxe byly ochotné tuto roli naplňovat. Výjimku tvoří sestry s vysokolským vzděláním, právě z rozhovorů 3 a 4, které nejen že jsou připraveny zabývat se novými způsoby péče, ale uvědomují si nedostatečnou flexibilitu svých kolegyň. Neochota sester zavádět bazální stimulaci do praxe však bohužel koresponduje s tím, co uvádí Friedlová (9), že základní ošetrovatelská péče je samotnými sestrami často podceňována ve prospěch administrativy nebo jiných činností.

Přesto, že postoj sester ke konceptu bazální stimulace lze označit jako liknavý, je zajímavé, že je sestrami uváděn jako možnost zlepšení saturace potřeb jak vyplývá z rozhovorů 1, 2, 4 a 7. Zvlášť paradoxní je rozhovor 1, kde sestra

považuje bazální stimulaci za nepřínosnou, ale jako možnosti lepší saturace potřeb jmenuje jednotlivé prvky bazální stimulace, aniž si to zřejmě uvědomuje, stejně jako sestra z rozhovoru 2, která uvádí, že bazální stimulace je přeceňována. Možnosti zlepšení saturace potřeb apalických pacientů dle sester ukazuje tabulka 10.

Odpovědi na předešlé otázky naplňují druhý cíl práce a sice zjištění míry saturace potřeb u apalického pacienta.

Třetí výzkumná otázka se zabývá rolí sestry v péči o apalického pacienta a její zodpovězení bude naplněním třetího cíle tohoto šetření. Farkašová (7) popisuje v literatuře sestru v roli poskytovatelky péče, advokátky, jež obhajuje práva svého pacienta, nositelky změny, jež mění zavedené postupy a aplikuje do ošetrovatelské praxe nové poznatky a manažerky, která se podílí na řízení ošetrovatelského procesu.

Rodinní příslušníci popisují roli sestry jako zcela nezastupitelnou nebo částečně zastupitelnou. Žádná z respondentek se nedomnívá, že by se apalický pacient obešel bez péče sestry. V rozhovorech 14 a 15 zaznívá, že péči může pod vedením sestry provádět pomocný personál. Z rozhovorů s respondentkami dále vyplývá, že vnímají sestru především jako poskytovatelku péče, nanejvýš jako manažerku, jež řídí práci nižšího personálu. Je zřejmé, že o existenci ostatních rolí nemají představu. Názory na roli sestry v péči o apalického pacienta ukazuje tabulka 28. Výpovědi rodinných příslušníků dávají odpověď na výzkumnou otázku týkající se role sestry a naplňují tím třetí cíl šetření.

Čtvrtá výzkumná otázka zkoumá roli rodiny v péči o apalického pacienta, v souvislosti s ní byly dotazovány sestry i rodinní příslušníci. Jak uvádí Bártlová (2), úloha rodiny v poslední době došla značných změn a to i ve vztahu ke svým nemocným členům. Zatímco v minulých dobách rodiny pečovaly o své nemocné, dnes se tato péče přesouvá především na zdravotnická zařízení, přesto má rodina nezastupitelné místo při poskytování psychické podpory nemocnému člověku.

Všechny sestry považují zapojení do péče za vhodné, některé se domnívají, že rodina by měla být před zapojením do péče edukována. Tento názor je v

souladu s Kapounovou (14), která uvádí, že edukace rodiny je významnou složkou ošetrovatelské péče a mimo jiné upozorňuje na pasivní komunikaci s pacientem v bezvědomí. Většina sester se také snaží rodinu do péče zapojit.

Řada sester se setkala i s naprostým nezájmem rodiny pečovat o nemocného. Sestry se domnívají, že tento jev může souviset se zhoršenou adaptací jedince vyrovnat se se ztrátou, kterou v tomto případě představuje dlouhodobé bezvědomí. Za další důvod nezájmu považují sestry strach členů rodiny, že vlivem jejich péče dojde k poškození pacienta, který se projevuje obavou přiblížit se nemocnému nebo se jej dotknout, jak uvádějí sestry v rozhovorech 5, 6, 7, 8 a 10. Všechny sestry se shodují, že péče poskytovaná pacientovi rodinou je pro něj zvláště přínosná a to z různých důvodů. Nejčastěji uvádějí integraci pacienta do rodiny a to v rozhovorech 1, 7, 8 a 10.

