

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2010**

**Bc. Kristina Lišková**

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Efektivita spolupráce rodiny a zdravotnických pracovníků v péči o  
apalického pacienta**

**Diplomová práce**

Mgr. Ivana Chloubová

Bc. Kristina Lišková

2010

## Abstract

People can differ in their attitudes toward apalic syndrome patients. Health care staff, however, would always be professional. They deal with a human being, a person who can sense. This fact should form a framework for both health care professionals and patients' families. Especially nurses should be very sensitive, calm and good-tempered so that they could take adequate care of apalic patients. Through their own self-assurance the nurses will be ready to help the patients and their families. They will be aware of the value of humanity and will understand all aspects of daily life with apalic syndrome patients.

The empiric part of the thesis was elaborated through qualitative and quantitative research survey. The qualitative method, an interview, was used in the first phase of the survey. The data were collected through semi-structured interviews with the family members of apalic patients and the nurses of health care facilities. Although the interviews for the family members and the nurses differed in some parts, they contained common identification questions and specific information. The interviews were anonymous and consisted of 16 questions for the family members and 10 questions for the nurses.

The thesis had four objectives: To map what affects the cooperation between patients' families and health care professionals in nursing provided to apalic syndrome patients. What frequent problems health care professionals face in patients' families. What are the forms of cooperation between families and professionals in taking care of apalic syndrome patients in specialised institutions. How much the professional and family care affects the well-being of patients.

Four research questions were anticipated at the beginning. The first: "Who educates the families taking care of apalic syndrome patients?" The second: "What affects the interaction between families and health care professionals?" The third: "What problems appear in contacts with the families of apalic syndrome patients?" The fourth: "Does the cooperation between families and professionals affect the patients?" All hypotheses were proved to be true.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci na téma „Efektivita spolupráce rodiny a zdravotnických pracovníků v péči o apalického pacienta“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses. cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 16.5.2011

.....  
Bc. Kristina Lišková

**Poděkování:**

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat vedoucí práce Mgr. Ivaně Chloubové, za odborné vedení, cenné rady a laskavé vedení při psaní diplomové práce. Dále mé poděkování věnuji za ochotu a pomoc MUDr. Heleně Staňkové a MUDr. Čadové FN Motol a v neposlední řadě Janě Beranové.

## Obsah

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Úvod .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1. Současný stav.....</b>   | <b>4</b>  |
| <i>1.1 Apalický syndrom, vegetativní stav.....</i>                             | <i>4</i>  |
| 1.1.1 Vegetativní stav (apalický syndrom) .....                                | 4         |
| 1.1.2 Problematika situace apalický pacientů.....                              | 6         |
| <i>1.2 Specifika péče o apalického pacienta .....</i>                          | <i>8</i>  |
| 1.2.1 Péče o apalického pacienta .....   | 8         |
| 1.2.2 Ošetrovatelská péče o pacienty s apalickým syndromem.....                | 9         |
| 1.2.3 Bazální stimulace u komatózních stavů.....                               | 19        |
| 1.2.4 Bazální stimulace u apalických pacientů.....                             | 20        |
| 1.2.5 Bazální stimulace ve spolupráci s rodinou u apalických pacientů.....     | 21        |
| 1.2.6 Komunikace sestra - pacient .....  | 25        |
| 1.2.7 Chyby při komunikaci s pacientem v bezvědomí.....                        | 26        |
| <i>1.3 Spolupráce zdravotnického personálu a rodiny .....</i>                  | <i>26</i> |
| 1.3.1 Týmová spolupráce.....   | 26        |
| 1.3.2 Zdravotnický personál a rodina .....                                     | 27        |
| 1.3.3 Spolupráce a edukace rodiny .....  | 27        |
| 1.3.4 Konfliktní situace mezi rodinou a zdravotnickým personálem a její řešení | 30        |
| 1.3.5 Komunikace zdravotník - rodina .....                                     | 32        |
| <i>1.4 Paliativní péče .....</i>   | <i>34</i> |
| 1.4.1 Paliativní péče.....   | 34        |
| 1.4.2 Paliativní péče a rodina.....  | 35        |
| 1.4.3 Domácí paliativní péče .....   | 36        |
| <b>2. Cíl práce, hypotézy a výzkumné otázky.....</b>                           | <b>38</b> |
| 2.1 Cíl práce .....  | 38        |
| 2.2 Hypotézy.....  | 38        |
| 2.3 Výzkumné otázky.....   | 38        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>3. Metodika výzkumu .....</b>   | <b>39</b>  |
| 3.1 <i>Použité metody a techniky.....</i>  | 39         |
| 3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru.....</i>                                       | 40         |
| <b>4. Výsledky výzkumu .....</b>   | <b>41</b>  |
| 4.1 <i>Výsledky kvalitativního šetření .....</i>   | 41         |
| 4.1.1 <i>Kazuistiky respondentů z řad sester.....</i>                                    | 41         |
| 4. 1. 2 <i>Tabulky z rozhovorů sester.....</i>   | 46         |
| 4.1.3 <i>Kazuistiky respondentů z řad rodinných příslušníků.....</i>                     | 54         |
| 4.1.4 <i>Tabulky z rozhovorů rodinných příslušníků .....</i>                             | 60         |
| 4.2 <i>Výsledky kvantitativního šetření .....</i>  | 71         |
| 4.2.1 <i>Tabulky SPSS z dotazníkového šetření z řad zdravotnického personálu .....</i>   | 71         |
| 4. 2. 2 <i>Tabulky Excel z dotazníkového šetření z řad zdravotnického personálu ....</i> | 80         |
| <b>5. Diskuze .....</b>  | <b>91</b>  |
| <b>6. Závěr .....</b>  | <b>102</b> |
| <b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>  | <b>103</b> |
| <b>8. Klíčová slova.....</b>   | <b>111</b> |
| <b>9. Přílohy.....</b>   | <b>112</b> |

„Kde je láska k lidem, tam je i láska k umění“

Hippokratés

## Úvod

Záleží na člověku, jaký postoj pojme k pacientovi s diagnózou apalický syndrom. Zdravotnický personál by měl mít však v tomto stanovisku jasno. Jedná se o lidskou bytost. Je to člověk, který může vnímat. V tomto vědomí by měl každý člen týmu pečující o apalického pacienta ujišťovat rodinu. Žádný odborník nemůže s jistotou říci, že tento člověk nevnímá. Zatím nikdo tuto hypotézu dosud nepotvrdil. Bohužel se některé rodiny s tímto přístupem zdravotnického personálu setkávali a bohužel i setkávají. Slova lékaře z fakultní nemocnice mamince o její dceři ve fázi apalického syndromu „představte si, že už je jakoby mrtvá, její stav se nemůže zlepšit...“.

Pokud nebude sestra v naprostém souladu, v naprostém duševním klidu a vyrovnaná se svým já, tak nebude moci vykonávat adekvátní péči o pacienty s apalickým syndromem. Naprostá citlivost a soustředění sama na sebe je věc nejdůležitější, protože pak je sestra schopna vnímat i dotyčného člověka a jeho rodinu, kterým bude chtít pomoci. Sestra si tak uvědomí i hodnoty lidství, bude vnímat věci denně úplně obyčejné, ale přitom zázračné.



# 1. Současný stav

## 1. 1 Apalický syndrom, vegetativní stav

### 1. 1. 1 Vegetativní stav (apalický syndrom)

Píše se rok 1899. Rosenblatt se začal jako první zabývat pojmem apalický syndrom. Usiloval o objasnění patologického nálezu a průběhu choroby u mladého chlapce. Na základě komplexu příznaků určil název „pozoruhodný případ otřesu mozku“. O několik let později Ketschmer v roce 1940 popsal termín „apalický pacient“ u pacienta s mozkovou kontuzí a zlomeninou báze lebny a dále u pacienta s prvotní diagnózou *panencephalis subacuta*. Současně Ketschmer zmínil, že tento syndrom se vyskytuje i na podkladě jiné etiologie a jeho fenomén označil jako *coma vigile*. V roce 1967 podrobně popsal apalický syndrom Gerstenbrand. Sám Gerstenbrand již dávno upozornil, že je u apalického syndromu vzácně možný i příznivý vývoj a definoval jeho jednotlivá stádia.(doplňt.) Pacient tak může ve vývoji kdykoliv ustrnout nebo mohou příznaky regredovat. Proto zde existuje jakési pravidlo, že syndrom není statický stav. Nakonec termín vegetativní stav použili poprvé Jennett a Plum ve své práci v roce 1972 (6, 8).

Slovní obrat apalický syndrom vychází z termínu *a-pallium*, to znamená bez kůry mozkové. Apalický syndrom je charakterizován jako soubor příznaků funkčního výpadku mozkové kůry (*pallia*), avšak zůstává zachována funkce mozkového kmene. Jedná se o svérázný, měnící se soubor klinických příznaků, provázený cyklem spánkové bdění a dynamicky se vyvíjející úpravou poškození mozku. Často se užívá různých klinických výrazů jako je *coma vigile*, vigilní kóma, nebo perzistentní vegetativní stav (PVS). Anglosaská literatura nepovažuje výraz apalický syndrom za zcela výstižný, proto uvedený termín užívají země ve střední Evropě, jako jsou státy Rakouska, Německa, České republiky a Slovenska. Anglosaská literatura pokládá za vyhovující termín vegetativní stav (VS), u kterého rozlišují pravděpodobnou možnost uzdravení, pod názvem perzistentní vegetativní stav (PVS), který trvá déle než 1 měsíc po akutním traumatickém nebo netraumatickém poškození mozku. Jestliže vegetativní stav trvá bez

známek reverzibility tři měsíce od vzniku netraumatického poškození mozku nebo více jak dvanáct hodin po traumatickém poškození mozku, jedná se o permanentní vegetativní stav - nezvratný stav (PMVS) (6, 8, 26, 36, 50).

Veškeré uvedené termíny, jako je apalický syndrom, vegetativní stav, *coma vigile*, perzistentní vegetativní stav a permanentní vegetativní stav, mají společnou podstatu příčiny. Podstatou je poškození thalamů, poškození vláken propojujících kůru s dalšími oblastmi a poškození samotné kůry mozkové po akutním traumatickém nebo netraumatickém postižení mozku. K nejčastějším příčinám poškození mozku patří hypoxie v rámci kardiopulmonární resuscitace, tonutí, intoxikace, nádorové onemocnění mozku, šok, edém mozku nebo kraniotrauma v souvislosti s autonehodami nebo pády. Pro diagnostiku vegetativního stavu existuje řada kritérií. Vlastní symptomový komplex je charakterizován symptomy, mezi které patří porucha vědomí (vigilní kóma). Pacient nevykazuje známky vědomí a uvědomování si sám sebe včetně svého okolí, má spontánně otevřené oči bez mrknutí a fixace pohledu. Jsou charakteristické izokorické i anizokorické zornice, které zdlouhavě reagují na osvit, dále orální automatismy, kdy na podmět v ústech pacient reaguje otevřením úst, mlaskáním, polykáním nebo přidržetím předmětu zuby s následujícím sacím reflexem nebo skřípáním zubů. Dalším symptomem je fyziologická porucha spánku a bdění, kdy fáze spánku trvá několik minut, také dekortikační a flekční postavení končetin či otáčivé pohyby hlavy a trupu. Horní a dolní končetiny v tomto případě jsou ve flexi a svaly hlavy a trupu mají zvýšený tonus. Hlava může být zároveň flektována nebo otočená ke straně. Pacient reaguje na slabší podměty v okolí horních končetin a u větších podnětů reaguje generalizovanou motorickou odpovědí horních i dolních končetin a trupu. Dalšími projevy je tachykardie, pocení, hypertenze, neklid nebo změny tělesné teploty způsobené labilitou tonu sympatiku a parasympatiku. Dále to mohou být například sfinkterové poruchy, poruchy citlivosti nebo ztráta emočních reakcí (15, 6, 36, 26, 8).

Prognóza pacientů nacházejících se ve vegetativním stavu je závislá z jedné strany na samotné příčině mozkového poškození a tím i na stupni vegetativního stavu. Zda se pacient nalézá ve stavu vegetativní syndrom – do 1. měsíce po události, perzistentní vegetativní stav – od 1 do 3 měsíců od události a nebo v permanentním

vegetativním stavu – od 3. měsíce u netraumatického poškození nebo od 12. měsíce o traumatickém poškození mozku. Příznivější prognóza je patrná u pacientů po traumatickém postižení a u mladších osob. Na druhé straně je výsledný stav závislý na včasné a dokonalé medicínské a ošetrovatelské péči (6, 33).

Podle dotazníkových šetření, prováděných na oddělení ARO v plzeňské nemocnici, dokázali mladou ženu, která se nacházela v permanentním vegetativní stavu po globálním hypoxickém postižení mozku, udržet při životě jedenáct let a čtyři měsíce. Podle literatury je u diagnózy PMVS pravděpodobnost života nad 10 let neobvyklá. Obvykle doba života u těchto pacientů je od stanovení diagnózy mezi 2 - 5 lety. V zemích s vyspělým zdravotnictvím je nejdelší doba života v PMVS uváděna přes 41 let (6, 8).

### *1. 1. 2 Problematika situace apalický pacientů*

Porozumět problematice postavení pacientů ve vegetativním stavu ve zdravotnickém systému je přinejmenším nesnadná. Na jedné straně literatura charakterizuje až příliš optimistické očekávání ve využití včasné fáze aktivace a stimulace rezervních nebo reziduálních schopností mozku. Na druhé straně se začaly objevovat pokusy rozšířit pojem smrt mozku na smrt mozkového kmene a permanentní vegetativní stav s možností prohlásit pacienta za mrtvého a s řádným zařazením do listiny dárcovského programu. Tato myšlenka byla nedávno v západních zemích označena jako eticky a zároveň politicky nepřijatelná, i když jde svým způsobem o ekonomicky hospodárný režim (8).

Přednemocniční péče je v České republice na špičkové úrovni. Rychlost a profesionalita je zprostředkovaná rychlou záchrannou službou a odbornou péčí na špičkových pracovištích krajských a univerzitních nemocnic. Akutní fáze poskytované péče probíhá obvykle na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Pacientům je věnována mimořádná a profesionální péče prostřednictvím nepřetržité ošetrovatelské péče, pozornosti lékařů a za podpory technologického zabezpečení. V oblasti prevalence úrazů se někteří autoři ve svých člancích rozcházejí. Na jedné straně literatura prof. Smrčky uvádí, že přibližně 40 % pacientů po těžkém poranění mozku umírá, 30 %

pacientů zůstává ve vegetativním stavu a jen asi 30 % pacientů může mít relativně dobrý stav. Na straně druhé literatura doc. Drábkové cituje z jedné největší mezinárodní studie, která byla zároveň publikovaná v roce 1994 v časopise New England Journal of Medicine a jejíž výsledky byly následně statisticky zpracovány. Ta uvádí, že po traumatickém postižení mozku bylo zjištěno, že jen v 7 % případů dosahuje stav premorbidní úrovně, v 15 % vzniká permanentní vegetativní stav, ve 28 % případů těžké neurologické postižení a v dalších 17 % zůstávají mírné neurologické obtíže. Po netraumatickém poškození mozku permanentní vegetativní stav vznikl u 32 % případů (46, 8).

V českém zdravotnickém systému bohužel neexistují z kapacitního hlediska možnosti, jak zajistit nepřetržitou aktivní péči o pacienty s těžkým postižením mozku nebo nacházející se ve vegetativním stavu. Současně je prokázáno, že u pacientů ve vegetativním stavu, dostanou-li naději na dlouhodobější hospitalizaci na lůžkách intenzivní specializované neurorehabilitační péče, dochází ke zlepšení přinejmenším o 10 % - 20 % do soběstačného stádia. Velkým kontrastem je u nás špičková akutní péče, která je zároveň ekonomicky nákladná, a na druhé straně téměř neexistující nebo nedostatečná péče o chronické pacienty po poranění (46).

„Mnoho pacientů ztrácíme právě jenom proto, že jsou předčasně překládáni do léčeben dlouhodobě nemocných, kde je vzhledem k tíži tohoto stavu naprosto nedostatečná ošetrovatelská péče a většina těchto pacientů potom umírá z důvodu závažných, hlavně septických komplikací.“ (SMRČKA, Klady a záporů péče o pacienty s poraněním mozku v České republice). Náročnou situaci by vyřešila včasná neurorehabilitační lůžka, která by přímo navazovala na lůžka akutní. Umožňovala by tak pacientům ve vegetativním stavu specializované intenzivní postupy, které by byly zároveň zaměřeny nejen na ošetrovatelskou, ale i fyzioterapeutickou, ergoterapeutickou a logopedickou péči (46, 52, 10).

## ***1.2 Specifika péče o apalického pacienta***

### ***1.2.1 Péče o apalického pacienta***

Pro zaručení profesionální zdravotní péče je zapotřebí vstupních zdrojů, to znamená dostatek financí, dostatek zaměstnanců, dostatek materiálů a v neposlední řadě čas. Pak tyto zdroje umožní zabezpečit ošetrovatelskou - zdravotnickou péči a zároveň umožňují prodloužení života či zvyšování kvality života. I přes nové vědecké poznatky a technologie je pro lékaře obtížné prognostikovat léčbu, kvalitu a délku zotavení zejména u pacientů v komatu. Zařazení počítačové technologie umožnilo plné využití a modernizaci několika typů monitorovacích vybavení, které sledují všechny fyziologické systémy lidského těla. Jedná se o ventilátory zahrnující úplnou či částečnou respirační asistenci, ale také se jedná o infuzní pumpy. Případy zdánlivě beznadějně mohou být právě díky moderní technologii zachráněny. Nicméně někdy na těchto jednotkách neseleže pouze technologie, ale léčba v dalších aspektech. Pacienti mohou mít jiné problémy způsobené ať už nedostatečnou komunikací, změnou jejich spánkového režimu či nedostatkem empatie ze strany zdravotnického týmu. Sestry či zdravotní profesionálové jsou ovlivňováni technikou, ale technika samotná nic neznamená a neví, co je etika. Zdravotnický personál často zapomíná právě na ty nejmenší věci, jakými jsou úsměv, pohled pacientům, kolegům a rodině do očí, potřesení rukou nebo nastavení židle. Někdy stačí si pouze sednout a poslouchat. Nikdo nezpochybnuje význam technologie, protože sama o sobě není dobrá ani špatná, jde o to, jak je používána. Na těchto odděleních je nutné technologii, která se zdokonaluje každým dnem, využívat, ale profesionální zdravotnický personál nesmí zapomínat, že přístroje nikdy nenahradí lidskou podstatu. Právě pacienti ve vegetativním stavu vyžadují vysokou kvalitu sesterské péče, která tak napomáhá preventivně se vyhnout komplikacím. Sestra by měla rodinu informovat o procedurách a denním pořádku na daném oddělení intenzivní péče. Stejně tak by měla nabízet duševní podporu. Skutečností je, že zprostředkovávat tento druh péče, který by zahrnoval jak pacienta, tak rodinu, je velmi obtížný. Prostředí intenzivní péče se všemi svými složitými či rutinními procedurami často ošetrovatelskému personálu neumožní se pacientů dotýkat nebo s nimi nemluvit (19, 45, 41).

### *1.2.2 Ošetrovatelská péče o pacienty s apalickým syndromem*

Již samotný základní standard pro ošetrovatelské povolání, etický kodex, určuje základní morální a etické zásady. Určuje obecná pravidla, hodnoty a morální přesvědčení, které by sestra ve své profesi měla uznávat. Jedná se o standard pro jednání a péči sestry s nemocným, s jeho rodinou, komunitou a veřejností. Jeden z dalších etických pravidel je respekt lidské důstojnosti, života a lidských práv. Zároveň sestra poskytuje zdravotní péči bez ohledu na barvu kůže, věk, národnost, rasu, víru, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení (55).

Klíčovým faktorem pro posouzení stavu mozku je mezinárodně uznávaná stupnice Glasgow Coma Scale (GCS) - bodové hodnocení úrovně poruchy vědomí. Další možností je měření Glasgow Outcome Score (GOS). Glasgow Outcome Score je kategorizováno I.- V., určující výsledné mentální schopnosti člověka. Kategorie II určuje vigilní stav pacienta. Má-li pacient projevy apalického stavu s typickými znaky daného syndromu, jako je spontánní otevření očí bez mrknutí a bez fixace, vegetativní sympatomimetické projevy jako je tachykardie, neklid, pocení, hypertenze, dále absence reakcí na bolestivost a na výzvu, zívání, přežvykování, ne každý se nezvratně zařazuje do skupiny s neexistující možností nápravy (8, 33, 3).

Neodkladná lékařská péče, ošetrovatelská - sesterská péče je prioritní v péči o pacienta ve vegetativním stavu. Důležitým aspektem je kontinuální zajištění a uspokojení základních bio-psycho-sociálních-spirituálních potřeb. Péče o apalického pacienta je zaměřená na léčebnou, ošetrovatelskou, sociální, rehabilitační péči a komfort a zajištění klinického psychologa, který je u nás na rozdíl od zahraničí stále nezvyklý spolupracovník týmu. Dalším důležitým aspektem je věnovat pacientům po dobu hospitalizace kvalitní a obzvláště plnohodnotnou ošetrovatelskou péči, společně s okamžitou aktivací a zapojením rodinných příslušníků do nácviku ošetřování pacienta se zajištěním bazální stimulace. Uznávaným pravidlem je „vnímám tak dlouho, dokud dýchám“. Specifika ošetrovatelské péče jsou dána ošetrovatelskými problémy a změnami a to v oblastech somatických, psychických a sociálních. U pacienta se tyto problémy mohou projevit s různou mírou charakteristických vlastností. Mohou být

akutní, chronické, potencionální, ale především mívají permanentní charakter, vyžadují tak nepřetržité ošetrovatelské intervence (38, 3, 36, 6, 8, 32).

Jak bylo řečeno, léčba apalických pacientů vyžaduje multidisciplinární přístup, který je pro ošetřující personál značně fyzicky a psychicky náročný. Péče spočívá ve zvládnutí mozkového edému za využití antiedémové léčby, dekompresní kranioterapie, barbiturátů, hypoventilace a zvýšené polohy hlavy. Dále ovlivnění metabolismu mozkových buněk s následnou prevencí poúrazové epilepsie, podávání nootropik a antiepileptické léčby, včetně využití režimového opatření. Polohování, odsávání z trachey, péče o cévní vstupy a permanentní močový katétr slouží jako prevence infekčních komplikací. Ošetrovatelská péče je zaměřena na péči o dýchací cesty, péči o výživu a vyprazdňování, péči o dutinu ústní, sliznice, oči a uši. Dále péče zahrnuje hygienu, sledování vitální funkcí, péči o invazivní vstupy, ochranu před infekcemi, rehabilitační péči, péči o kůži a pohybový aparát, plnění ordinací lékaře, komunikace s pacientem, bazální stimulace a v neposlední řadě podpora rodiny. Sestry si nechávají přinést pacientovy hygienické prostředky, fotografie blízkých, pacientovu oblíbenou hudbu, knihy a noviny, které tak sestra může předčítat. Pro každou sestru je náročná fyzicky, ale především psychicky péče o pacienta ve vegetativním stavu. Nejvíce na sestry dopadá stereotyp ošetrovatelské péče a nemožnost komunikace s pacientem a bohužel často se vyskytující ztráta víry ve zlepšení jeho zdravotního stavu. Většina sester by přivítala podporu klinického psychologa (36, 38 ,6 ,32, 3).

Podle brazilské studie z roku 2008, sestry, které spolupracovaly s rodinnými příslušníky pacientů na jednotkách intenzivní péče, přišly s důležitým zjištěním. Ze všech rozhovorů vyvstalo několik problémů, které sestry měly, pokud byly nuceny jednat s těmito rodinami. Některé sestry měly problémy vyrovnat se se smutkem rodiny. Pro jiné zase byla obtížná organizace práce, která je právě na jednotkách intenzivní péče specifická. Další sestry cítily určité vlastní vnitřní limity, další se nedokázaly vyrovnat s tím, jak rodiny své pocity vyjadřují. Hospitalizace takovýchto pacientů na odděleních intenzivní péče obvykle proběhne nepředvídaně. Kvůli tomuto faktu rodina nemá čas se s touto skutečností vyrovnat. Následkem této stresující situace se rodina cítí

dezorientovaná, opuštěná, pasivní a vyvstávají u ní různé typy potřeb. Zažívá strach, úzkost a nejistotu (41).

#### *1.2.2.1 Péče o výživu*

Jeden z hlavních prvků péče o pacienta v apalickém syndromu je zajištění dostatečného množství tekutin a kvalitní stravy s následnou péčí o nazogastrickou sondu nebo péčí o gastrostomii. Nutriční podpora je možná parenterální a enterální cestou. Množství potravy by mělo být přizpůsobené následujícím faktorům: věku pacienta, tělesné hmotnosti, celkovému fyziologickému stavu a na denních činnostech. Výživa má být komplexní tak, aby zajišťovala potřebné živiny ve správném poměru. Má-li organismus nedostatek živin, je nucen začít využívat nejen zásobní tělesné živiny, ale i vlastní stavební látky, jako je například svalová tkáň. Rozpadem tělesných tkání dochází ke ztrátám tělesných bílkovin, které jsou rozhodující pro správnou funkci imunitního stavu a tím i obranyschopnost organismu proti infekcím. Právě kachexie je jedna z nejčastějších komplikací metabolismu společně se vznikem diabetu mellitu (37, 6, 57, 59).

Pro hodnocení úrovně výživy u apalického pacienta je nutné provádět fyzikální vyšetření jeho stavu. Sestra měří tělesnou hmotnost, sleduje stav pokožky a její patologie, jako jsou například petechie, purpura, edémy podkoží, blefaritis. Nezapomíná sledovat také rty (cheilózu či angulární fissury), jazyk (glossitis, vyhlazení papil), vlhkost sliznic dutiny ústní, dásně a kožní turgor. Někdy je při hladovění patrné zbytnění příušních žláz. Dále se sleduje možnost zvětšení štítné žlázy, velikost jater či přítomnost ascitu. Tyto příznaky jsou charakteristické pro různé stavy způsobené proteinovou malnutricí, protein – kalorickou malnutricí nebo karencí izolovaných esenciálních složek (15, 16, 6, 24, 58).

Cílem práce sestry při poskytování parenterální výživy u apalických pacientů je nekomplikovaná aplikace výživy a také léků. To je možné cestou centrálního žilního vstupu nebo popřípadě u stabilizovaných pacientů do žilního vstupu pro krátkodobou aplikaci po dobu několika dnů, a to běžně do žíly v předloktí. Sestra musí zároveň



dodržovat postupy v péči o centrální vstup, které zahrnují pravidelnou kontrolu místa vpichu a při jejím následném zrušení zaslání konce katétru na bakteriologické vyšetření (37, 6).

Parenterální výživa je indikovaná u pacientů s nefunkčním zažívacím traktem či naopak parenterální výživa může pomoci ve fázi, kdy se pacient teprve učí jíst. Dříve byla výživa podávána systémem několika láhví, dnes se využívá jednotný systém tzv. all-in-one. Plná dávka živin a tekutin se aplikuje pomalu, doba trvání je přibližně 18-24 hodin. O přesném složení parenterální výživy rozhoduje lékař. Obsahuje-li směs všechny tři hlavní živiny (cukry, tuky, bílkoviny) má vzhled mléčný. Při krátkodobé aplikaci lze nemocného živit směsí bez tuku, pak je podáván čirý roztok. Nejlepší možnou variantou je kombinace parenterální výživy se současným příjmem malého množství potravy nebo umělé výživy do gastrointestinálního traktu, protože zažívací systém má významnou funkci z hlediska imunitního systému, který posiluje imunitní stav jedince. Velký význam mají také živiny ve střevě, protože je tak aktivován zažívací trakt k rychlejšímu přechodu na následující přirozenou stravu (37, 59).

K enterální výživě přecházíme co nejdříve, samozřejmě pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje. Enterální výživa je tvořena tekutými přípravky, které řadíme do čtyř základních skupin. Mezi první skupinu řadíme kuchyňsky připravované přípravky (polévky), které zásadně podáváme pouze do žaludku. Druhou skupinu tvoří výživa polymerní, připravovaná farmaceutickým průmyslem, kterou podáváme do žaludku, duodena i jejunu. Třetí skupinu tvoří výživa oligomerní, vyžaduje minimální trávení a je prakticky bezzbytková, a poslední skupinou je výživa speciální. Úlohou sestry je příprava pomůcek k podávání výživy, má mít přehled v dietním systému, objednávání stravy, podávání stravy, pomoc při stravování, kontrola data expirace při podávání výživy, včetně zajištění přiměřené teploty stravy. U nasogastrické sondy sestra zajišťuje její správné zavádění, včetně ujištění se o správném jejím uložení. Stravu do nasogastrické sondy aplikujeme pomocí stříkačky velmi pomalu. Při rychlém podání strava může vyvolávat plynatost, křeče nebo i reflex zvracení. Rychlost podávání enterální výživy je při kontinuálním podávání zpočátku nízká. Zahajujeme většinou dávkou 10 – 20 ml výživy za hodinu. Postupně tuto dávku navyšujeme na 100 ml za

hodinu. Při podávání enterální výživy ve spánku se doporučuje zvýšit polohu horní části těla o 30 stupňů kvůli snížení rizika aspirace výživy. Další možnou variantou aplikace a přijímání výživy u apalických pacientů je formou gastrostomie PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Ta je indikována tehdy, kdy pacient není schopen přijímat potravu cestou parenterální, ale předpokládáme, že enterální výživu budeme podávat po dobu delší než 6 týdnů. PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) vyžaduje pravidelné proplachování 10 - 20 ml fyziologického roztoku, dále je důležitá kontrola vpichu, sledování průchodnosti sondy, eventuálně prosakování kolem stomie. (6, 36, 24, 37, 15, 58)

#### *1.2.2.2 Péče o hygienu*

Mezi výchozí biologické potřeby se řadí potřeba čistoty, hygieny. Pro většinu lidí je základním předpokladem pro pocit osobní pohody. Tato potřeba je současně ovlivněna sociálními, kulturními a rodinnými faktory. U pacientů ve vegetativním stavu je hygiena specifická. Pacienti často přezvykují a grimasují, proto při hygieně o dutinu ústní může dojít k spolknutí tampónu nebo poranění chrupu při skousnutí čistícího nástroje. Čištění zubů, celková koupel, mytí vlasů, péče o oči, péče o pokožku, česání, úprava nehtů, péče o čisté osobní prádlo se řadí k základním výkonům hygieny u pacienta. Pro správnou hygienu je důležitá vhodná volba pomůcek, mezi které řadíme u hygieny dutiny ústní jednorázové pinzety, sterilní tampony a zubní kartáček. Během hygienické péče o apalického pacienta se ošetřující personál snaží maximálně využívat pacientovy osobní hygienické pomůcky, jako je vlastní žínka, mýdlo, parfém nebo holicí potřeby. Během hygieny se snaží ošetřující personál aktivně zapojit pacienta do hygieny, svou rukou vést pacientovu ruku. Pro koupel se využívají přenosné nafukovací vany. Po celkové koupeli personál promaže kůži tělovým mlékem, záda chladivým gelem a predilekční místa speciální pastou (Menalind). Oči se vykapávají třikrát denně Lacrisynem, popřípadě Ophthalo – Azulen mastí. Pokožka by měla být stále suchá, čistá, s možností zajistit průběžnou kontrolu jejího stavu a změn a se zachováním přirozeného ochranného obalu pokožky. Hygiena by se měla provádět správně dvakrát denně a dle potřeby pacienta. Sestra musí sledovat stav pokožky. Součástí celkové

toalety je také péče a převazy invazivních vstupů, jako jsou drény, arteriální a žilní vstup nebo permanentní močový katétr (6, 36, 35, 38, 54, 57).

### *1.2.2.3 Péče o vyprazdňování*

Vyprazdňování je základní fyziologická funkce a biologická potřeba organismu. Je ovlivněno příjmem stravy, tekutin, léků i aktivitou. Ošetřující personál pečuje u apalického pacienta o pravidelné vyprazdňování s dostatečnou diurézou. Mezi nejčastější komplikace, se kterými se může ošetřující personál setkat, patří v rámci gastrointestinálního traktu u apalického pacienta krvácivé projevy do zažívacího traktu a obstrukce. Z důvodu dlouhodobé imobility může dojít u pacientů k poruše defekace. Úkolem sestry je zajistit vhodnou stravu bohatou na vlákninu a společně vysvětlit rodině, jaké tekutiny a potrava jsou pro pacienta nejvhodnější. Velmi důležité je dokumentovat frekvenci vyprazdňování stolice. Pokud nedojde ke zlepšení, přechází se k podání glycerínového čípku, Lactolusu, miniklyzmatu nebo u dlouhodobé obstrukce se provede manuální vybavení (skybal). Při příznacích obstrukce nebo diarhoe je vhodná konzultace s rodinou o vhodnostech jídla a tekutin. Sestra by měla průběžně zaznamenávat frekvenci stolice, hydrataci pokožky, sledovat charakter stolice, podávat dostatečný přísun tekutin a vhodnou stravu (36, 57, 32, 6).

Léky, aktivita, svalový tonus, příjem tekutin a příjem potravy s vysokým množstvím vody a sodíku jsou hlavními faktory, ovlivňující vylučování moče. Nežádoucími komplikacemi v oblasti urogenitální jsou v důsledku zavedení močového katétru krvácení nebo urosepsy. Pro zavedení permanentní katetrizace se využívá uzavřený sběrný systém jako prevence vzniku infekční nákazy. Aplikace močového katétru způsobuje infekci v rozmezí 1 – 20 % v závislosti na zdraví a věku pacienta. Hlavním úkolem sestry je proto udržovat příjem tekutin v rozmezí 2 000 - 3 000ml/24 hodin a péče o permanentní močový katétr. Péče o katétr zahrnuje sledování funkčnosti sběrného sáčku, aseptické pravidelné vyprazdňování moče, pravidelné denní sledování a zaznamenávání příznaků infekce a bilance tekutin (příjem/výdej). Sestra by neměla zapomenout na účinky léků, které mohou ovlivnit vylučování (6, 57).

#### *1.2.2.4 Péče o dýchací cesty*

Pneumonie, atelektáza plic nebo stenóza trachey mohou být vyvolány následkem dlouhodobé kanylace postihující oblast dýchacích cest. Pacienti jsou v počáteční fázi přijímání zaintubováni. V této fázi nemohou dlouho setrvávat, pokud se neobjeví po extubaci spontánně dostatečně ventilující. Společným cílem je proto zavedení tracheostomické kanyly s postupným odvykáním od řízené ventilace a postupně převést pacienta na ventilaci tlakovou s využitím zástupových dechů a nočním odpočinkem na řízené ventilaci. Intervaly těchto ventilačních režimů a programů se snižují. Dále se ošetřující personál pokouší u pacienta o spontánní ventilaci, která je velice zdlouhavá a individuální a může vyvrcholit nepříznivým zvratem, kdy je nutný okamžitý návrat na plně řízenou ventilaci. Z tohoto důvodu je často zanechána trvale tracheostomická kanyla. Odvykání od dýchacího přístroje je nesnadný proces, který je závislý na výkonnosti pacienta a jeho přidružených chorobách (6, 36, 8).

Péče o invazivní vstup do dýchacích cest zahrnuje pravidelné a sterilní odsávání, pravidelné ošetřování tracheostomie, inhalační terapii, dechovou rehabilitaci a výměnu tracheostomické kanyly. Odsávání z dolních cest dýchacích provádí sestra pomocí sterilních odsávacích cévek přiměřeného průsvitu. Odsávání lze provádět otevřeným nebo uzavřeným odsávacím způsobem. Uzavřený odsávací systém je pro pacienta vhodnějším a méně ohrožujícím způsobem, při kterém dochází ke snížení možnosti infekce či dokonce předcházení jejího vzniku. Sestra dále dbá o správnou polohu hlavy a trupu, zabezpečení volné průchodnosti horních dýchacích cest, u kterých dochází při zavedení tracheální kanyly k vyřazení jejich přirozených funkcí, a zajištění jejich správné ošetrovatelské péče. Nedostatečnou a nevhodnou ošetrovatelskou péčí může dojít k zasychání sekretu a vzniku krust, které mohou mít za následek vznik infekce do oblasti dolních cest dýchacích (6, 36).

#### *1.2.2.5 Rehabilitační ošetřovatelství u nás a v zahraničí*

Rehabilitace je celospolečensky provázaný a koordinovaný systém péče. Jedná se o včasné, plynulé a koordinované úsilí s co nejrychlejším a nejširším zapojením osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit společenského života. Snahou rehabilitace je diagnostika a návrh krátkodobého a dlouhodobého plánu za spolupráce zdravotnického týmu a to pod vedením lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologického a logopedického pracovníka. Úspěšnost rehabilitace je výsledkem právě zmiňované spolupráce v týmu (52, 53).

Také v rehabilitačním ošetřovatelství je podstatou začlenění rodiny do péče o apalického pacienta. Sestra zde má významnou funkci poradce a průvodce během péče. Rodina si musí během rehabilitace uvědomovat veškeré dění prováděné na pacientovi. Zároveň by měli být rodinní příslušníci informováni o průběhu léčby (52, 53).

Pacienti ve vegetativním stavu jsou nejvíce ohroženi spastickými kontrakturami svalů a rehabilitace je mířena právě na její prevenci. Fyzioterapeuté pravidelně dochází k pacientům ve vegetativním stavu a rodina tak má možnost spolupracovat a podílet se na péči o pacienta. Nejčastěji spolupracuje fyzioterapeut s rodinným příslušníkem v polohování pacienta s využitím jednoduchých cviků. Péče poskytovaná apalickému pacientovi je týmová práce (20, 52, 53).

Jak uvádí zahraniční literatura na internetových stránkách Shepherd Center, existuje v amerických státech jako Georgia mimo jiné specializovaná pracoviště se zaměřením na pacienty nacházející se ve fázi komatu, vegetativním stavu s minimální pravděpodobností navrácení vědomí. Příkladem poskytované péče je právě zmíněné Sheperd Centrum. Jeho služby neopomíjí nezastupitelnou roli rodiny, která v jejich programech hraje důležitou roli. Péče o pacienty ve vegetativním stavu je nejprve poskytována na jednotkách intenzivní péče, dále nabízí služby prostřednictvím programu PREP (viz níže), dále samotnou lůžkovou rehabilitaci a pro pacienty stabilizované denní programy. Pacientům nabízí kompletní, kontinuální a speciálně vytvořený plán poskytované péče za využití nejmodernějších technik a technologií, včetně specialistů a odborníků. Program Pre-Rehabilitation and Education Program (PREP) (předrehabilitační vzdělávací program) obsahuje především interdisciplinární

management a dále vzdělávání a trénink rodinných příslušníků. Členové interdisciplinárního týmu jsou například lékaři, sestry, case manager, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedové, neuropsychologové, respirační terapeuti, dietní terapeuti, kněz a samozřejmě rodina (7, 42).