Část sester se domnívá, že péče rodinných příslušníků je výhodou pro ně samé, jak ukazují rozhovory 1, 4, 7, 8 a 10. Některé sestry uvádějí, že péče přináší rodině pocit uspokojení, že mohla svému nemocnému nějakým způsobem prospět, jiné se domnívají, že pečující rodina lépe zpracuje zátěžovou situaci, kterou představuje dlouhodobé bezvědomí jejich příbuzného. Tyto názory jsou v souladu s Jobánkovou (13), která hovoří o emoční a sociální podpoře v době prožívání nemoci a zároveň o potřebě nemocných „být milován“ a být začleněn do skupiny vyznačující se vzájemnými vztahy. Zapojení rodiny do péče z pohledu sester se týká tabulky 11, 12 a 13.

Také rodinní příslušníci byly dotazováni, zda mají zájem podílet se na péči. Ze všech rozhovorů bez rozdílu vyplývá, že respondentky zájem mají, své příbuzné pravidelně navštěvují a pečují o ně.

Respondentky byly také dotazovány na pocity při poskytování péče svým příbuzným. Kast (15) v literatuře hovoří o krizi truchlení týkající se ztráty milované osoby. Rodina apalického pacienta tuto ztrátu prožívá, i když poněkud netypicky, její milovaná osoba nezemřela, ale její stav „mezi životem a smrtí“ je pro rodinu zdrojem trvalé a dlouhodobé frustrace. S tím korespondují výpovědi respondentek, neboť všechny bez rozdílu uvádějí, že během péče pociťují

především smutek, některé hovoří o strachu, bezútěšnosti a nedostatku soukromí. Všechny respondentky zároveň udávají, že péče má smysl jak pro pacienta, tak pro ně samé, což je v souladu s názorem sester. Zapojení rodiny do péče z pohledu rodinných příslušníků jsou zobrazeny v tabulkách 30, 31 a 32.

Ve výpovědích respondentek je určitý rozpor, všechny označují emoce při péči za tíživé, přesto neustále docházejí za svými nemocnými a starají se o ně. Z rozhovorů vyplývá, že respondentky mají pocit, že musí splnit povinnost ke svému příbuznému přes její tíživost a psychickou náročnost a že tato povinnost, jakkoliv bolestná, vede nakonec k pocitu alespoň částečného uspokojení.

Na základě provedeného šetření lze vyvodit určité závěry. Je zřejmé, že sestry znají dobře potřeby apalických pacientů a v rámci ošetrovatelského procesu je zabezpečují. Všechny potřeby však nejsou stejnoměrně uspokojovány, deficit se objevuje především u aktivity nemocných a dále v oblasti psychosociálních potřeb, které sestry u nemocných v dlouhodobém bezvědomí jen těžko odhadují. Na základě literatury i výpovědí sester lze konstatovat, že optimálním prostředkem v uspokojování psychosociálních potřeb je koncept bazální stimulace, který však je na odděleních INT JIP a JIP ONP 2 jen minimálně využíván. Sestrám chybí v této oblasti vzdělání, ale také chuť dělat věci novým, nezvyklým způsobem.

Ohledně role sestry v péči o apalického pacienty bylo zjištěno, že je rodinou vnímána především jako poskytovatelka péče nebo manažerka a její přítomnost v péči o apalického pacienta je nezbytná. Z šetření dále vyplynulo, že role nositelky změny je pro sestry obtížná a zavedené postupy se mění jen zvolna a neochotně. Role rodiny v péči o apalického pacienta má velký význam právě v oblasti uspokojování psychosociálních potřeb. Členové rodiny však během péče o své blízké prožívají řadu negativních a tíživých emocí.

Na základě těchto závěrů lze pro praxi doporučit vzdělání sester v oblasti bazální stimulace a vedení sester ke změně myšlení při poskytování péče a snaze akceptovat individualitu jednotlivých pacientů. Dále je vhodné, aby rodina byla sestrami dostatečně edukována v oblasti péče o své blízké, v době návštěv byly s

rodinnými příslušníky vedeny podpůrné rozhovory. Rodina by také měla mít zajištěnu psychologickou péči.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem Potřeby apalického pacienta z pohledu sestry a rodinných příslušníků jako součást ošetrovatelského procesu. Apalický syndrom je soubor příznaků při kterých mozková kůra ztrácí vliv na organismus a je zachována pouze funkce mozkového kmene. Typická je pro něj změna vědomí zvaná vigilní kóma, kdy pacient bloudí pohledem aniž je schopen fixovat předměty nebo osoby v okolí, neprovádí spontánní motorické pohyby, neuvědomuje si sebe sama ani své okolí se kterým není schopen navázat kontakt.