Výsledky nashromážděné u 135 pacientů, kteří prošli PREP programem od roku 2004 – 2007, vypadají následovně. Celkově 135 pacientů bylo rozděleno do tří skupin. První skupina byli pacienti, kteří došli k minimálnímu stavu vědomí v Shepherd Centru a byli přeloženi do nemocnice s rehabilitačním programem na dalších 4-6 týdnů. Druhá skupina pacientů byla propuštěna domů, ale ti se později vrátili z důvodu minimálního stavu vědomí. Z druhé skupiny se tedy část pacientů vrátila zpět do rehabilitačního Sheperd programu a ostatní byli přemístěni do ambulantního zařízení. U poslední třetí skupiny byli pacienti po propuštění z PREP programu do domácího prostředí a nedošlo k potřebě jejich návratu (7, 42).

Veškerá data zahrnují srovnání mezi těmito třemi skupinami s přihlédnutím k jejich věku, datu zranění, počtu dnů v PREP programu, změnám stupně komatu a propuštění. Výsledkem je, že u 78 % těchto pacientů, kteří prošli PREP programem, se v průběhu jejich léčby zlepšil jejich stav z minimálního stavu vědomí do vyššího stupně kognitivních funkcí. Celkem u 61 % pacientů se jejich stav zlepšil v Sheperd Centru. U 54% došlo k propuštění a to do ambulantní péče nebo denního programu. Propuštěno do domácího prostředí k rodině bylo 30 % s využitím zdravotní domácí péče. Pouze 10 % pacientů bylo přeloženo do kvalifikovaných ošetrovatelských zařízení nebo do akutních lůžek dlouhodobě nemocných (7, 42).

#### *1.2.2.6 Biofeedback - terapie Breuer*

Od roku 1992 studuje Richard Breuer v biotechnologickém výzkumném centru Blankenheim výzkumného střediska v Eifelu hmat v oblasti kvantové fyziky (4).

Jedná se o novou, neobvyklou terapii, o formu „třukání“ po kůži pacienta, kdy terapeut tak dostává do svých prstů signály tepla, chladu a vibrací a dle toho pozná, jak a na co se soustředit. Terapeut tak díky vibrací pomocí prstů po povrchu těla pacienta cítí a může regulovat malé a nejmenší změny buněčného sdružení (symptomů). Jedná se

o vysoce efektivní a metodicky účinnou manuální biofeedback terapii, která umožňuje kvantově - fyzikální odstranění bolestí a spasticity kdykoli, kdekoli a od kohokoli, kdo si ji osvojil. Pozitivní účinky biofeedback terapie jsou popsány u osob nacházející se v apalickém syndromu. Dále je důležité zmínit, že pracovním prostorem terapeuta není přímo kůže, ale prostor nad kůží, kde se právě pohybují biofotony. Jedná se o prostor kvantový, nebo- li lépe řečeno mikro svět. Základním koherentním kódem v bilanci je teplo, klid, uvolnění. Tento kód dle měření má pouze 16,7 % naší populace, zbytek populace 83, 3 % vysílá nekoherentní kód. Jedná se o kód v nevyrovnanosti (dysbalance). To znamená, že 83, 3% populace patří do skupiny nemocných a to na těle či na duši. K nejdůležitější části terapie patří péče o duši - duševní zranění, poznání tohoto duševního zranění, přijetí a splynutím s vlastním „já“ (4).

Takto popsala matka pokroky malého Denise, pacienta a apalickým syndromem, po působení biofeedback terapie: „Po prvním ošetření mohl Denis vědomě a kontrolovaně pohybovat pravou paží. Dokonce byl schopen ukázat první kontrolované pohyby pravou nohou. Po dalších ošetřeních se objevilo i cílené ukazování na předměty pomocí laserového ukazovátka. V Blankenheimu Denis poprvé po své nehodě napsal své jméno.“ (BREUER R., Die Manuelle Biofeedback).

Vedlejší účinky, jako je posílení spasticity, koagulace erytrocytů, zesílení epilepsie nebo podráždění nervových buněk, způsobují pouze nevyškolení terapeuti, a mohou vést k nevyčísitelným škodám na zdraví. Manuální terapie Biofeedback Breuer je založena na propojení kognitivní schopnosti s uspořádaným principem smyslových receptorů v kůži. V terapii jsou nekoherentní biofotony dekodovány skrze smyslové receptory a regulovány směrem ke koherenci. Pojem koherence je optimální rovnováha mezi informací a energií v biologickém systému. Krauseho tělíška, volná nervová zakončení, Meissnerovy buňky a rovněž i Vater-Paciniho tělíška jsou smyslovými receptory, jejichž význam je pro každý organismus podmíněn především jeho komunikačními vlastnostmi. Buněčná komunikace vyplyne z informace a její energie. Společnou příčinou každé spasticity je přerušení vazby od koherentních, rezonančních kódů biofotonů a to bez ohledu na to, zda se spastické příznaky vyznačují fyzickým omezením, emocionální nerovnováhou nebo narušením způsobu myšlení.

Spasticita začíná být vnímána jako základní prvek pro mnoho nemocí. Orientované podněty manuální biofeedback terapie poskytují koherentní vibrační rovnováhu buněčné komunikace dle kvantové fyziky. Neuronální sdruženost je bezprostředně podpořena a synaptické přenosy nervového systému formují vibrační síťovou strukturu koherentní buněčné komunikace. To vede k buněčnému řízení a uvolnění spasticky (4).

### *1. 2. 3 Bazální stimulace u komatózních stavů*

V zahraničí patří bazální stimulace k nejpoblárnějším konceptům ošetřovatelství. Neopomenutelnou výhodou je, že pro její používání není třeba finančních prostředků, nadstandardních pomůcek či nadstandardních prostředků, ale pouze vyškolený personál, pochopení a spolupráce všech členů týmu a přítomnost rodiny. Autorem metody byl v 70. letech 20.stol prof. Frohlich. Na půdu intenzivní péče se prosadila díky sestře Christel Beinsteinové (25, 13).

Bazální stimulace je určena pacientům především v komatózním stavu, dále pacientům v intenzivní péči, geriatrickým pacientům nebo například postiženým dětem. Koncept bazální stimulace poukazuje, že komatózní pacienti také komunikují. Základem je porozumění a přizpůsobení se signálům pacienta, kterými pacient reaguje, může se projevat změnou dýchacího rytmu, změnou sekrece potu, pohnutím hlavy, mrknutím očí nebo dalšími pohyby. Bazální stimulace vyžaduje čas, chuť a vzájemnou spolupráci. Tento koncept vychází z individuálních potřeb samotného pacienta. Mnohdy sám ošetřující personál včetně rodiny vykonává bazální stimulaci, aniž by si to sami uvědomovali, například v polohování nebo masážními technikami. Dalším příkladem může být samotná komunikace formou doteku, jako je pohlazení po čele, tváři, vlasech, držení za ruku nebo masírování těla, koupele. Právě tyto a mnohé další výkony se zahrnují v konceptu bazální stimulace do takzvané somatické stimulace. Na každého pacienta v konceptu bazální stimulace je nahlíženo jako na rovnocenného partnera, člověka mající vlastní historii, určité schopnosti, je individuální, má své návyky a prožitky a způsob komunikace (11, 13).



#### *1. 2. 4 Bazální stimulace u apalických pacientů*

Každý člen týmu pracující s apalickým pacientem by měl být proškolen konceptem bazální stimulace, popřípadě by měl znát alespoň její základní prvky. Pokud mají být všechny stimulace úspěšné, musí vycházet z perfektní znalosti pacientovy biografie. Ošetřující tak pracuje s paměťovými drahami pacienta. Dále je nutné začlenění nejbližšího sociálního okolí pacienta, tím je myšlena právě rodina. Bazální stimulace vychází z teorie, že každý člověk i s minimálním stavem vědomí je schopen vždy v každé situaci alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat. Člověk je tedy vždy schopen otevřít se světu a komunikovat tak se svým okolím. Tento koncept si zároveň uvědomuje, že pro ošetřující personál i rodinu je náročné a nesnadné aplikovat stimulaci, jestliže pacient nevykazuje žádné evidentní akce a reakce. Přičemž pacientova neaktivita, nečinnost, nereagování může znamenat formu chování (11, 13, 26, 49).

Doc. Dr. A. Ziegler zdůrazňuje, že pacient nacházející se ve vegetativním stavu není defektní stav, ale výsledek nedostatečné komunikace a stimulace. Na stav v komatu se dříve nahlíželo jako na stav, kdy není člověk schopen vnímat, dnes se na koma nahlíží jako na strategii přežití v extrémní situaci. Bohužel, často se střetáváme s názory zdravotnických pracovníků, že „stejně nic nevnímá“. Bude-li ošetřující personál nahlížet na pacienta v apalickém stavu jako na osobu, která je schopná cítit, vnímat, reagovat a použije-li vhodnou komunikaci s pacientem, může proniknout k jeho vnímání a vědomí. A to tehdy, přizpůsobí-li se komunikační úrovni pacienta takovou formou, která je adekvátní danému stavu pacienta. Ve chvíli, kdy pacient přijme nabídnutou formu komunikace a reaguje na ni, pak může zhodnotit, na jaké úrovni vnímání se nachází. Ošetřovatelský personál by měl umět zhodnotit a být schopen rozlišit jakoukoliv sebemenší reakci pacienta. K základním stimulacím řadíme stimulaci somatickou, vibrační, vestibulární, olfaktorickou, orální, optickou, taktilní- haptickou (11, 32, 26).

Každý ošetřovatelský zásah musí být proveden s vědomím cílené stimulace jak zachovalých, tak i k oslabených smyslů. Z toho vyplývá, že každý ošetřovatelský zásah poskytovaný ošetřujícím pracovníkem je terapeutický zákrok. Stimulaci ošetřující

využívá při každém kontaktu s nemocným a při všech ošetrovatelských intervencích. Bazální stimulace je tedy možné integrovat do ošetrovatelské péče během služby. Základním předpokladem je promyšlené a cílené plánování ošetrovatelských aktivit tak, aby ošetřující vykovávající stimulaci si ji naplánoval na vhodnou dobu a zamezil zbytečným rušivým podmínkám. Je zároveň nezbytné zohlednit denní rytmus pacienta a poskytovat stimulaci tak, aby nepřekročila dobu 20 minut, neboť by mohly být u pacienta překročeny hranice schopnosti koncentrovat se a přijímat podněty (11, 32).

### *1. 2. 5 Bazální stimulace ve spolupráci s rodinou u apalických pacientů*

Hlavním aspektem každého pracoviště pracujícího s apalickými pacienty s využitím konceptu bazální stimulace je přítomnost a aktivita rodiny u lůžka pacienta. Právě rodina zná nejlépe svého příbuzného, ani sebelépe vyškolený personál v konceptu bazální stimulace není schopen předat tolik citu a lásky jako milující rodina. Informace zprostředkované rodinou mají pro zdravotníky vykonávající bazální stimulaci cenu zlata. Vyškolený zdravotnický personál rodinné příslušníky průběžně proškoluje. Nejprve mohou sestřám při výkonech asistovat, poté mohou některé výkony provádět sami. Na základě rodinou poskytovaných informací mohou zdravotníci na základě pacientových oblíbených činností nebo příjemných chutí úspěšně stimulovat. Rodinní příslušníci by měli být aktivně vybízeni k činnostem, jako je čtení oblíbené knihy, pouštění oblíbené hudby nebo pouštění nahrávky hlasů přátel nebo rodiny. Nejbližší příbuzný by měl mít možnost si k pacientovi lehnout na lůžko, obejmout ho a hladit nebo i držet jen za ruku (32, 11).

### Somatické stimuly

Kvalita somatické stimulace je přímo závislá na kvalitě doteků, které jsou aplikovány na tělo pacienta a při kterých dochází k vnímání vlastního tělesného schématu. Koncept lze aplikovat u polohování, k stimulaci tělesného schématu, k podpoře a stimulaci dýchání, k pomoci při pohybu a korekci polohy. Somatické stimuly jsou nejčastěji zprostředkovány formou takzvaných iniciálních doteků. Tyto doteky jsou využívány při vítání a loučení s apalickým pacientem. V tomto případě je

nutné poučit další návštěvy pacienta a zbytek zdravotnického týmu o lokalizaci a využití doteku. Dotek by měl být zřetelný a vyvinutý silou přiměřeného tlaku. Nejvíce se doporučují místa jako je rameno nebo paže. Iniciální dotek by měl být doprovázen verbálně. Ošetřující personál i rodina by si měli uvědomit, že právě ruce společně s podložkou, na které pacient leží, jsou médiem, se kterým má největší kontakt. Ruce neumějí lhát, jsou zprostředkovatelem vztahu pacienta a ošetřujících (12, 11, 13).

Dalšími možnostmi je využití perličkových polštářů, sloužících k uvědomění si vlastního tělesného schématu především v poloze „hnízdo“. Hnízdo volíme například právě u pacientů v komatózním stavu nebo po celkové zklidňující koupeli. Často dochází u těchto pacientů k snížení svalového napětí. Rodinní příslušníci také nosí pacientům oblíbené hračky, různé předměty, jako je mobilní telefon nebo také volant, pro připomenutí každodenních aktivit, které se v rámci stimulace vkládají do rukou pacienta. Polohovat lze pacienty ve vegetativním stavu také za pomoci canisterapeutických psů (12, 13).

K dalším možnostem začlenění nejbližších rodinných příslušníků či citově velmi blízké osoby do somatické stimulace mohou být zklidňující koupele, osvěžující koupele, koupel rozvíjející nebo koupel neurofyziologická. Sestry se snaží umožnit a vysvětlit blízké osobě, jak koupat a komunikovat s pacientem před jejím uskutečněním. U celkové zklidňující koupele se příslušná osoba snaží dotýkat pacienta těla oběma rukama, koupel by neměla trvat déle jak 20 minut. Během koupele se nemá hovořit s třetí osobou, tudíž by měla být poskytována jedním člověkem. Dále je vhodné zajistit příjemnou teplotu s vhodnou atmosférou. Obličej a genitálie nemusíme umývat při celkové koupeli, můžeme je vynechat a umýt jindy během dne. Zároveň se doporučuje, aby blízká osoba informovala průběžně pacienta o úkonech, které právě vykonává. Umývání žínkou se provádí od hlavy až k patě po směru chloupků (12, 11, 13).

Další možností začlenění rodinných příslušníků je spolupráce s fyzioterapeuty, kteří informují o způsobech polohování a seznamují rodinu s jednoduchými cviky. Dále je prospěšné umožnit (pokud stav pacienta dovolí) citově nejbližšímu členu rodiny, aby přímo ležel na posteli vedle pacienta a objímal a dotýkal se jeho těla (13).

## Optická stimulace

Lze prokázat, že úmyslným zaměřením pozornosti, snahou vštípit si něco do paměti nebo usilovným přemýšlením se mění fyziologické procesy v mozku. Prostředí, ve kterém se pacient v nemocničním zařízení nachází, je podnětově chudé. Pasivní aplikace stimulů neznamena jen optickou stimulaci, ale také poskytnutí možnosti změnit prostředí (13).

Při optické stimulaci se po dohodě s rodinou využívá především oblíbených fotografií, obrázků, plakátů, televize s oblíbeným pořadem, nasazení brýlí, samozřejmě umístěných do zorného pole pacienta. Další možností, která spadá do optické stimulace, jsou návštěvy, známé tváře ze zaměstnání nebo z rodiny. Pokud to stav pacienta umožňuje, jsou velmi vhodné procházky, projížďky s pacientem a jeho rodinou, samozřejmě za využití speciálního vozíku, a také pomoc pacientovi uvědomit si denní dobu. Vždy je nutné aplikovat stimulaci cíleně a dávkovaně, aby nedošlo k přetížení pacienta (12, 13).

## Orální stimulace

Samotná ústa představují nejcitlivější a na vnímání nejaktivnější somatickou zónu. Pro využití orální stimulace je důležité především kontrola samotné dutiny ústní (afty, rány, dekubity). Dále se zaměřujeme na to, jak často pacient prováděl dentální hygienu, kterým jídlům a nápojům dával pacient přednost. Cílem orální stimulace je umožnit pacientovi vjemy z jeho úst a stimulovat tak vnímání. Po zprostředkování orální stimulace zajistíme vhodnou polohu pacienta. Hygiena dutiny ústní se provádí za použití pacientova zubního kartáčku nebo molitanové štětičky. Je vhodné, aby se rodina sama zapojovala, ale také se snažila zapojit pacienta do čištění dutiny ústní. U apalických pacientů se doporučuje navodit chuť pár kapkami oblíbené tekutiny (čaj, kafe), které spíše navodí vůni (12, 13).

## Auditivní a vibrační stimuly

Prostředky pro zajištění auditivních stimulů je řeč, hudba, zpěv. Nejvhodnější možností je, aby k pacientovi hovořila citově velmi blízká osoba. Ošetřující personál se často střetává s dotazy příbuzných, o čem mají hovořit s člověkem v komatu. Doporučuje se, aby vyprávěli, co dělali dnes, co budou dělat zítra, co je nového. Měli by hovořit k pacientovi se stejnou barvou hlasu a v takové formě, která je pacientovi známá a to platí i u oslovování. Hudbu můžeme zprostředkovat pomocí přehrávače, jako je rádio nebo televize. Pokud podáváme pacientovi hudbu přes sluchátka, dodržujeme adekvátní vzdálenost přibližně 20 cm od ucha a upravujeme i hlasitost. (12, 13)

K vibrační stimulaci lze využít hudebních nástrojů nebo hlasu. Když terapeut nebo příbuzní hovoří nebo zpívá, jeho hrudník se jemně chvěje. Položí se ruka pacienta na hrudník dotyčného. Během této doby by oba měli být příjemné pozici v křesle nebo na lůžku. Této metodě se objevují tři prvky bazální stimulace. Jedná se současně o stimulaci somatickou, vestibulární a vibrační, tedy trilogie (12, 13).

## Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace je aplikovatelná mimo jiné také u pacientů s apalickým syndromem. Tuto stimulaci je vhodné aplikovat před každou změnou polohy těla pacienta a to tak, že hlava se uvede do pozice směru příští polohy těla pacienta. Dále při využití této stimulace může terapeut nebo rodina provádět nepatrné pohyby hlavy ze strany na stranu při neustálém kontaktu s podložkou. Pohyb stačí provádět 3 – 5 x (13).

## Olfaktorická stimulace

Jak název napovídá olfaktorická stimulace je založená na stimulaci čichových receptorů za využití vůně. Než se u pacienta začne aplikovat tato stimulace, je nutné zjistit, které vůně rodinný příslušník upřednostňoval, k zabránění negativní stimulace. Při aplikaci olfaktorické stimulace je potřebné si uvědomit, že nelze tuto metodu využívat kontinuálně. Pacientům ve vegetativním stavu se tak zprostředkovává možnost, orientovat se v dané situaci a tím i získat pocit bezpečí a jistoty. Příkladem

mohou být vůně osobních toaletních prostředků jako je zubní pasta, deodorant, parfém, voda po holení. Nebo využití vůně oblíbeného jídla, vůně z pracovního prostředí či vůně spojené se zájmy pacienta (12, 13).

#### Taktilně – haptická stimulace

Stimulaci taktilně – haptická je založena na vnímání doteku, tlaku, napětí, chladu, tepla, vibrací či lechtání. Tyto podměty velmi stimulují paměťové stopy u apalických pacientů. Základními předměty mohou být oblíbené předměty jako je talisman, hračky, předměty užívané v denním životě jako je mobil, klíče, volant. Může se jednat také o předměty spojené se zájmy jako je tenisová raketa, dřevěný hlavolam nebo předměty užívané k osobní toaletě jako je hřeben, mýdlo, žínka. Často užívanými předměty, které rodina apalickým pacientům zprostředkovává, bývá například myš od počítače, volant nebo mobilní telefon (12, 13).

#### *1. 2. 6 Komunikace sestra - pacient*

Sestra využívá dovednost komunikace s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Umožňuje navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Jedná se o nástroj uspokojování potřeb člověka (56, 28).

Komunikace s pacientem ve vegetativním stavu je vždy obtížná, protože zde není zprostředkována zpětná vazba od pacienta. Bohužel zdravotnický personál málokdy zaznamenává úspěchy v léčbě a spíše nevěří ve zlepšení zdravotního stavu pacienta. Co pacient vlastně vnímá, ví, kdo je, rozlišuje, co je sen a co realita? Pacient vnímá bouchání, alarmy a různé zvuky od přístrojů, telefony, soukromé rozhovory personálu, celý den zapnuté rádio, otevřené okno a ruch z venkovního prostředí. Pacient cítí bolest, chlad, dezinfekční roztoky, vůni, každodenní hygienu. Vnímá změnu polohy, aplikaci potravy přes sondu, stolici, nenapnuté prostěradlo, pozitivní a negativní emoce personálu. Jak bylo řečeno, pacient v závislosti na svém zdravotním stavu vnímá pozitivní i negativní emoce jak v mluveném, tak fyzickém kontaktu. Hlavními úkoly při komunikaci je pochopit potřeby pacienta, dále pochopit a poznat styl jeho komunikace (54, 6, 5).

Nejdříve se pacientovi představíme. Při komunikaci s pacientem si nejprve musíme určit, co chceme říci a jakým způsobem. Hovoříme tak, aby nám pacient porozuměl. Mluvíme klidně, s patřičným tempem, s přiměřenou intenzitou hlasu, zřetelně a srozumitelně. Snažíme se zajistit klidné prostředí a stále sledujeme jeho reakci na naše slova. Vždy se musíme vyvarovat rozhovoru o zdravotním stavu pacienta u lůžka. Hovoříme zásadně mimo pokoj. Pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje, snažíme se pacientovi klást jednoduché otázky, aby bylo možné odpověď vyjádřit mrknutím víčka popřípadě podáním ruky. V neposlední řadě je důležité, aby ošetřující personál u kómatózních pacientů dodržoval a zachovával režim dne (6, 56).

### *1. 2. 7 Chyby při komunikaci s pacientem v bezvědomí*

Mezi nejčastější chyby, kterých se může ošetřující personál dopustit, je nevhodné chování a jednání s pacientem jako například s nemocným nebo jako s malým dítětem či dokonce s loutkou. Sestra nekomentuje svůj postup péče, nepoužívá infantilní slova jako například: „Teď zvedneme ručičku a nožičku“. S pacientem nadměrně nemanipuluje, neměla by sklouznout do monotónního hlasu bez citového zabarvení, velkou chybou je nedodržení pacientova soukromí, nesmí zapomenout na to, že i takovému člověku je třeba prokazovat úctu a nesmí devalvovat komunikaci s ním (54).

## **1. 3 Spolupráce zdravotnického personálu a rodiny**

### *1. 3. 1 Týmová spolupráce*

Jedním ze základních předpokladů profesionálních pracovních výkonů a na nich závislých výsledků je samotný vztah mezi personálem. Tyto vztahy ovlivňují spokojenost v práci a právě tím i zmiňované výsledky. Všichni členové zdravotnického týmu, jako je sestra, lékař, ergoterapeut, fyzioterapeut nebo také psycholog, mají své individuální schopnosti, dovednosti či zkušenosti. Na problémy každý nahlíží z různých úhlů pohledu a díky tomu má každý člen neocenitelnou funkci. Uspokojují tak potřeby

pacienta, ale zároveň potřeby svých členů. Tato spolupráce se nemůže obejít bez ochoty spolupracovat a bez respektu mezi členy týmů (29).

### *1. 3. 2 Zdravotnický personál a rodina*

Kvalita života u apalického pacienta ve srovnání se zdravým jedincem nebude nikdy stejná. Proto si tito lidé zaslouží, aby jim život byl co nejvíce zpříjemněn. Nezbytným článkem a pomocníkem je rodina a její spolupráce (36).

Zdravotnický personál věnuje svou péči nejen pacientovi, ale musí se zaměřit také na jeho rodinu. Jeden z prvotních úkolů zdravotnického personálu je pomoc a podpora rodině v době krize, kdy došlo k náhlé změně zdravotního stavu pacienta. Rodina a příbuzní pacienta se ocitají v obtížné situaci. Z psychologického pohledu se jedná o truchlení blízké osoby, jaké zažíváme až po smrti pacienta, a tento stav může přetrvávat roky bez fáze smíření. Krize ovlivňuje funkci, která také může trpět úzkostí, strachem, pocitem viny, obávat se prognózy a budoucnosti svého člena rodiny. Pro rodinu a příbuzné je daný stav pacienta velice frustrující. Nevědí, jak se mají k pacientovi chovat. Pokládají si otázku, zda pacient něco vnímá, jestli ví, že jsou u něho, dokonce zda se mohou pacienta dotýkat, mluvit, držet za ruku a jestli svou přítomností nemohou pacientovi ublížit. Především sama rodina je vystrašená z nemocničního prostředí, ve kterém pacient pobývá, a popřípadě z přístrojů, na kterých je pacient připojený. Zdravotnický pracovník se snaží, aby rodina pochopila aktuální stav pacienta, způsob léčby a důsledky, které z dané situace pro rodinu vyplývají. Rodina, příbuzní a návštěvy jsou pobízeni ke komunikaci s pacientem. Rodině a příbuzným je třeba umožnit při kontaktu s pacientem klidné prostředí a především zajistit soukromí. I přesto je třeba diskrétně rodinu monitorovat a aktivizovat do dlouhodobé péče (18, 54, 5, 21).

### *1. 3. 3 Spolupráce a edukace rodiny*

Spolupráce rodiny má podstatný význam pro ošetrovatelský zdravotnický personál a pro pacienta i pro rodinu samotnou. Přesto spolupráce rodinných příslušníků



ve zdravotnickém zařízení není častým jevem. Úloha rodiny je jednou z klíčových proměnných, které mají vliv na pozitivní výsledky péče o pacienty. K hlavním důvodům, proč zahrnout rodinné příslušníky do procesu poskytování péče včetně rozhodování, je snížení stresu z hospitalizace nebo také snížení nákladů na péči a efektivní přípravu pacienta na zvládnání péče o sebe sama po propuštění z nemocničního prostředí. Pečovatelé z řad rodiny poskytují pacientům důležitou emoční, fyzickou a sociální podporu (1, 29, 23, 51).

Funkce rodiny v péči o nemocného člena rodiny se během let velice změnila. V dřívějších dobách bylo zvykem, aby se o osoby nesoběstačné starali členové rodiny. V dnešní době převzala zodpovědnost v péči o nemocné ve větší míře zdravotnická zařízení. Země s vyspělým zdravotnictvím poukazují na to, že úloha, kterou zajišťuje rodinná péče, je nezastupitelná a nelze ji nahradit žádným zdravotnickým zařízením. Proto je nezbytné zrovnoprávnit rodinu jako partnera péče (1, 36, 29, 47).

Podle nejmenované akreditační komise jsou kladena na zdravotnická zařízení nové požadavky. Zdravotnická zařízení mají prokázat, že rodina je zahrnuta do vzdělávacího procesu v péči o pacienta. Podle nařízení těchto standardů je instruování pacientů a jejich blízkých považováno za podstatnou část náplně práce zdravotnického týmu při poskytování péče. Zdravotnický personál je zodpovědný za získávání znalostí a dovedností nutných k dosažení cílů probíhající a poskytované péče jak u pacientů, tak i u rodinných příslušníků. Zahrnutí rodinných příslušníků do procesu výuky je prospěšné pro samotného pacienta i pro zdravotnického edukátora. Sestry také prožívají větší uspokojení z práce a osobní spokojenost z pomoci pacientům (47).

Vztah zdravotnického personálu k rodině se zpravidla vyznačuje autoritativním přístupem, vyjadřuje tak asymetrický vztah dominance a podřízenosti. Optimálním stavem je partnerství, které se vyznačuje porozuměním a empatií, vzájemnou úctou a respektem nebo také pravdivostí. Snažíme se utvářet partnerský vztah mezi rodinou, pacientem a zdravotníky. Sestra si musí od rodinných příslušníků zjistit podobnosti a rozdíly v pohledu na problém – jak na něj nahlíží rodina a jak ošetřující tým – aby byl efekt učení co největší. Rodina potřebuje slyšet takové informace, aby pacientovi mohla poskytnout podporu, aby složky péče byly co možná shodné se současným režimem

péče. Někdy rodinní příslušníci potřebují podrobnější informace než pacient, aby kompenzovali smyslové nebo kognitivní deficity, které by pacient mohl mít. Rodinní příslušníci jsou důležitým rozhodujícím činitelem úspěchu nebo neúspěchu edukačního plánu a dosažení úspěšného procesu poskytované péče (22, 39).

Zdravotnický pracovník poskytuje v rámci spolupráce rodině oporu a všechny potřebné informace o pacientových současných potřebách. Zkvalitňujeme znalosti, dovednosti a především ochotu spolupracovat s rodinou a blízkými a snažíme se vytvářet s rodinou sociálně - podpůrné prostředí pro pacienta. Spolupráce rodinných příslušníků se zároveň neobejde bez kontinuální motivace. Mezi základní povinnosti rodiny patří poskytovat informace o pacientovi, rodina je tak pro ošetřující personál zdroj informací. Rodinní příslušníci mohou také sestřám pomoci s podáváním informací z jejich vlastního průběžného pozorování stavu pacienta i o pacientově předchozím chování a jeho osobnosti. Pro dosažení kvalitní péče o pacienta má důležitý význam úzká spolupráce sestry a rodinných příslušníků (22, 39, 51).

Spoluúčastí rodiny na zdravotní péči se plní funkce podpůrná. Rodina vyjadřuje psychickou i fyzickou podporu a pomoc. Dále se jedná o funkci preventivní, rodina v domácím prostředí zabráňuje komplikacím a dalšímu zhoršování stavu pacienta. V neposlední řadě se jedná o funkci ochrannou, kdy dochází převzetí role pečovatele o pacienta. Přesto základní prioritou je funkčnost rodiny, neboť jediné funkční rodina je taková rodina, která je plně schopna starat se o nemocného, vzájemné vztahy mezi jejími členy jsou dobré a splňují tak schopnost a ochotu podpůrné, ochranné, výchovné role pochopit a plnit (29, 22, 32).

Poučení rodinných příslušníků s okolnostmi snižuje jejich úzkost, nejistotu a také posiluje sebevědomí. Sestry musí vysvětlit nejen to, co má rodina dělat, ale také co má očekávat. To je skutečně také podstatná informace, která má být v průběhu edukace sdělována. Největším úkolem poskytovatele péče je vytvořit si dostatečnou sebedůvěru a sebejistotu, pokud jde o potřebu udělat to, co je pro pacienta správné. Vzdělávání je prostředkem, jak se této výzvě postavit čelem a co nejlépe ji zvládnout. Rodina po získání informací, poučení a nacvičení vykonávání speciálních úkonů, jako jsou například převazy defektů či cévkování, získává možnost pečovat pod vedením

sestry o pacienta. Zároveň se zdravotnický personál snaží pomáhat rodině vyrovnat se s realitou daného stavu pacienta a se změnami, které s sebou přináší (16, 3, 47).

#### Pastorační péče

Nesmíme opomenout na pastorační péči. Je vhodné, když je kaplan uznaným členem multidisciplinárního týmu. Pastorační péče má nezastupitelnou roli pro zdravotnický tým. Nejen, že věnuje svou péči pacientovi, ale i rodině a blízkým. Kaplan může poskytovat své služby také zdravotnickému personálu a sdílet s ním jeho smutek nebo stres, protože i zdravotníci mají své potřeby a problémy. Rodina, příbuzní, přátelé často mívají jiné očekávání a názory na ošetřování pacienta. Zde často tak dochází ke konfliktu mezi zdravotnickým personálem a rodinou. Kaplan má nezastupitelnou roli jakéhosi prostředníka. Často rodině pomáhá vyrovnat se se strachem, starostmi, nelehkou situací, smutkem a hněvem (22).

#### *1. 3. 4 Konfliktní situace mezi rodinou a zdravotnickým personálem a její řešení*

Konflikt je rozpor. Vzniká v okamžiku, kdy se objeví tendence k protichůdnému způsobu chování. Je důležité zmínit, že sklon ke konfliktním situacím je zcela individuální. Existují různé druhy konfliktů. Liší se svou příčinou a podstatou. Ve zdravotnickém zařízení se můžeme setkat s konfliktem vnitřním, vnějším a vnitřním - vnějším konfliktem. Vnější konflikt, jak je z názvu zřejmé, je konflikt týkající se vnějšího prostředí, který klade protichůdné až odporující požadavky na chování. Dochází ke střetu v kolektivu. Zde každý zastává jiné stanovisko, nebo jde o dosažení odlišných cílů. Dochází-li u samotného člověka k protikladným tendencím k určitému chování, mluvíme o vnitřním konfliktu. Vnější - vnitřní konflikt přichází ve chvíli, střetne-li se vnější požadavek na chování s vnitřní tendencí jedince se chovat určitým způsobem (31).

K nejčastějším konfliktům mezi zdravotnickým personálem a rodinou patří různorodost v oblasti názoru na péči o pacienta. Můžeme se střetnout tvář v tvář s různými stupni konfliktů. Počínaje spoluprací bez pohody a harmonie, přes postupné potíže, svízelné a náročné situace, nesrovnalosti, neshody, spory až po samotný

konflikt, který může vyústit až k nepřátelství. Sestra by měla být připravená na tyto i další situace. Vědět, jak uspokojit rozrušení, nejistotu, bezradnost, úzkost. Často se také sestry setkávají s konfliktními situacemi rodinných příslušníků před lůžkem samotného pacienta. I to je jeden z nezastupitelných úkolů sestry, jak danou situaci adekvátně a co nejlépe vyřešit. Snaží se nejprve vysvětlit, proč zasahuje do dané situace, a následně upozorní na působící negativní vliv na pacienta. Sestry také musí akceptovat skutečnost, že jedním z důvodů nepřiměřených reakcí rodinných příslušníků může být nedostatečná nebo chybějící informovanost. Konfliktní situace příbuzných na zdravotnický personál bývá často podmíněn také samotnou stresovou situací, ve které se oni sami nachází, a proto často jednájí neadekvátně (37, 39, 22).

Podíváme-li se na stádia vývoje a řešení konfliktů, je v první řadě důležité vytušit hrozící situaci konfliktu. Jedná se o stádium inkubace. Konfliktní situace nevypukla a zdravotník by měl být natolik dobrým pozorovatelem, aby danou situaci vytušil. Dalším stádiem jsou první symptomy. Projevují se nenápadně, jako například vyhýbáním se dané osoby. Pak nastává fáze propuknutí. Zde již cítí zdravotnický personál danou konfliktní situaci zcela zřejmě. Ve fázi polarizace dochází k zhoršení konfliktu z důvodu zapojení více osob. V adaptačním stádiu je snaha k likvidaci konfliktu. Další fází je výskyt řešení, jehož cílem je hledání takových řešení, která mají zřetelnou naději na převažující souhlas. Posledním stádiem je konsenzuální proces, které je charakteristické obdobím řešení konfliktů. Zde se dokončuje proces přijetí nebo zvržení předložených řešení (31).

Zaměříme-li se na samotné střetnutí sestry nebo jiného zdravotnického personálu s konfliktním jedincem, v našem případě s rodinným příslušníkem, musí mít sestra především v tomto okamžiku trpělivost a tolerovat si nechat „zpočátku vynadat“. Příbuzný čeká, že i zdravotník začne v této situaci negativně reagovat. Díky tomu musí zdravotník příbuzného opětovně zahrnout vstřícností. Využívá se technika otevřené náruče, známá také pod názvem technika otevřených dveří. Snažíme se v konkrétní situaci příbuzného pochopit, mít emotivní projev a soustředit se tak na možnosti řešení. Rodina často zahrnuje zdravotnický personál otázkami ve formě „proč?“ „co s tím?“. Rodinní příslušníci často mohou pociťovat náznaky viny, příkladem může být:

„...kdybych jí to jen neřikal/a, ať nejezdí...“. Zdravotnickému personálu se doporučuje odpovídat: „Chápu, to, co se stalo, je těžké pro Vás, ale nyní je důležité, co můžeme nyní udělat“ (51, 31).

Další potencionální příčinou konfliktní situace může být stres ošetřujícího personálu, který tak ovlivňuje přístup k pacientovi, ale i přístup k samotné rodině. Cílem je zamezit takovému stavu za využití pravidelného odpočinku a relaxace. Zcela určitě se musí zdravotník naučit oddělit osobní život od profesionálního, což je samozřejmě pro většinu lidí velice náročné a nelze se tuto věc naučit ze dne na den. Zdravotnický personál se musí odnaučit se trápit tím, co nedokázal nebo neudělal, ale musí se naučit radovat z toho, co udělal a dokázal. Usilovně vybudovat pozitivní ladění a jistý „odstup“ od lidí, kterým pomáháme. A zdravotničtí pracovníci nesmějí opomenout, že člověk, který s námi nesouhlasí, nemusí to být hned náš nepřítel (20).

### *1. 3. 5 Komunikace zdravotník - rodina*

Komunikace je složitý a mnohvrstevný proces, který je závislý na mnoha faktorech, jako je inteligence, psychika člověka, vzdělání a zkušenosti a to individuální a sociální. Řadíme ji k základní bio-sociální výbavě jedince. Komunikace je také dovednost, kterou lze rozvíjet kdykoliv v životě. Cílem komunikace je například účinně a efektivněji vysvětlit, poučit, sdělit, odradit nebo je možné také informovat prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků, tedy ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším nonverbálním chováním. Je zřejmé, že mimoslovní komunikace tvoří podstatu našeho sociálního sdělování. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči neodmyslitelně patří komunikace, a to mezi sestrou a pacientem, sestrou a rodinou a dalšími zdravotnickými pracovníky jako jsou fyzioterapeuti, psychologové, lékaři (22, 39, 56, 6, 30).

Při prvním kontaktu s rodinou zdravotnický personál nebo sestra uplatňují formální přístup, a to formou pozdravu a představení se rodině. Dalším přístupem, který uplatňuje sestra, je individuální přístup. Tím je myšleno, že komunikace mezi sestrou a rodinným příslušníkem se uskutečňuje v závislosti na době hospitalizace pacienta, závažnosti stavu, věku pacienta a také prostředí daného pracoviště. Snaží se navodit přátelskou atmosféru. Vystupovat nenuceně a trpělivě podat informace. Základem pro

efektivní komunikaci je její otevřenost. Navozuje nám tím vztah důvěry mezi poskytovatelem pomoci a žadatelem. Umožňuje společné rozhodování a zároveň společné směřování dalších diagnostických a terapeutických intervencí. Pro otevřenost komunikace může zdravotnickému personálu pomoci fenomenologický přístup a uzávorkování. Tyto dovednosti nám umožní zachovat si otevřenost a schopnost nahlédu, přesto je zapotřebí jej neustále zkoušet nacvičovat (14, 51, 39, 28).