Pro zpracování této bakalářské práce byly stanoveny čtyři cíle. Prvním cílem je zjistit potřeby apalického pacienta v rámci ošetrovatelské péče, druhým cílem zjistit saturaci těchto potřeb, třetím cílem zjistit roli sestry v péči o apalického pacienta z pohledu rodinných příslušníků a čtvrtým cílem zjistit roli rodinných příslušníků v péči o apalického pacienta. Dále byly stanoveny čtyři výzkumné otázky vycházející z příslušných cílů.

První otázka, týkající se potřeb apalických pacientů byla zodpovězena v první části rozhovorů se sestrami a rodinnými příslušníky, následující část rozhovorů se týkala druhé výzkumné otázky a sice saturace potřeb apalického pacienta, také k této otázce se vyjadřovaly jak sestry tak rodina. Na třetí výzkumnou otázku týkající se role sestry odpovídali rodinní příslušníci. Čtvrtou výzkumnou otázkou zabývající se rolí rodinných příslušníků zodpověděli jak sestry tak členové rodin jednotlivých pacientů.

Cíle práce byly splněny, na všechny výzkumné otázky byly nalezeny odpovědi. Závěry však nejsou plně uspokojivé, v některých oblastech péče se objevuje deficit. Na základě této práce je možné doporučit, aby sestry pracující s apalickými pacienty absolvovaly kurz bazální stimulace, která bude následně zavedena do běžné každodenní péče o pacienty. Velkým přínosem by bylo, kdyby vedení nemocnice uspořádalo kurz přímo na pracovišti a také jej financovalo, zúčastnit by se jej mohli také rodinní příslušníci pacientů. Dále je třeba věnovat pozornost rodině apalických pacientů a to jak formou podpůrných rozhovorů na

jednotlivých odděleních, tak zajištěním péče psychologa. V souladu s výsledky šetření by vypracován edukační leták pro rodiny apalických pacientů.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMS, B., HAROLD, C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha : Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
3. BARTOŠ, A. a kol. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 238 s. ISBN 80-246-0921-5
4. BERLIT, P. *Memorix neurologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 447 s. ISBN 978-80-247-1915-3
5. DOLEŽIL, D., CARBOLOVÁ, K. Vegetativní stav (apalický syndrom). *Neurologie pro praxi*. Praha: 2007 Roč. 8 č. 1, s. 27-31 ISSN 1213-1814
6. DRÁBKOVÁ, J. *Medicina naléhavých a kritických stavů*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 325 s. ISBN 80-7013-115-2
7. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
8. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc: 2002. s. 80-83. ISBN 80-247-0536-2
9. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v práci sestry. *Sestra*. 2003, Roč.13 č.1. s. 15 - 17. ISSN 1210-0404
10. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
11. GRYGKOVÁ, V. Bazální stimulace v péči o klienta ve stavu apalického syndromu. *Sestra*. Praha:2010. Roč. 20, č. 9, s. 34-36. ISSN 1210-0404
12. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 151 s. ISBN 80-85824-60-4

13. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
14. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
15. KAST, V. *Krize a tvořivý přístup k ní : typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 167 s. Spektrum. ISBN 80-7178-365-X.
16. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
17. KOMAČEKOVÁ, D. *Fyzikálna terapia*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006.363 s. ISBN 80-8063-230-8
18. KOZIEROVÁ, B.,ERBOVÁ, G.,OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax 1. díl*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
19. KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovatel'ské techniky*. Martin : Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9
20. *LEMON 1, Learning Materiál On Nursing*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně, 2001. 184 s. ISBN 80-7013-234-5
21. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství : systémový přístup. I. díl*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 187 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0429-9
22. MATTLE, Heinrich. *Neurologie*. 1. české vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 649 s. ISBN 80-7169-545-9
23. *Ošetrovatel'ské diagnózy : definice & klasifikace : 2009-2011*. 1. české vyd. Praha : Grada, 2010. 456 s s. ISBN 978-80-247-3423-1
24. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci : pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5

25. SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie. II. Vyd. 1.* Praha : Grada Publishing, 2001. 260 s. Psyché. ISBN 80-247-0042-5
26. *Standard ošetrovatelské péče č. 033 Rehabilitační ošetřování* Nemocnice České Budějovice a.s.
27. STRNAD, P. *Traumatický apalický syndrom.* 1. vyd. Praha : Avicenum, 1987. 191 s. Thomayerova sbírka. Práce z interních oborů ; 507.
28. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
29. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie.* 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 210 s. ISBN 80-7184-421-7
30. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha : Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