Fenomenologický přístup je takový přístup, kdy zdravotník veškeré své dojmy, zkušenosti, obavy nebo předsudky odsune od sebe a nahlíží na situaci a zároveň na člověka, se kterým jedná, jako s novým, minulostí neovlivněným člověkem. Aby zdravotník nahlížel nezaujatě, může pomoci další forma dovednosti. To je uzávorkování. V tomto případě si sestra nebo jiný zdravotnický personál veškeré své starosti, osobní pocity, radosti uzavře do závorek a zůstává nadále profesionální a otevřený v komunikaci (51).

Pro zprostředkování efektivní komunikace je zapotřebí dodržovat sedm základních bodů. Prvním bodem je důvěryhodnost. Podstatu pro komunikaci činí atmosféra a její důvěra a víra. Příjemce spoléhá a věří v kompetentnost získaných informací. Dalším bodem je kontext, který musí odpovídat prostředí a vyžaduje sociální podporu. Třetím bodem je obsah. Získávané informace, nebo můžeme říct sdělení, musí mít pro příjemce význam. Čtvrtým bodem je jasnost, vysvětlovat jednoduše. Kontinualita a konzistence, snažit se sdělení opakovat a samotné sdělení poté musí být konzistentní. Dalším bodem pro efektivní komunikaci jsou kanály, pokud jsou, je třeba je náležitě využít. Posledním bodem je schopnost veřejnosti, která upozorňuje na individuální schopnosti každého příjemců (30, 39).

Dále je tu pojem aktivní poučování, které se vyznačuje souhrnem technik, způsob poučení, aby příjemce, v našem případě rodina, pochopila a zpracovala podané sdělení. Mezi základní předpoklady k potřebnému pochopení patří zájem, přijatelnost, pochopení a empatie. Složka racionální se vyjadřuje prostřednictvím slov, řeč emocí naopak nonverbálně. To, co je sdělováno rozhořčením nebo strachem, je přijímáno téměř vždy nevědomky. Empatie není soucit. Soucit je emoce, podílení se na starostech, strachu, zlosti druhého. Dotýkají se, střídavě na sebe působí, ale po celou dobu si

udržují svou vlastnost. Soucit je, pokud se někdo do někoho soucítí nebo také souvnímá. Empatie nebo také vcítění znamená, že se vžíváme. Základem správné komunikace je nepřerušovat někoho, když mluví. Umožňovat prostor pro svěřování svých pochyb a umět naslouchat, protože umění naslouchat je velice cenné. Slovem je možné se naslouchajícího dotknout a ranit, ale také ho i povzbudit a potěšit. Každá sdělená informace obsahuje emoční a postojovou složku k osobě, s kterou se komunikuje. Přes všechna mnohá doporučení musí mít sestra stále na paměti lidský přístup a především pochopení, vcítění. Právě schopnost empatie je s profesí sestry spojená - tady platí více než kde jinde známé pravidlo, že sdělená bolest je poloviční bolest. Díky empatie se také může velice ulehčit svízelnost situace samotných pečujících (59, 31, 39).

Rodinní členové neustále mezi sebou komunikují, a to jak verbálním, tak i neverbálním způsobem. Podávané informace mezi sebou tak ovlivňují formu spolupráce mezi členy rodiny. Pokud je v ní dobrá vzájemná komunikace, výměna informací je tak jasná a zřetelná. Členové rodiny jsou pak schopni vyjadřovat jakékoliv pocity bez strachu, navzájem si pomáhají při překonání těžkostí. Pokud je tomu naopak, je-li narušená komunikace v rodině, dochází k situacím, že rodinní příslušníci nevyjadřují své pocity a tím zůstává mnoho nevyřčeného, jen aby uchovali jednotu a pokoj v rodině. Sestra musí prostřednictvím tohoto faktu sledovat způsob komunikace v rodině. Musí si všimnout, kdo tu má hlavní slovo, jak rodina reaguje na nesouhlas, jak se její členové mezi sebou povzbuzují či jak spolupracují. Z hlediska nonverbální komunikace sestra sleduje prožívání jednotlivých členů rodiny (27).

## ***1. 4 Paliativní péče***

### ***1. 4. 1 Paliativní péče***

Paliativní medicína nezačíná tam, kde končí kurativní medicína, ale naopak, je její součástí od počátku léčby. Navzájem se totiž doplňují. Paliativní péči řadíme mezi nedílnou součást léčebné péče. Zabývá se léčbou a péčí o nevléčitelně, progresivně nemocné osoby. Předpokládá se, že délka života je omezená a cílem léčby a péče je

kvalita zbývajícího života. Nejedná se pouze o péči o pacienty umírající nebo terminálním stádiu, paliativní medicína má být součástí kurativní medicíny ve chvíli, jakmile nemoc začne působit obtížné symptomy. Kvalitou zbývajícího života se rozumí orientace na pacienta, nikoliv na chorobu, a dále interdisciplinární a psychosociální přístup (15, 40, 44).

Nejčastěji se zdravotnický personál střetává a v rozdílu mezi cílem péče o pacienta a cílem zdravotníka, dále je tu rozdílnost v cíli kurativní a paliativní medicíny a v neposlední řadě rozdíl v možnostech a skutečnostech zdravotnického systému. Skupiny pacientů, kterým je určena paliativní péče, jsou nejen osoby s onkologickým onemocněním, ale i osoby ve stádiu AIDS či pacienti s ireverzibilním multiorgánovým selháváním, ale i pacienti s perzistující vegetativním stavem. Podle výzkumů v USA bylo zjištěno, že celkem 18 % celoživotních prostředků vynaloží člověk na zdravotní péči v posledním roce života. Otázkou je, jak se na tuto skutečnost dívají sami pacienti, nebo si můžeme podat otázky, zda-li jsou tyto peníze rozumě utraceny, či zda-li je poskytovaná péče odrazem skutečné potřeby umírajících (15, 40, 44, 43).

#### *1. 4. 2 Paliativní péče a rodina*

Základní myšlenkou paliativní medicíny a péče je, že vždy je možné udělat něco pro zlepšení kvality života. K dalším myšlenkám patří, že závažností nemoci je postižen nejen pacient, ale i rodina. U apalického pacienta potřebuje rodina podporu, neboť motivovaná rodina může významně podporovat pacienta. Každý člověk je jedinečný. Rodina a pacientovo nejbližší okolí musí mít jistotu, že kvalita života bude maximálně zachována. Péče poskytovaná v domácím prostředí je samozřejmě ekonomičtější, ale především pro pacienta a jeho rodinu mnohem příznivější a přijatelnější (43, 44, 40).

Mezi obecné zásady domácí paliativní péče v první řadě patří, že pacientova rodina, nejbližší příbuzní a přátelé jsou společnými příjemci péče a zásadně by se měli podílet na tvorbě plánu péče. Součástí domácí paliativní péče je péče o apalického pacienta v oblastech tělesného, psychického, sociálního a spirituálního stavu, včetně jeho rodiny. Při tom tato péče by měla být zprostředkována pacientovi a rodině dvacet



čtyři hodin denně sedm dní v týdnu. K předpokladům pro poskytování paliativní péče v domácím prostředí patří ochota starat se o pacienta doma, informovanost o zdravotním stavu a o prognóze, v neposlední řadě souhlas alespoň jednoho člena rodiny nebo některého z blízkých převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta. Pacientovu rodinu a blízké je třeba stále povzbuzovat, udržovat je v realistických nadějích a očekáváních a určit si s rodinnými příslušníky a pečovatelem dosažitelné cíle léčby a péče (44, 24, 34).

Z ošetrovatelského hlediska je paliativní domácí péče zaměřena především na starost o pokožku, prevenci proleženin spojených s polohováním, nutriční péči a poradenství, péči o vyprazdňování, na dostatečný příjem tekutin, starost o dutinu ústní a o dýchací cesty. Pro rodinu pacienta ve vegetativním stavu je důležité přizpůsobení domácího prostředí, a to na bezbariérový prostředí (přístup) za využití pomůcek jako jsou zvedáky, vozík, zvedací plošina, kvalitní polohovací lůžko proti proleženinám. Bohužel zdravotní pojišťovna tyto náklady nehradí (44, 24, 34).

Péče o apalického pacienta je 24hodinová. Proto náročnost pacientova stavu představuje pro rodinu a jeho blízké velkou psychickou zátěž. Je nutné kontinuálně hodnotit psychický stav pečovatele a jeho rodiny, psychické reakce (stres, obavy o budoucnost) a psychiatrické jevy (suicidální myšlenky, deprese, stavy delirantní). K dalším hlediskům paliativního přístupu patří komplexní zhodnocení sociální problematiky zahrnující rodinné vztahy, kulturní vazby, finanční a životní podmínky nebo také dostupnost dalších pečovatelů poskytující pacientovi péči. Sestra by měla také zjistit pacientovy spirituální hodnoty a s nimi spojené rituály a praktiky. V otázce týkající se konce života by měla být péče zohledněna a odpovídat individuálním, rodinným, náboženským a kulturním hodnotám. Zdravotníci by měli zároveň ve fázi umírání a po smrti respektovat a popřípadě pomoci zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání nejen pacienta i rodiny (44, 34).

#### *1. 4. 3 Domácí paliativní péče*

Pacient v domácím prostředí vyžaduje od svého rodinného pečovatele, rodiny a příbuzných kvalitní péči a čas. Pečovatel musí nevyhnutelně snížit za svých nároků na

nezávislost, v některých případech z nich až odepřít. Pokud právě toto pochopí a toleruje, umožní pacientovi zajistit klidné a příjemné domácí prostředí. Na druhé straně by měl každý člen rodiny v domácí péči o pacienta dodržovat především svou vlastní dobu odpočinku, tzn. stále se udržovat v dobré fyzické a psychické kondici, což je jeden z hlavních předpokladů prevence syndromu vyhoření, který bohužel ohrožuje všechny osoby působící v oblasti tzv. pomáhající profese a ani rodina v našem případě toho není ušetřena (2, 59).

U pečovatелů, kteří se dlouhodobě starají o své příslušníky, se může objevit negativní efekt pečování, projevující se zdravotními, sociálními či psychickými potížemi. Následkem tohoto stavu je vyústění již zmiňovaného syndromu vyhoření. Vliv na tento stav má početnost samotné rodiny, ekonomické zázemí rodiny, vzdálenost všeobecných služeb od místa bydliště, zdravotní stav samotného pečovatele, celkový stav pacienta. Proto je velice důležité uvědomit si aktuální problém a snažit se vyvarovat se krizovým situacím, které mohou nastat, a dále být poučen o tom, jak je řešit. Neřešení syndromu vyhoření pečovatele může postupně vyústit až k samotnému ohrožení pacienta. Proto je cílem rozpoznat počínající příznaky a zajistit citlivý přístup (1, 59, 2).

Nejen sestra, ale i další zdravotní a sociální pracovníci mají nezastupitelnou roli při pomáhání pečující rodině. Nejbližší kontakt na tyto rodiny mají pracovníci působící v primární péči, a to v agenturách domácí péče. Sestra společně se sociálními pracovníky zde provádí komplexní zhodnocení stavu pacienta, včetně stavu pečující rodiny. Prostředků, nebo můžeme říci nástrojů, které lze využít a nabídnout rodinnému pečovateli, je mnoho: například konzultace s odborníkem, možnost různých druhů relaxačních či pomocných služeb, ale třeba také naučit říkat asertivní ne a především vysvětlit omezenost jeho sil (59, 2).

## **2. Cíl práce, hypotézy a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

1. Zmapovat, co ovlivňuje spolupráci rodiny a zdravotnického personálu v péči o apalického pacienta.
2. Zjistit nejčastější problémy zdravotnického personálu při jednání s rodinou o apalického pacienta.
3. Zjistit, v jakých oblastech péče o apalického pacienta probíhá spolupráce zdravotnického personálu a rodiny ve specializovaných pracovištích.
4. Zjistit, zda péče zdravotnického personálu a rodiny ovlivňuje zdravotní stav apalického pacienta.

### **2.2 Hypotézy**

- H1: Edukace rodiny pozitivně ovlivňuje průběh péče o apalického pacienta.
- H2: Průběžná informovanost rodiny o podpůrné péči zkvalitňuje spolupráci se zdravotnickým personálem.
- H3: Vstřícná komunikace pozitivně ovlivňuje spolupráci sestry a rodiny po dobu celého pobytu.
- H4: Sestra spolupracuje s rodinou apalického pacienta při implementaci prvků bazální stimulace

### **2.3 Výzkumné otázky**

1. Kdo edukuje rodinu v péči o apalického pacienta?
2. Co ovlivňuje interakci mezi rodinou a zdravotnickým personálem?
3. Jaké nedostatky se vyskytnou při jednání s rodinou u pacienta s apalickým syndromem?
4. Ovlivňuje spolupráce rodiny a zdravotnického personálu stav pacienta?

### **3. Metodika výzkumu**

#### ***3.1 Použité metody a techniky***

Na empirickou část zpracované diplomové práce byla zvolena kvantitativní i kvalitativní metoda výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo v období leden-duben 2010.

V první fázi šetření byla použita kvalitativní metoda, pomocí metody rozhovoru. Technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory, určené rodinným příslušníkům apalických pacientů a dále sestřám ve zdravotnických zařízeních. Rozhovory pro obě dvě skupiny byly odlišné, přesto společným obsahem byla základní identifikační otázka a dále informace z konkrétních oblastí. Rozhovory byly zcela anonymní pro rodinné příslušníky obsahoval 16 otázek a pro sestry obsahoval 10 otázek (příloha 4, 5). Výzkum byl prováděn s rodinami a sestrami z nemocnic jihočeského, středočeského kraje a dále z Prahy. Na základě rozhovorů byly následně vypracované kazuistiky. Kazuistiky tvořily výzkumný podklad pro sestavení tabulek a grafů, kde jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky z šetření.

U kvantitativního výzkumu byla využita pro sběr dat výzkumná technika dotazníkového šetření s respondenty, jímž byly sestry a rehabilitační pracovníci, z vybraných oddělení pečujících o apalické pacienty. Dotazníky (příloha 3) byly rozdány v nemocnicích jihočeského, středočeského a libereckého kraje a dále v Praze a zároveň byly vytvořeny pouze pro účely tohoto šetření. K vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program SPSS 16.0 a Microsoft Office Excel 2007. Pro výpočty byly použity matematické a deskriptivní statistické funkce. Pro četnostní část bylo použito početní zastoupení (Frequency), absolutní procentní část ze 100 % respondentů (Percent), validní procentní zastoupení (Valid percent) značí respondenty, kteří neodpověděli na danou otázku a byli tak vyřazeni z validního procentuálního zastoupení. Dále byla využita funkce pro kumulativní procentní četnost (Cumulative percent).

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Pro kvalitativní část šetření byl proveden rozhovor s 3 směnnými sestrami a jednou staniční sestrou a celkem 4 rozhovory s členy rodinných příslušníků.

Výzkumný vzorek pro kvantitativní šetření tvořil ošetřující personál pracující na apalických jednotkách, oddělení chronicky intenzivní péče (OCHRIP) a dalších odděleních specializující se na péči o apalické pacienty jako je iktová, neurologická jednotka a oddělení následné péče. Dotazníky byly rozdány v nemocnicích České Budějovice a.s., Písek a.s., Tábor a.s., Městská nemocnice Neratovice a.s., Fakultní nemocnice v Plzni, Nemocnice Tanvald s.r.o., Fakultní nemocnice v Motole, Masarykova nemocnice v Rakovníku, Městská nemocnice Městec Králové, a.s. a zároveň byly vytvořeny pouze pro účely tohoto šetření. Sběr dat byl realizován od února - dubna 2010. Sestry se šetření zúčastňovaly zcela anonymně a dobrovolně. Se svolením hlavních sester bylo rozdáno 120 dotazníků. Vráceno bylo celkem 93 dotazníků, celková návratnost byla 78 %. Po ruční kontrole bylo pro chybné vyplnění vyřazeno 8 dotazníků. Výzkumný soubor tedy tvořil celkově 83 sester a 2 rehabilitační pracovníci, konečná návratnost byla 71 %.

## 4. Výsledky výzkumu

### 4.1 Výsledky kvalitativního šetření

Kazuistiky byly zpracovány na základě rozhovorů, které proběhly u jednotlivých rodinných příslušníků z jednotlivých nemocnic a dále respondenty z řad sester.

#### 4.1.1 Kazuistiky respondentů z řad sester

##### **Respondentka č.1**

Respondentka č. 1 je žena ve věku 35 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Pracuje jako staniční sestra na apalické jednotce přibližně dvanáct let.

Podle jejího názoru a zkušeností edukaci a tím i spolupráci rodinných příslušníků v péči o apalického pacienta ovlivňuje především vzdělání rodiny, neúplnost (nefunkčnost) rodiny a její náboženské vyznání a prostředí oddělení.

Na pracovišti zprostředkovávají rodinným příslušníkům edukaci sestry, lékaři, rehabilitační pracovníci. Dále umožňují na apalické jednotce zajistit další zdravotnický personál jako je ergoterapeut, logoped a psycholog. Možnost kněze zatím neumožňují.

Respondentka uvádí, že rodina představuje především pro zdravotnický personál pomoc. Přesto se setkala i s rodinou, která pro ní i zdravotnický personál znamenala přítěž. Jednalo se o rodinu, která neunesla stav svého rodinného příslušníka a řešila tuto situaci vybjéním si emocí na zdravotnickém personálu.

Rodinní příslušníci se nejvíce zapojují při bazální stimulaci, dále v ošetrovatelských činnostech jako je hygienická péče, podávání stravy, komunikace a dále rádi spolupracují s rehabilitační sestrou (fyzioterapeutem).

Problém z hlediska přístupu rodiny, ke spolupráci v péči o apalického pacienta vidí respondentka již ve zmíněném úzkostném stavu rodiny. Jednalo se o rodinu, která odmítala přijmout skutečnost vážného stavu rodinného příslušníka a řešila tuto situaci vybjéním si emocí na zdravotnickém personálu. Daný problém se snažil zdravotnický personál vyřešit diskuzí.

Při edukaci respondentka uvádí, že rodinným příslušníkům danou věc řádně sestry vysvětlí, předvedou specifický výkon a umožní jej rodině vyzkoušet. Veškerou edukaci, kterou vedou s rodinou, zatím nikam do dokumentace nezaznamenávají.

Nejllepších výsledků dosahují ve spolupráci s rodinou v konceptu bazální stimulace.

Podle staniční sestry momentálně ke konfliktním situacím mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky nedochází. Vyskytují se opravdu zřídka. Příčinou je zmíněný úzkostný stav.

Staniční sestra dále uvedla, že spolupráce a začlenění rodinných příslušníků do péče o pacienta pozitivně ovlivňuje jeho celkový stav.

## **Respondentka č. 2**

Respondentka č.2 je směnová pětadvacetiletá sestra pracující tři roky na apalické jednotce. Má středoškolské vzdělání a jako sestra pracuje na apalické jednotce.

Podle jejího názoru a zkušeností, edukaci a tím i spolupráci rodinných příslušníků v péči o apalického pacienta ovlivňuje především vzdělání a prostředí rodiny. S vlivy jako je nefunkčnost (neúplnost) rodiny či náboženské vzdělání se nesetkala.

Poskytování informací je na tomto oddělení podáváno rodinným příslušníkům od staniční sestry, která každý den informuje rodinu při jejich pravidelných návštěvách o změnách stavu a průběhu vizity z dopoledního dne. Edukaci směnné sestry provádí, jen pokud si ji rodina sama vyžádá. Respondentka uvádí, že rodina je edukovaná hlavně každé odpoledne od rehabilitačního pracovníka, se kterým spolupracují.

Otázku rodina jako spolupracovník v ošetrovatelském procesu vnímá respondentka kladně, pro personál znamená pomoc. Přesto uvádí, že nelze všechny výkony přenechat rodině.

Na otázku, ve kterých činnostech se rodina sama angažuje, sestra odpověděla, že zapojování rodin je zcela individuální. Některé rodiny si pacienta samy přikrmují, většina rodinných příslušníků s pacientem komunikuje a také provádí hygienu.

Zda-li vnímá zdravotnický personál problém z hlediska přístupu rodiny ve spolupráci o pacienta odpověděla sestra, že problém nikde nevidí.

Dotazovaná přiznala, že edukaci rodinných příslušníků provádí nerada, spíše výjimečně. Pociťuje, že rodinu tím obtěžuje. Edukaci vykonává jen v nejnútnejších případech, což se prý dlouho nestalo.

Nejlepší výsledky z pohledu spolupráce ošetřujícího personálu a rodinných příslušníků vnímá v oblasti polohování a komunikace s pacientem.

S konfliktními situacemi se na daném oddělení setkala. Občas ke konfliktům dochází. Příčinou situace byla stížnost rodiny z důvodu neadekvátní ošetrovatelské péče. Došlo k slovnímu napadení. Daný problém byl nakonec řešen přes střední a dále vyšší management.

Změny ve stavu pacienta při začlenění rodiny do péče vnímá a jsou znatelné, nespolupracující rodinu během praxe ještě nezažila.

### **Respondentka č. 3**

Další respondentkou je středoškolsky vzdělaná devětatřicetiletá směnová sestra z oddělení následné péče, která přibližně přes dvacet let pracuje s apalickými pacienty na tomto oddělení. V září roku 2009 byl zde vyčleněný pokoj pro apalické pacienty.

Respondentka si nemyslí, že by vzdělání, víra, nefunkčnost rodiny ovlivnilo spolupráci a tím i edukaci rodinných příslušníků. Souhlasí, že prostředí tuto skutečnost však může ovlivňovat.

Rodina je průběžně edukovaná od směnových sester, staniční sestry, ošetřující lékařky a rehabilitačního pracovníka.

Pojem rodina jako spolupracovník v ošetrovatelském procesu či v péči o pacienta sestra vnímá poměrně skepticky. Rodiny se ve většině případů nepodílí na péči až na 1 maminku. Návštěvy vykonávají velmi krátké a sporadické.

Podle respondentky, se rodina neangažuje v žádné ošetrovatelské činnosti. Činní jsou pouze v komunikaci s pacientem, která je časově velice krátká.

Problémy z hlediska přístupu rodiny k péči o pacienta samozřejmě vnímá nejen ona, ale i celý zdravotnický tým. Jejich nezájem, neaktivita, nespolupráce o pacienta.



Důvod takového negativního přístupu vnímá v lidech, kteří nedovedou přijmout skutečnost stavu pacienta.

Při snaze o edukaci se rodinní příslušníci vůbec neaktivizují. Pokud mají vykonat některý druh péče, pouze sedí či postávají a posléze odcházejí. Respondentka uvedla, že při edukaci se snaží rodině daný výkon řádně vysvětlit a posléze umožní výkon vyzkoušet.

Podle dotazované rodina dosahuje nejlepších výsledků, při komunikaci s rodinným příslušníkem.

Konfliktním situacím mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky na daném oddělení, podle respondentky zatím nedošlo.

Při spolupráci rodiny v péči o apalického pacienta jsou znáti pozitivní výsledky, pokud se jedná o nespolupracující rodinu stav pacienta se během hospitalizace nemění, špatně reaguje na podmínky.

#### **Respondentka č.4**

Čtvrtou respondentkou je směnová třicetiletá sestra, která na oddělení OCHRIP (oddělení chronické resuscitační péče) pracuje osmým rokem. Respondentka studuje bakalářské studium.

Uvádí, že nejvíce ovlivňuje edukaci a spolupráci prostředí a nefunkční rodina. Náboženské vyznání společně se vzděláním nejsou hlavními důvody spolupráce rodiny.

Na edukaci na se podílí jak lékařský, tak nelékařský zdravotnický personál. Lékaři, sestry, ergoterapeuté nebo fyzioterapeuté. Samozřejmě další pracovníky lze zajistit dle potřeby.

Respondentka vnímá pojem rodina jako spolupracovník v ošetrovatelského procesu v péči o apalického pacienta jako nepostradatelnou součást ošetrovatelské péče. Uvádí, že je znáta od počátku, která rodina má zájem pečovat o svého příbuzného a která rodina navštěvuje zařízení jen z povinnosti.

Nejraději se rodina aktivně angažuje v prvcích bazální stimulace, využívá veškeré její prvky a dále v komunikaci. Nejoblíbenější a nejčastější jsou doteky,

komunikace, obrázky, fotografie, rádi přinášejí speciální polštářky, rádi rodiny nosí oblíbené nápoje.

Co se týče problémů z hlediska přístupu ve spolupráci rodinných příslušníků k pacientovi vnímá pozitivně. Členové rodin, kteří nechtějí spolupracovat, nespolupracují, ti kteří se chtějí spoluúčastnit, jsou aktivní.

Edukaci sestry provádějí podle záznamové karty a daný výkon řádně vysvětlí, demonstrovají a dále umožní rodině jej vykonat. Vše je zaznamenáváno do dokumentace.

Podle respondentky, při implementaci bazální stimulace s rodinným příslušníkem, dosahuje rodina nejlepších výsledků.

Vztahy mezi zdravotnickým personálem a rodinou vnímá profesionálně a zatím bezkonfliktně. Problémy nastávají, jen v případě, kdy rodina není zcela smířená s diagnózou pacienta a snaží se nacházet chyby v poskytované ošetrovatelské a lékařské péči. Danou situaci řeší především za pomoci lékaře, který se snaží rodině vysvětlit závažnost daného stavu pacienta.

Respondentka si je zcela jistá, že rodina je pro pacienta přímo „hnací motor“, je to ona, kterou pacient zná a důvěřuje jí, ta která dává pacientovi neustále pocit bezpečí a jistoty. I když se zdravotnický personál může snažit sebe více, bez rodiny by se stav mnoha pacientů s touto diagnózou vůbec nemohl zlepšit. To platí i u nespolupracujících rodinných příslušníků, je citelně znát, o kterého pacienta rodina má zájem a o kterého nikoliv.

#### 4. 1. 2 Tabulky z rozhovorů sester

**Tabulka 1 Základní informace**

| Respondent | Věk    | Délka praxe | Pozice          | Nejvyšší dosažené | Oddělení           |
|------------|--------|-------------|-----------------|-------------------|--------------------|
| <b>R1</b>  | 35 let | 12 let      | Staniční sestra | SZŠ               | Apalická jednotka  |
| <b>R2</b>  | 25 let | 3 roky      | Směnná sestra   | SZŠ               | ONP-apalický pokoj |
| <b>R3</b>  | 39 let | 12 let      | Směnná sestra   | SZŠ               | ONP-apalický pokoj |
| <b>R4</b>  | 30 let | 8 let       | Směnná sestra   | SZŠ               | OCHRIP             |

Výzkumný vzorek tvořily celkem 4 respondentky pracující na různých lůžkových odděleních. Nejvíce z nich pracuje na pozici směnných sester 3, a dále pak 1 pracuje jako staniční sestra. Všechny 4 respondentky mají středoškolské vzdělání. Délka praxe na daném oddělení je od 3 do 12 let a věk respondentek je od 25 let do 39 let.

**Tabulka 2 Faktory ovlivňující edukaci rodiny**

| Odpovědi                            | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem   |
|-------------------------------------|----|----|----|----|----------|
| <b>Prostředí</b>                    | 1  | 1  | 1  | 1  | <b>4</b> |
| <b>Neúplnost (nefunkční) rodina</b> | 1  |    |    | 1  | <b>2</b> |
| <b>Vzdělání rodiny</b>              | 1  | 1  |    |    | <b>2</b> |
| <b>Náboženské vyznání</b>           | 1  |    |    |    | <b>1</b> |

Tabulka 2 prezentuje, které z uvedených faktorů ovlivňují edukaci rodinných příslušníků. Z celkového počtu 4 respondentek se všechny shodly, že nejvíce edukaci a

tím i spolupráce rodinných příslušníků v péči o pacienta ovlivňují vlivy prostředí. Vliv nefunkční (neúplné) rodiny na edukaci uvedly 2 respondentky. Možnost, že vzdělání rodiny ovlivňuje edukaci, uvedly 2 respondentky a pouze 1 respondentka se domnívá, že edukaci ovlivňuje také náboženské vyznání rodiny.

**Tabulka 3 Edukátor na oddělení**

| <b>Odpovědi</b>                   | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>RHB pracovník</b>              | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>4</b>      |
| <b>Staniční sestra</b>            | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>4</b>      |
| <b>Směnná sestra</b>              | 1         |           | 1         | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Lékař</b>                      | 1         |           | 1         | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Ergoterapeut</b>               | 1         |           |           | 1         | <b>2</b>      |
| <b>Logoped</b>                    | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Psycholog</b>                  | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Další personál dle potřeby</b> |           |           |           | 1         | <b>1</b>      |

Tabulka 3 prezentuje odpovědi respondentek, jaký lékařský i nelékařský personál se podílí na edukaci rodiny na daném oddělení. Z celkového počtu 4 respondentek, tak všechny určily, že na oddělení vždy edukují staniční sestry společně s RHB pracovníkem. Edukace směnovými sestrami, lékaři a ergoterapeuty uvedly respondentky 3 krát. Ergoterapeut jako edukátor se ve výzkumných odpovědích objevil 2 krát a pouze 1 respondent uvedl edukátory logopeda, psychologa a možnost využití dalších odborníků dle potřeby rodiny.

**Tabulka 4 Rodina jako spolupracovník v péči o apalického pacienta**

| <b>Odpovědi</b>   | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Rodina jako pomoc v péči</b>                         | 1         | 1         |           | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Rodina jako přítěž v určitých situacích</b>          | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Rodina s negativním přístupem ke spolupráci</b>      |           |           | 1         |           | <b>1</b>      |
| <b>Nelze zapojit rodinu vždy do ošetrovatelské péče</b> |           | 1         |           |           | <b>1</b>      |

Tabulka 4 prezentuje, co si respondentky představují pod větou „rodina jako spolupracovník v péči o apalického pacienta“. 3 respondentky uvedly, že rodinu vnímají jako pomoc. Dále 1 respondentka přiznala, že v některých situacích rodina může znamenat pro ošetrojící personál přítěž. Také 1 respondentka uvedla, že rodinu vnímá jako nespolupracující skupinu v péči o apalického pacienta a 1 respondentka dále uvedla, že nelze vždy rodinu do všech činností zapojit.

**Tabulka 5 Spolupráce rodinných příslušníků v ošetrovatelských činnostech**

| Odpovědi                    | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|-----------------------------|----|----|----|----|--------|
| Péče v oblasti komunikace   | 1  | 1  | 1  | 1  | 4      |
| Dotyk, hlazení              | 1  | 1  | 1  | 1  | 4      |
| Péče v oblasti výživy       | 1  | 1  |    | 1  | 3      |
| Bazální stimulace           | 1  |    |    | 1  | 2      |
| Péče v oblasti rehabilitace | 1  | 1  |    |    | 2      |
| Péče v oblasti hygieny      | 1  | 1  |    |    | 2      |
| Individuální                |    | 1  |    |    | 1      |
| Neaktivita rodiny           |    |    | 1  |    | 1      |

Tabulka 5 prezentuje, v jakých ošetrovatelských činnostech se rodina aktivně začleňuje v péči o rodinného příslušníka. Všechny 4 respondentky se shodly, že rodina se nejvíce aktivizuje v komunikaci a dotyku či hlazení s pacientem. Péče v oblasti výživy uvedly 3 respondentky. Bazální stimulace, péče v oblasti hygieny, rehabilitace uvedla vždy 2 respondentky. Individuální přístup k ošetrovatelské činnosti uvedla 1 směnná sestra a poslední kategorii neaktivitu rodiny k začlenění do péče uvedla také 1 respondentka.

**Tabulka 6 Problematika přístupu rodiny ke spolupráci**

| Odpovědi | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|----------|----|----|----|----|--------|
| Ano      | 1  |    | 1  |    | 2      |
| Ne       |    | 1  |    | 1  | 2      |

Tabulka 6 prezentuje, zda respondentky vnímají problémy z hlediska přístupu rodinných příslušníků ke spolupráci v péči o apalického pacienta. Odpověď ne, uvedly 2 respondentky, odpověď ano uvedly také 2 respondentky.

**Tabulka 7 Příčina neadekvátního přístupu rodiny ke spolupráci**

| <b>Odpovědi</b>                      | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Negativní postoj k pacientovi</b> | 1         | -         | 1         | -         | 2             |

Tabulka 7 prezentuje ty respondentky, které v předchozí otázce uvedly, že vnímají problém z hlediska přístupu rodiny k péči o pacienta. Obě dvě respondentky se shodly, že příčinou je negativní postoj k pacientovi.

**Tabulka 8 Řešení neadekvátní spolupráce rodiny**

| <b>Odpovědi</b>    | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Diskuze</b>     | 1         | -         |           |           | 1             |
| <b>Nelze řešit</b> |           |           | 1         |           | 1             |

Tabulka 8 prezentuje, jak byla neodpovídající spolupráce rodiny se zdravotnickým personálem vyřešena. V této otázce odpověděla 1 respondentka, že danou situaci řešili diskuzí, druhá respondentka uvedla, že daný problém je dlouhodobý a nelze jej zatím řešit.

**Tabulka 9 Postup edukace**

| <b>Odpovědi</b>                 | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Vysvětlení výkonu</b>        | 1         |           | 1         | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Nácvik výkonu</b>            | 1         |           | 1         | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Demonstrace výkonu</b>       | 1         |           |           | 1         | <b>2</b>      |
| <b>Nevykonává</b>               |           | 1         | 1         |           | <b>2</b>      |
| <b>Záznam do edukační karty</b> |           |           |           | 1         | <b>1</b>      |

Tabulka 9 prezentuje, jak na daném oddělení probíhá edukace. Vysvětlení výkonu a nácvik výkonu uvedly 2 respondentky. 2 respondentky uvedly, že rodině daný výkon navíc ještě předvedou. Další 2 respondentky uvedly, že edukaci na pracovišti nevykonávají. Využití záznamu do edukační karty o provedené edukaci uvedla pouze 1 respondentka.

**Tabulka 10 Pozitivní výsledky při zapojování rodiny do péče**

| <b>Odpovědi</b>          | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Bazální stimulace</b> | 1         | 1         |           | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Komunikace</b>        |           | 1         | 1         |           | <b>2</b>      |
| <b>Polohování</b>        |           | 1         |           |           | <b>1</b>      |

Tabulka 10 prezentuje, při poskytování kterých činností dosahujete zapojením rodinných příslušníků nejlepších výsledků. Bazální stimulaci uvedly 3 respondentky. Komunikaci uvedly celkem 2 respondentky a polohování pacienta uvedly respondentky 1 krát.



**Tabulka 11 Konfliktní situace mezi rodinou a personálem na oddělení**

| Odpovědi | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|----------|----|----|----|----|--------|
| Zřídka   | 1  |    |    | 1  | 2      |
| Občas    |    | 1  |    |    | 1      |
| Nedošlo  |    |    | 1  |    | 1      |

Tabulka 11 prezentuje, jak často dochází ke konfliktním situacím mezi zdravotnickým personálem a rodinou. Ke konfliktním situacím na oddělení dochází zřídka uvedly 2 respondentky. K občasným konfliktům dochází u 1 respondentky a poslední respondentka uvedla, že ke konfliktní situaci na jejím oddělení zatím nedošlo.

**Tabulka 12 Příčiny konfliktní situace**

| Odpovědi                          | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|-----------------------------------|----|----|----|----|--------|
| Úzkost rodiny                     | 1  |    | -  |    | 1      |
| Nespokojenost s poskytovanou péčí |    | 1  |    | 1  | 2      |

Tabulka 12 prezentuje, jaké byly příčiny konfliktní situace. K této otázce se vyjádřily 3 respondentky. Celkem 2 respondentky uvedly, že příčinou byla nespokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Poslední respondentka uvedla, že příčinou byl úzkostný stav rodiny z hospitalizace rodinného příslušníka.

**Tabulka 13 Pozitivní vliv na stav pacienta při zapojování rodiny do péče**

| <b>Odpověď</b>         | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Ano, samozřejmě</b> | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>4</b>      |

Tabulka 13 prezentuje, zda vnímají respondentky pozitivní či negativní vliv na pacienta při zapojení rodiny do péče. Všechny respondentky uvedly, že samozřejmě pozitivní vliv na pacienta má začlenění rodiny do péče.

#### *4.1.3 Kazuistiky respondentů z řad rodinných příslušníků*

##### **Respondent č. 1**

Respondent č. 1 je žena ve věku 43 let, s vysokoškolským vzděláním. V současné době má na specializovaném oddělení hospitalizovaného syna přibližně 10 let. Svého syna navštěvuje každý den při návštěvních hodinách.

Při otázkách na spolupráci s lékařským a ošetřovatelským personálem byla velice nespokojená. Na počátku hospitalizace jejího syna ji vysvětlil lékař jeho stav a způsob péče, během celé hospitalizace jejího syna stále spolu komunikují. Ohledně spolupráce a angažování se do ošetřovatelské péče nebyla nikým informována.

Veškeré informace o péči si získávala sama, nebo od svých známých, kteří se jí snažili poskytnout útěchu, oporu a pomoc. Základy rehabilitace ji vysvětlila její kamarádka, které pak respondentka na svém synovi aplikuje.

Ošetřovatelský personál se prý na tomto oddělení velice změnil. V počátcích hospitalizace syna zažila velmi vstřícné sestry. Postupem času se personál velice změnil a v současné době ztratila veškerou trpělivost a důvěru k ošetřovatelskému i lékařskému personálu. Respondentka také uvádí, že rehabilitační pracovník, s jejím synem jako jediným pacientem neprovádí, odpoledne necvičí.

Při rozhovoru respondentka uvádí, že během hospitalizace jejího syna žádná osoba ze zdravotnického personálu, ji nevěnuje dostatek pozornosti a času.

Respondentce prostředí nevádí, veškerou péči o syna vykonává bez problémů.

Průběžně se snaží svému synovi zkvalitnit prostředí. Má vlastní povlečení, polštářky, oblečení, walkmana s oblíbenou hudbou, oblíbené předměty. Vzhledem k tomu, že zažila, kdy synovi byla puštěna hudba do sluchátek velmi hlasitě, raději tuto pomůcku zrušila. Pro syna zároveň zakoupila speciální vozík, díky kterému jezdí se synem na vycházky. Respondentka uvádí, že vyrobila polštářky a pomůcky pro lepší manipulaci. Velice jí vadí, že při každé návštěvě vidí, jak sestry relaxují, debatují, pijí kávu a nezřídka mají i nohy na stole provázené s hlasitým smíchem. Často hrají hry na počítači, jejichž hlasitý doprovodný zvuk ruší nejen rodinu, ale i pacienty. Žádná z nich se nevěnuje pacientům ani rodině. Často je také je slyšet do pokoje pacientů počítačové hry (střílení).