8 KLÍČOVÁ SLOVA

apalický pacient

ošetřovatelský proces

ošetřovatelská péče

role sestry

komunikace

potřeby

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 2 Otázky k rozhovoru s rodinnými příslušníky

Příloha 1

Rozhovor se sestrami

Identifikace sestry	Věk
	Vzdělání
	Délka praxe v ošetřování apalických pacientů
	Celková délka praxe
Potřeby apalického pacienta v rámci oš. procesu	Jaké jsou podle Vašeho názoru potřeby apalických pacientů, které je nutno řešit v rámci oš.procesu?
	Jakým způsobem byste seřadila potřeby podle jejich významu pro pacienta?
	Z jakého důvodu považujete potřeby, které jste uvedla na předním místě za významné?
Míra saturace potřeb apalického pacienta v rámci oš. péče	Jakým způsobem hodnotíte uspokojování potřeb apalických pacientů? /Vaše subjektivní hodnocení/
	Jakým způsobem hodnotíte uspokojování jednotlivých fyziologických potřeb apalických pacientů - dýchání, výživy, vylučování, aktivity, spánku, hygieny?
	Jakým způsobem hodnotíte uspokojování psychosociálních potřeb apalických pacientů - jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky?
	Jakým způsobem komunikujete s apalickým pacientem?
	Jaký je Váš názor na ošetřování podle konceptu bazální stimulace v souvislosti s uspokojováním potřeb apalických pacientů?
	Jaké jsou Vaše zkušenosti se zapojením konceptu bazální stimulace do péče o apalické pacienty
	Jak si myslíte, že je možné zlepšit uspokojování potřeb apalických pacientů?

Role rodinných příslušníků v rámci oš. péče o apalického pacienta	Jaký je Váš názor na zapojení rodinných příslušníků do péče o apalické pacienty?
	S jakými reakcemi jste se u rodinných příslušníků setkaly při snaze o jejich zapojení do péče?
	Uveďte prosím výhody vyplývající ze zapojení rodinných příslušníků do péče.
	Uveďte prosím nevýhody vyplývající ze zapojení rodinných příslušníků do péče.

Příloha 2

Rozhovor s rodinnými příslušníky	
Identifikace rodinného příslušníka	Věk
	Vzdělání
	Rodinný poměr k pacientovi
	Délka hospitalizace pacienta
Role sestry v péči o apalického pacienta z pohledu rodinných příslušníků	Jak vnímáte péči sester o Vašeho rodinného příslušníka?
	Můžete uvést oš. úkony, které musí sestry Vašemu rodinnému příslušníkovi poskytovat?
	Domníváte se, že by měly sestry provádět nějaké další úkony? Pokud ano, uveďte prosím jaké.
	Domníváte se, že by se způsob péče měl nějakým způsobem změnit? Pokud ano, uveďte prosím, jak si tuto změnu představujete?
	Co si myslíte o komunikaci sester s Vaším rodinným příslušníkem?
	Jaký máte pocit z vlastní komunikace s Vaším rodinným příslušníkem?
	Slyšel jste někdy o konceptu bazální stimulace? Jaký na něj máte názor?
	Co považujete v péči sester o Vašeho rodinného příslušníka za nejobtížnější?
	Z jakého důvodu považujete tuto součást péče za nejobtížnější?
	Jaký je Váš názor na roli sestry v péči o Vašeho rodinného příslušníka?
	Jaký je Váš názor na zajištění péče jiným způsobem než ve zdravotnickém zařízení, například v domácím ošetřování?
	Kdo si myslíte, že by se ještě měl kromě sester podílet na péči o Vašeho rodinného příslušníka? A proč?

Role rodinných příslušníků v rámci oš. péče o apalického pacienta	Máte zájem podílet se na péči o Vašeho rodinného příslušníka a z jakého důvodu?
	Kdo Vás zapojil do péče a jakým způsobem?
	Odpovídalo Vaše zapojení do péče Vašim představám? Pokud ne, v čem byl rozdíl?
	Jaké byly Vaše pocity při poskytování péče?
	Jaký význam má pro Vás Váš podíl na péči?
	Jaký význam má Váš podíl na péči pro Vašeho rodinného příslušníka?

Zdroj: vlastní