Respondentka uvádí, že se jí spíše zdravotnický personál vyhýbá a občas má pocit, že i jejímu synovi. Rehabilitační pracovník, s jejím synem jako jediným ze všech pacientů, odpoledne necvičí. Tuto skutečnost potvrdily i ostatní rodiny pacientů.

Informace od ošetřujícího lékaře získává stále a průběžně, zde nevidí problém.

Opakem jsou sestry, které vykonávají pouze základní činnosti. Nakrmí pacienta, přebalí a aplikují léky. Žádná komunikace, žádná lidskost, žádná spolupráce. Díky tomu, se sestrami nespolupracuje a informace nezískává.

Největší konflikt nastal s pomocným personálem, kdy tento pracovník uhodil syna respondentky. Díky tomuto incidentu měl pacient tržnou ránu a nese si následky strachu z této osoby.

Konfliktní situace s lékařem žádná nenastala.

Respondentka uvádí, že daný incident byl řešen u komise, kdy omluvu dostala od hlavní sestry.

Uvádí, že každý den navštěvuje a pečuje o svého syna. Vykonává u svého syna hygienu, polohování, oblékání, výživu, snaží se provádět cviky k zabránění spazmu, komunikuje se synem, provádí celkové masáže, dotýká se ho.

Prvky bazální stimulace provádí zcela sama a bez spolupráce personálu. Nejčastěji používá celkovou koupel, obrázky a fotky. Dále je to metoda dotyku, polohování pomocí speciálních polštářů, komunikace, oblíbené předměty, sledování televize, mazlení se synem.

Respondentka také uvádí, že její syn se zlepšil a to především v oblasti vnímání, díky častým a pravidelným návštěvám a jejich rodinné péči. Na závěr také podotkla, že kdyby měla možnost, odvezla by svého syna do jiné nemocnice. Incident s pomocným personálem má na syna negativní vliv. Při kontaktu s danou osobou má syn strach a začne sténat.

## **Respondentka č.2**

Respondentka č. 2 je dvaapadesátiletá žena. Se středoškolským vzděláním, svou dceru má hospitalizovanou rok na specializovaném oddělení. Navštěvuje ji pravidelně, každý den a kdykoliv během dne.

Na daném oddělení edukuje respondentku veškerý zdravotnický personál, především je v kontaktu s lékaři, RHB pracovníky a sestrami.

Měla a stále má možnost využít k edukaci canisterapeutku, jejichž prvky aplikovali a aplikují u dcery.

Respondentka uvedla, že nejčastěji konzultuje průběžnou spolupráci se staniční sestrou, s řadovými sestrami a rehabilitačním pracovníkem.

Veškerý zdravotnický personál na tomto oddělení zajišťuje a umožňuje dostatek času na konzultaci a poskytování informací pro podporu vědomí a podvědomí její dcery. Návštěvní hodiny má neomezené.

S prostředím na oddělení je respondentka spokojená. Především se jí líbí přístup personálu především k dceři a k ní samotné. V pokoji má dcera obrázky, fotografie či oblíbené předměty.

Prostředí daného oddělení je přizpůsobené dceři. Sestry podporují respondentku k zlepšování prostředí a i ony dělají vše proto, aby pacientka byla ve svém pokoji spokojená. Na pokoji má vlastní povlečení, oblíbené předměty, obrázky, polštářky.

Přístup ošetřovatelského tak i lékařského personálu na daném oddělení si respondentka nemůže vynachválit. Personál je přátelský, profesionální a neomezuje respondentku v návštěvách. Denně a při jakýchkoliv výkonech si sestry a další pomocný ošetřovatelský personál s pacientkou povídá a vypráví ji příběhy. Dva roky předtím byla její dcera hospitalizovaná v pražské nemocnici, kde přístup lékařů a sester byl prý přímo katastrofální.

Informace o stavu dcery získává pravidelně od ošetřujícího lékaře, i ostatních lékařů. S informacemi je velice spokojená. Naopak s informacemi, které dostávala od lékařů z pražské nemocnice, byly těžko snesitelné. Často jí lékaři oznamovali, že její dcera je vlastně mrtvá a pokud žije, přesto brzy zemře. Také nastala situace, kdy došlo k lékařskému pochybení a dcera musela být okamžitě operována s nutností odstranit část mozku. Tato situace podnítila respondentku k přeložení dcery na jiné pracoviště v jiném městě.

Respondentka uvádí, že pravidelně získává informace od veškerého ošetřujícího personálu o změnách ošetřovatelského stavu její dcery a možnosti spolupráce.

Na tomto oddělení se během roční hospitalizace dcery žádná konfliktní situace nevyskytla a doufá, že ani nevyskytne.

S lékařem ani s dalším personálem se také nevyskytla žádná konfliktní situace.

Vzhledem k tomu, že žádná konfliktní situace nebyla, žádný konflikt se neřešil.

Pravidelně ji sestry podporují k častým návštěvám, zapojování do výživy, komunikace a také oblékání. Často se své dcery dotýká. V žádném ošetrovatelském výkonu respondentka není omezená.

Prvky bazální stimulace dříve vykonávala pravidelně za spolupráce sester, nyní již komunikuje s dcerou, dotýká se jí a vždy má u sebe fotografie rodiny.

Respondentka se domnívá, že spolupráce s ošetrovatelským personálem určitě ovlivňuje stav dcery. Negativní efekt spolupráce se objevil v pražské nemocnici s celkovým zhoršením zdravotního stavu, kdy dceři musela být znovu operována. V nynější nemocnici vidí spokojenost a klid dcery.

### **Respondentka č.3**

Respondentka č. 3 je třicetiletá žena. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Na specializovaném oddělení má manžela, který je zde hospitalizován 3 měsíce, před tím byl hospitalizován na oddělení ARO.

Uvádí, že jediný pracovník, který respondentku edukoval a začleňoval do péče o jejího manžela, byla rehabilitační sestra (fyzioterapeut). Také uvádí, že řadové sestry ji vůbec nepodávají informace o zapojování do péče. Raději pečují o vyprazdňování, výživu a jiné úkony sami, i když je o to sama opakovaně žádala.

Možnost využití edukace jinou osobou, která není zaměstnancem daného pracoviště, zatím od nikoho nedostala, pomáhají nebo poskytují ji informace rodiny při odpoledních návštěvách.

Sama konzultuje průběžnou péči se staniční sestrou, která ji aktivně každé odpoledne podává informace o změnách a průběhu stavu manžela včetně rehabilitační sestry, která ji věnuje čas k nácviку dovedností.

Každé odpoledne navštěvuje svého manžela. Žádné konzultace, edukace, nácviку nemá možnost využít, jelikož sestry tyto eventuality nenabízejí.

Samotné prostředí ji nedělá žádný problém je na něj zvyklá z dřívější hospitalizace svého manžela na anesteziologickém oddělení. Nemocnice i pokoj se jí líbí. Manžela navštěvuje pravidelně během návštěvních hodin. Respondentce vadí fakt, že vidí přímo na sestry a jejich nečinnost a laxnost během návštěv.

Uvádí, že se snaží pravidelně zlepšovat a zpříjemňovat manželovi prostředí. Používá oblíbené polštářky, CD s hudbou, fotografie, povlečení, oblíbené předměty. Respondentky názor na přístup personálu není příliš optimistický. Ráda by svého manžela přeložila na jiné oddělení. Přístup lékaře a sester je odmítavý.

Na oddělení ji lékař první den hospitalizace vysvětlil, že veškeré reakce, které manžel má jsou zprostředkovány podvědomím, nikoliv vědomím. „Tito pacienti vůbec nic a nikoho nevnímají, i kdybych takový pocit měla“. Od té doby žádného lékaře za celou dobu návštěv neviděla a ni s ním nemluvila. Dostala pouze kontakt, který může využít podle potřeb.

Sama konzultuje průběžnou péči se staniční sestrou, která ji aktivně každé odpoledne podává informace o změnách a průběhu stavu manžela. O možnosti spolupráce získává především od RHB sestry.

Konfliktní situace nastala, když přišla za manželem a byl celý zahleněný a znečištěný od zvratků. Zavolala sestry, které ho převlékly a odsály z tracheostomické kanyly. Druhý den opět přišla, manžel měl 39 °C a byl celkově velice mrzutý, nereagoval na její podmínky. Poté se mu začala měnit barva na obličeji, až začal modrat, okamžitě volala o pomoc. Přišla sestra, zvýšila polohu a nasadila kyslíkové brýle. Tuto reakci nepochopila ani sama respondentka. Lékař druhý den konstatoval zápal plic.

S lékaři není respondentka vůbec v kontaktu, „přeci je to jen apalický pacient“ a to je prý podle ní ten hlavní důvod.

Respondentka uvádí, že daná konfliktní situace nebyla nakonec vůbec řešena.

Respondentka odpověděla, že s manželem neustále se snaží komunikovat, dotýkat se manžela a pečovat o něj a to v oblastech hygieny. Se sestrami nespolupracuje v žádné z činností kromě rehabilitace.

Prvky bazální stimulace na daném pracovišti nevykonává se sestrami. Pouze si o této metodě sama nastudovala literaturu a snaží se ji provádět. Manželovi pouští CD s hudbou, má u sebe fotografie, oblíbené předměty, komunikuje s ním.

Při pravidelných návštěvách zjistila, že manžel dovede udržet hlavu a oční kontakt, vidí pohyby prstů, když se ho dotýká. Přesto vnímá zhoršení manželova stavu po prodělaném zápalu plic.

#### **Respondentka č. 4**

Poslední respondentkou je dvaadvacetiletá žena. S nejvyšším středoškolským vzděláním. Svého partnera má hospitalizovaného na apalické jednotce 2 měsíce.

Na apalické jednotce nejen respondentku, ale i celou rodinu průběžně edukují. Jedná se nejen o lékaře, sestry, staniční sestra, primář, rehabilitační sestra.

Také uvedla, že na oddělení má možnost využívat i jiné osoby k edukaci. Nyní shání s celou rodinou na odborníka na Vojtovu metodu a Bazální stimulaci.

Průběžnou spolupráci a péči o pacienta průběžně konzultuje se všemi členy zdravotnického týmu a to jsou sestry, staniční sestra, lékař, primář a rehabilitační sestra.

Zdravotnický personál nejen družce, ale i celé rodině zajišťuje dostatek času na nácvik dovedností či v poskytování informací. Respondentka uvádí, že problém spíše vidí v nácviku dovedností, pociťuje nejistotu a strach, z ublížení partnerovi.

Respondentka přiznala, že samotné prostředí ji vadí. Jedná se především o bílé zdi, díky nimž si uvědomuje, že je v nemocnici, kde lidé umírají. Přesto prostředí respondentku neovlivňuje v péči o partnera.

Prostředí se snaží respondentka neustále přizpůsobovat. Stále zajišťuje věci, předměty, které pacient zná a má je oblíbené. Zatím pacient má u sebe oblíbené předměty, fotografie, povlečení, polštářky.

Respondentka uvádí, že přístup sester i lékařů je zcela profesionální. Vůbec si nemůže na nic stěžovat. K samotné respondentce, rodině a především jejímu partnerovi se chovají vstřícně a laskavě.

Informace získává od lékaře při každé návštěvě a dle potřeby.



Informace o možnosti spolupráce při ošetrovatelské péči také dostává. Spolupracuje se všemi členy ošetrovatelského týmu.

Respondentka dále uvádí, že ke konfliktní situaci jak mezi ošetrovatelským týmem, tak mezi lékařem k žádné situaci nedošlo.

Respondentka se při každé návštěvě zapojuje do péče o partnera. Nejvíce se aktivizuje v oblastech komunikace a dotyku.

Do prvků bazální stimulace a Vojtova metoda se respondentka zatím nezapojuje, protože se tyto výkony s pacientem zatím neprovádí. Respondentka zároveň uvedla, že prvky bazální stimulace v nejbližší době začnou společně se staniční sestrou aplikovat.

Zda-li spolupráce rodiny a ošetrovatelského personálu ovlivnila pozitivně stav partnerka, odpověděla respondentka asi ano, zlepšuje se tak stav pacienta a tím i jeho vnímání.

#### 4.1.4 Tabulky z rozhovorů rodinných příslušníků

**Tabulka 14 Základní informace**

| Respondent | Věk    | Délka hospitalizace | Pozice           | Nejvyšší dosažené vzdělání | Oddělení           |
|------------|--------|---------------------|------------------|----------------------------|--------------------|
| <b>R1</b>  | 43 let | 10 let              | Maminka<br>syn   | VŠ                         | ONP-apalický pokoj |
| <b>R2</b>  | 30 let | 3 měsíce            | Manželka         | SŠ                         | ONP-apalický pokoj |
| <b>R3</b>  | 52 let | 1 rok               | Maminka<br>dcera | SŠ                         | DIOP (OCHRIP)      |
| <b>R4</b>  | 25 let | 5 měsíců            | Choť             | SŠ                         | Apalická jednotka  |

Výzkumný vzorek tvoří celkem 4 respondentky Nejvíce z nich má hospitalizované rodinné příslušníky na odděleních následné péče 2 respondentky,

1 respondentka má hospitalizovanou dceru na oddělení OCHRIP a jedna respondentka má hospitalizovaného partnera na apalické jednotce. Celkem 3 respondentky mají středoškolské vzdělání a 1 respondentka má vysokoškolské vzdělání. Délka hospitalizace pacientů na oddělení je od 3 měsíců do 10 let a věk respondentek je od 30 let do 52 let.

**Tabulka 15 Edukace na daném pracovišti**

| <b>Odpovědi</b>       | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Ano</b>            |           | 1         | 1         | 1         | <b>3</b>      |
| <b>RHB pracovníci</b> |           | 1         | 1         | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Lékař</b>          | 1         | 1         |           | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Sestry</b>         |           | 1         |           | 1         | <b>2</b>      |

Tabulka 15 prezentuje, kdo na daném oddělení edukuje rodinu v péči o apalického pacienta. Celkem 3 respondentky uvedly, že jsou edukovány a to prostřednictvím rehabilitačních pracovníků a lékařem. Pouze 2 respondentky také uvedly, že jsou edukovány sestrami.

**Tabulka 16 Zprostředkování edukace jinými osobami**

| <b>Odpovědi</b>                          | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Ano</b>                               |           | 1         |           | 1         | <b>2</b>      |
| <b>Ne</b>                                | 1         |           | 1         |           | <b>2</b>      |
| <b>Canisterpeut</b>                      |           | 1         |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Bazální stimulace, Vojtova metoda</b> |           |           |           | 1         | <b>1</b>      |

Tabulka 16 prezentuje, zda-li mají rodinní příslušníci možnost k edukaci a spolupráci využívat ke další odborný personál, kteří nejsou zaměstnanci pracoviště.

Pouze 2 respondentky uvedly, že mají tuto možnost zbylé 2 uvedly, že nikoliv. 1 respondentka uvedla, že má možnost využívat canosterapii a 1 respondentka uvedla možnost využít odborníka v oblasti Vojtovy metody a Bazální stimulace.

**Tabulka 17 Rodina a jejich spolupráce se zdravotnickým týmem**

| Odpovědi        | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|-----------------|----|----|----|----|--------|
| Staniční sestra |    | 1  | 1  | 1  | 3      |
| RHB pracovník   |    | 1  | 1  | 1  | 3      |
| Směnná sestry   |    | 1  |    | 1  | 2      |
| Primář          |    |    |    | 1  | 1      |
| S nikým         | 1  |    |    |    | 1      |

Tabulka 17 prezentuje, s kterými členy zdravotnického týmu či ošetrovatelského týmu sama rodina konzultujete průběžnou spolupráci a tím i péči o pacienta. Celkem 3 respondentky uvedly staniční sestru a rehabilitačního pracovníka. Spolupráci se směnnými sestrami využívají pouze 2 respondentky a 1 krát byl označen ke spolupráci primář. Dále 1 respondentka uvedla, že s nikým z ošetrujícího týmu nespolupracuje.

**Tabulka 18 Čas zprostředkovaný rodině na oddělení**

| Odpovědi                 | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|--------------------------|----|----|----|----|--------|
| Ano, je mi věnovaný čas  | 1  |    | 1  |    | 2      |
| Ne, není mi věnovaný čas |    | 1  |    | 1  | 2      |

Tabulka 18 prezentuje, zda-li ošetrující personál věnuje Vám zdravotnický personál dostatek času například z hlediska nácviiku dovedností, v poskytování informací, konzultaci, návštěvám. Čas ke konzultaci či k poskytování informací

získávají pouze 2 respondentky. Zbylé 2 respondentky uvedly, že možnost ke konzultacím a poskytování informací nezískávají.

**Tabulka 19 Prostředí a jeho působení na rodinu**

| <b>Odpovědi</b>                        | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Neovlivňuje v činnosti</b>          | 1         | 1         | 1         |           | <b>3</b>      |
| <b>Nepříjemné, neovlivňuje činnost</b> |           |           |           | 1         | <b>1</b>      |

Tabulka 19 prezentuje, jak působí a zda-li ovlivňuje prostředí oddělení rodinu v péči o svého rodinného příslušníka. Celkem 3 respondentky uvedly, že nemocniční oddělení je zcela neovlivňuje a nevadí jim. Pouze 1 respondentka uvedla, že prostředí jí je nepříjemné, ale neovlivňuje jí v činnosti.

**Tabulka 20 Prostředí a jeho působení na pacienta**

| <b>Odpovědi</b>             | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Ano, přizpůsobené</b>    | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>4</b>      |
| <b>Povlečení</b>            | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>4</b>      |
| <b>Polštářky</b>            | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>4</b>      |
| <b>Oblíbené předměty</b>    | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>4</b>      |
| <b>Oblečení</b>             | 1         | 1         |           |           | <b>2</b>      |
| <b>Fotografie</b>           |           |           | 1         | 1         | <b>2</b>      |
| <b>Walkmen s hudbou</b>     |           |           | 1         |           | <b>1</b>      |
| <b>Speciální vozík</b>      | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Pomůcky k manipulaci</b> | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Nespolupráce seser</b>   | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |

Tabulka 20 prezentuje, zda je prostředí na dostatečně přizpůsobené rodinnému příslušníkovi a jak se snaží o přizpůsobení prostředí. Všechny 4 respondentky uvedly, že prostředí je přizpůsobené pacientovi. Nejčastěji celkem 4 krát uvedly respondentky, že k přizpůsobení prostředí využívají oblíbených předmětů, polštářky a povlečení. Další 2 respondentky dále uvedly, že zprostředkovávají rodinnému příslušníkovi vlastní oblečení a fotografie. Pouze 1 respondentka uvedla využití walkmena s oblíbenou hudbou, pomůcky k manipulaci, speciální vozík. 1 respondentka uvedla, že nepříjemné prostředí působící na jeho syna je nespolutpráce sester.

**Tabulka 21 Charakteristika přístupu personálu k rodině**

| Odpovědi             | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|----------------------|----|----|----|----|--------|
| Přátelský            |    | 1  |    | 1  | 2      |
| Profesionální        |    | 1  |    | 1  | 2      |
| Odmítavý, odtažitý   | 1  |    | 1  |    | 2      |
| Individuální přístup |    |    | 1  |    | 1      |

Tabulka 21 prezentuje, jak by rodina charakterizovala přístup ošetřujícího personálu k nim samotným. Celkem 2 respondentky uvedly, že přístup k rodině je přátelský a profesionální. Zbylé 2 respondentka uvedly, že přístup personálu je odmítavý a odtažitý a také zároveň individuální.

**Tabulka 22 Poskytování informací lékařem o stavu pacienta**

| Odpovědi                   | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|----------------------------|----|----|----|----|--------|
| Ano, získává průběžně      | 1  | 1  |    | 1  | 3      |
| Ne, jen dle potřeby rodiny |    |    | 1  |    | 1      |

Tabulka 22 prezentuje, zda-li rodina získává dostatek informací o stavu rodinného příslušníka od lékaře na oddělení. Celkem 3 respondentky uvedly, že jsou průběžně informovány a 1 respondentka uvedla, že získává informace o stavu rodinného příslušníka jen dle její potřeby.

**Tabulka 23 Informace o spolupráci v ošetrovatelské péči**

| Odpovědi   | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|--|----|----|----|----|--------|
| Ano, pravidelně od všech členů ošetrovatelského týmu |    | 1  |    | 1  | 2      |
| Ne, nezískává  | 1  |    |    |    | 1      |
| Ano, pravidelně pouze od RHB sestry                  |    |    | 1  |    | 1      |

Tabulka 23 prezentuje průběžnou informovanost o možnosti spolupráce rodiny do péče o rodinného příslušníka. Celkem 2 respondentky uvedly, že jsou pravidelně informovány od ošetrujícího personálu, 1 respondentka uvedla, že informována bývá pouze od rehabilitačního pracovníka a poslední respondentka uvedla, že informace o spolupráci nezískává.

**Tabulka 24 Konfliktní situace při poskytování ošetrovatelské péče**

| Odpovědi                             | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|--------------------------------------|----|----|----|----|--------|
| Ano                                  | 1  |    | 1  |    | 2      |
| Ne                                   |    | 1  |    | 1  | 2      |
| Fyzické napadení pomocným personálem | 1  |    |    |    | 1      |
| Nedostatečná ošetrovatelská péče     |    |    | 1  |    | 1      |

Tabulka 24 prezentuje, zda došlo ke konfliktní situaci na daném oddělení s ošetrovatelským personálem při poskytování ošetrovatelské péče rodinnému příslušníkovi a popřípadě, co bylo příčinou. Celkem 2 respondentky uvedly, že ke konfliktní situaci zatím nedošlo. Zbylé respondentky odpověděly kladně, kdy příčinou v jednom případě bylo fyzické napadení pacienta a v druhém případě došlo k nedostatečné ošetrovatelské péči.

**Tabulka 25 Konfliktní situace mezi lékařem a rodinou**

| <b>Odpovědi</b>  | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Nenastala</b> | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>4</b>      |

Tabulka 25 prezentuje, zda vznikla na oddělení konfliktní situace mezi rodinou a lékařem. Všechny respondentky uvedly, že k žádné konfliktní situaci s lékařem ani s lékaři na oddělení zatím nedošlo.

**Tabulka 26 Řešení konfliktu se zdravotnickým personálem**

| <b>Odpovědi</b>                | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Omluva od hlavní sestry</b> | 1         | -         |           | -         | <b>1</b>      |
| <b>Bez řešení</b>              |           |           | 1         |           | <b>1</b>      |

Tabulka 26 prezentuje, jak byla daná konfliktní situace vyřešena. První respondentka uvedla, že daný konflikt byl vyřešen přes vedení a to omluvou hlavní sestry. Druhá respondentka uvedla, že konflikt nakonec vyřešen nebyl.



**Tabulka 27 Zapojení rodiny do ošetrovatelské péče**

| Odpovědi      | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|---------------|----|----|----|----|--------|
| Ano, zapojuji | 1  | 1  | 1  | 1  | 4      |
| Komunikace    | 1  | 1  | 1  | 1  | 4      |
| Dotyk         | 1  | 1  | 1  | 1  | 4      |
| Hygiena       | 1  |    | 1  |    | 2      |
| Rehabilitace  | 1  |    | 1  |    | 2      |
| Oblékání      | 1  | 1  |    |    | 2      |
| Výživa        | 1  | 1  |    |    | 2      |
| Polohování    | 1  |    |    |    | 1      |
| Masáž         | 1  |    |    |    | 1      |

Tabulka 27 prezentuje, zda respondentky spolupracují a zapojují se do péče o rodinného příslušníka, popřípadě v jakých oblastech. Všechny 4 respondentky uvedly, že se zapojují do spolupráce. Nejvíce respondentky uvedly, že s pacientem komunikují a dotýkají se ho 4 krát uvedeno. Dvě respondentky uvedly, že rodinného příslušníka oblékají, provádí hygienu, rehabilitují a podávají stravu. Pouze vždy 1 respondentka uvedla, že navíc pacienta polohují a provádí masáž.

**Tabulka 28 Zapojení rodiny do prvků bazální stimulace**

| Odpovědi                                   | R1 | R2 | R3 | R4 | Celkem |
|--|----|----|----|----|--------|
| Ano, bez spolupráce ošetrujícího personálu | 1  |    | 1  |    | 2      |
| Ano, za spolupráce sester                  |    | 1  |    |    | 1      |
| Zatím nezapojuji                           |    |    |    | 1  | 1      |

Tabulka 28 prezentuje zapojení respondentek do prvků bazální stimulace. Nejčastější odpovědí byla, že respondentky se zapojují do bazální stimulace, ale bez

spolupráce s ošetrovatelským personálem. Dále 1 respondentka uvedla, že se zatím do prvků nezapojuje a poslední respondentka uvedla, že spolupracuje se sestrami v implementaci prvků bazální stimulace.

**Tabulka 29 Zapojení rodiny do prvků bazální stimulace**

| <b>Odpovědi</b>           | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Komunikace</b>         | 1         | 1         | 1         |           | <b>3</b>      |
| <b>Obrázky, fotky</b>     | 1         | 1         | 1         |           | <b>3</b>      |
| <b>Dotyk (hlazení)</b>    | 1         | 1         |           |           | <b>2</b>      |
| <b>Objímání-mazlení</b>   | 1         |           | 1         |           | <b>2</b>      |
| <b>Celková koupel</b>     | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Polohování</b>         | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Oblíbené předměty</b>  | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Sledování televize</b> | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| <b>CD, walkman</b>        |           | 1         |           |           | <b>1</b>      |

Tabulka 29 prezentuje, v kterých činnosti z bazální stimulace respondentky nejčastěji na svých rodinných příslušnících aplikují. Nejčastěji s pacientem komunikují, používají fotografie a obrázky, to uvedly 3 respondentky. Dále 2 respondentky se pacienta dotýkají a objímají. Využití celkové koupele, polohování, sledování televize, poslech hudby či používání oblíbených předmětů pacienta uvedla vždy jen 1 respondentka.

**Tabulka 30 Vliv spolupráce rodiny s ošetřujícím personálem na stav pacienta**

| <b>Odpověď</b>               | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>Celkem</b> |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| <b>Ano, určitě pozitivně</b> | 1         | 1         | 1         |           | <b>3</b>      |
| <b>Ano, asi pozitivně</b>    |           |           |           | 1         | <b>1</b>      |

Tabulka 30 prezentuje, jestli efektivní spolupráce s ošetřovatelským personálem ovlivňuje zdravotní stav příbuzného a to pozitivně nebo negativně. Všechny 3 respondentky uvedly, že spolupráce s ošetřujícím personálem pozitivně ovlivňuje stav pacienta. Pouze 1 respondentka uvedla, že pravděpodobně pozitivně stav ovlivňuje, ale díky krátké době hospitalizace pacienta si není příliš jistá.

#### 4.2 Výsledky kvantitativního šetření

U kvantitativního šetření, byla využita výzkumná technika dotazníkového šetření. Zpracování výsledků bylo zaznamenáno u vícečetných odpovědí do programu Microsoft Office Excel 2007 a jednosměrných odpovědí byl použit program SPSS.

##### 4.2.1 Tabulky SPSS z dotazníkového šetření z řad zdravotnického personálu

**Tabulka 31 Charakteristika oddělení**

|                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid OCHRIP      | 56        | 65,9    | 65,9          | 65,9               |
| Apalická jednotka | 10        | 11,8    | 11,8          | 88,2               |
| Jiné              | 19        | 22,4    | 22,4          | 100,0              |
| Total             | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 85 (100 %) respondentů nejvíce dotazovaného zdravotnického personálu 56 (65,9 %) pracuje na oddělení OCHRIP a nejmenší zastoupení mají 10 (11,8 %) respondenti pracující na apalických jednotkách. Dále 19 (22,4 %) dotazovaného zdravotnického personálu vykonává své povolání na jiných oddělení, ve kterých jsou zastoupeny oddělení iktová jednotka, neurologická jednotka a ONP.

**Tabulka 32 Délka praxe na oddělení**

|                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Do 1 roku | 12        | 14,1    | 14,1          | 14,1               |
| 1 – 5 let       | 48        | 56,5    | 56,5          | 70,6               |
| 6 – 10 let      | 15        | 17,6    | 17,6          | 88,2               |
| 16 a více let   | 6         | 7,1     | 7,1           | 95,3               |
| 11 – 15 let     | 4         | 4,7     | 4,7           | 100,0              |
| Total           | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Tato tabulka prezentuje údaje o délce praxe na oddělení. Nejvíce dotazovaných respondentů 48 (56,5 %) vykonává praxi na oddělení od 1 do 5 let. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti z délkou praxe od 6 do 10 let 15 (17,6 %), následující skupinu tvoří 12 (14,1 %) dotazovaných respondentů jejichž, délka praxe je do 1 roku. Nejmenší zastoupení zde mají respondenti s délkou praxe 16 a více let 6 (7,1 %) a dále 11 až 15 let s délkou praxe 4 (4,7 %).

**Tabulka 33 Pozice na pracovišti**

|                         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Sestra            | 83        | 97,6    | 97,6          | 97,6               |
| Rehabilitační pracovník | 2         | 2,4     | 2,4           | 100,0              |
| Total                   | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Největší skupinu dotazovaných respondentů tvoří sestry 83 (97,6%) , 2 (2,4 %) dotazovaných pracuje na pozici rehabilitační pracovník.

**Tabulka 34 Vzdělání rodinných příslušníků ovlivňující edukaci**

|                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Spíše ano | 42        | 49,4    | 49,4          | 49,4               |
| Určitě ano      | 29        | 34,1    | 34,1          | 83,5               |
| Spíše ne        | 11        | 12,9    | 12,9          | 96,5               |
| Určitě ne       | 3         | 3,6     | 3,6           | 100,0              |
| Total           | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

V otázce zda vzdělání rodinných příslušníků ovlivňuje edukaci v péči o rodinného příslušníka, zprostředkovanou zdravotnickým personálem, nejpočetnější skupina odpověděla ve 42 (49,4 %) spíše ano, 29 (34,1 %) respondentů se domnívá, že vzdělání rodinných příslušníků určitě působí na edukaci zprostředkovanou zdravotnickým personálem. Další skupina 11 (12,9 %) respondentů označila možnost, že vzdělání rodinných příslušníků spíše neovlivňuje edukaci a poslední 3 (3,6 %) dotazovaných uvedlo, že vzdělání určitě neovlivňuje rodinu při edukaci.

**Tabulka 35 Náboženské vyznání rodinných příslušníku působící na edukaci**

|                 | Frequency | Percent | Valid | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|-------|--------------------|
| Valid Spíše ano | 37        | 43,5    | 43,5  | 43,5               |
| Spíše ne        | 24        | 28,2    | 28,2  | 71,8               |
| Určitě ano      | 19        | 22,4    | 22,4  | 94,1               |
| Určitě ne       | 5         | 5,9     | 5,9   | 100,0              |
| Total           | 85        | 100,0   | 100,0 |                    |

Celkem 37 (43,5 %) dotazovaných se domnívá, že rodinné příslušníky spíše ovlivňuje náboženské vyznání v rámci edukace v péči o rodinného příslušníka, kdežto 24 (28,5 %) respondentů označilo, že náboženské vyznání spíše neovlivňuje edukaci rodiny v péči o svého příbuzného. Další skupina 19 (22,4 %) zvolili kategorii určitě

ano. Celkem 5 (5,9 %) respondentů označilo vliv náboženského vyznání zcela určitě neovlivňuje edukaci zdravotnickým personálem.

**Tabulka 36 Vliv nefunkční – neúplné rodiny na edukaci**

|                | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Spíše ne | 46        | 54,1    | 54,1          | 54,1               |
| Spíše ano      | 22        | 25,9    | 25,9          | 80,0               |
| Určitě ne      | 15        | 17,6    | 17,6          | 97,6               |
| Určitě ano     | 2         | 2,4     | 2,4           | 100,0              |
| Total          | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Největší počet respondentů a to 46 (54,1 %) odpovědělo, že neúplná (nefunkční) rodina spíše neovlivňuje edukaci. Druhá nejpočetnější kategorie je 22 (25,9 %). Zde se respondenti domnívají, že neúplnost rodin spíše ovlivňuje následnou edukaci. 15 (17,6 %) dotazovaných označili určitě neovlivňuje stav neúplné rodiny následnou edukaci a zbylých 2 (2,4 %) označili určitě ano.

**Tabulka 37 Edukace rodinných příslušníků**

|           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ano | 79        | 92,9    | 92,9          | 92,9               |
| Ne        | 4         | 4,7     | 4,7           | 97,6               |
| Jiné      | 2         | 2,4     | 2,4           | 100,0              |
| Total     | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

V otázce, zda na svém pracovišti respondenti rodinu hospitalizovaného pacienta edukují bylo odpovězeno ano v 79 (92,9 %). Nejméně odpověděli respondenti záporně a to v 4 (4,7 %) a 2 (2,4 %) zvolili kategorii jiné, kde uvedli, že občas edukují rodinné příslušníky.

**Tabulka 38 Pozitivní vliv průběžné edukace na spolupráci rodinných příslušníků**

|           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ano | 77        | 90,6    | 90,6          | 90,6               |
| Ne        | 6         | 7,1     | 7,1           | 97,6               |
| Jiné      | 2         | 2,4     | 2,4           | 100,0              |
| Total     | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Z výsledku vyplývá, že nejvíce dotazovaných se domnívá, že průběžná edukace rodiny příznivě působí na spolupráci v péči o příslušného pacienta 77 (90,6 %). 6 (7,1 %) uvádí, že průběžná edukace neovlivňuje spolupráci rodiny a zbylé 2 (2,4 %) dotazovaných označilo možnost jiné. Zde doplnili respondenti odpověď, že pozitivní vliv na přístup rodiny ke spolupráci je individuální, a nebo že si nejsou jisti.

**Tabulka 39 Naděje rodiny ve změnu zdravotního stavu**

|             | Frequency | Percent | Valid Percent | Comulative Percent |
|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Velmi | 46        | 54,1    | 54,1          | 54,1               |
| Často       | 32        | 37,6    | 37,6          | 91,8               |
| Občas       | 7         | 8,2     | 8,2           | 100,0              |
| Zřídka      | 0         | 0       | 0             | 100,0              |
| Nikdy       | 0         | 0       | 0             | 100,0              |
| Total       | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Pozitivní očekávání rodiny v zlepšení stavu pacienta označili respondenti 46 (54,1 %) a to kategorii velmi často. Ve 32 (37,6 %) označili respondenti odpověď často



a zbylých 7 (8,2 %) respondentů se domnívá, že rodina občas doufá v zlepšení stavu svého rodinného příslušníka. Odpovědi zřídka a nikdy nebyly označeny.

**Tabulka 40 Četnost konfliktních situací mezi rodinou a zdravotnickým týmem**

|                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Comulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Velmi často | 0         | 0       | 0             | 0                  |
| Často             | 0         | 0       | 0             | 0                  |
| Občas             | 18        | 21,2    | 21,2          | 21,2               |
| Zřídka            | 49        | 57,6    | 57,6          | 78,8               |
| Nikdy             | 18        | 21,2    | 21,2          | 100,0              |
| Total             | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Nejvíce respondentů a to 49 (57,6 %) odpovědělo, že se do konfliktních situací dostávají zřídka, stejný počet respondentů 18 (21,2 %) uvedlo, že se z konfliktní situací střetávají občas nebo nikdy. Možnost velmi často a často nezvolil žádný respondent.

**Tabulka 41 Osobní konfliktní situace s rodinou**

|          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ne | 65        | 76,5    | 76,5          | 76,5               |
| Ano      | 15        | 17,6    | 17,6          | 94,1               |
| Nevím    | 5         | 5,9     | 5,9           | 100,0              |
| Total    | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Nejčastěji respondenti označili 65 (76,5 %) a to, že zatím neměli žádnou konfliktní situaci s žádným rodinným příslušníkem. 15 (17,6 %) dotazovaných označilo možnost, že sami měli konfliktní situaci s rodinou a zbylých 5 (5,9 %) označilo možnost nevím.

**Tabulka 42 Zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče**

|                            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ano, jsou zapojováni | 44        | 51,8    | 51,8          | 51,8               |
| Ano, sami se zapojují      | 16        | 18,8    | 18,8          | 70,6               |
| Zapojováni a nezapojují    | 5         | 5,9     | 5,9           | 76,5               |
| Ne, nezám rodiny           | 2         | 2,4     | 2,4           | 78,9               |
| Jiné                       | 18        | 21,2    | 21,2          | 100,0              |
| Total                      | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Největší skupinu dotazovaných 44 (51,8 %) označilo, že rodina je zapojovaná a zapojuje se, a to v otázce, zda-li se rodina začleňuje do ošetrovatelské péče v péči o rodinného příslušníka. Celkem 18 (21,2 %) dotazovaných označilo kategorii jiné. Zde respondenti uvedli, že zapojení do ošetrovatelské péče záleží na rodině samotné. Další početná odpověď byla, že záleží především na stavu pacienta nebo pokud bude pacient propuštěn do domácí péče. V 16 (18,8 %) uvádí respondenti, že rodina se sama zapojuje, 5 (5,9 %) respondentů uvádí, že jsou zapojováni a nezapojují se a nejmenší počet respondentů 2 (2,4 %) uvedlo, rodina se do péče o příslušníka nezapojuje z důvodu jejich nezájmu o pacienta.

**Tabulka 43 Poskytování informací o změnách v ošetrovatelského stavu pacienta**

|                             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Pokud se rodina zeptá | 51        | 60,0    | 60,0          | 60,0               |
| Vždy, při každé návštěvě    | 18        | 21,2    | 21,2          | 81,2               |
| Nepodávám                   | 14        | 16,5    | 16,5          | 97,6               |
| Jiné                        | 2         | 2,4     | 2,4           | 100,0              |
| Total                       | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

51 (60 %) dotazovaných respondentů uvádí, že informace o změně ošetrovatelského stavu u apalického pacienta rodinným příslušníkům poskytují, pokud se rodina sama zeptá. 18 (21,2 %) dotazovaných informuje o změně ošetrovatelského stavu vždy, při každé návštěvě rodiny. Celkem 14 (16,5 %) respondentů nepodává informace o ošetrovatelském stavu a pouze 2 (2,4 %) respondentů označili kategorii jiné. Zde doplnili, že poskytují informace o změně ošetrovatelské stavu dle potřeby a změny.

**Tabulka 44 Použití koncepce bazální stimulace**

|           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ano | 60        | 70,6    | 70,6          | 70,6               |
| Ne        | 25        | 29,4    | 29,4          | 100,0              |
| Total     | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Nejvíce dotazovaných a to 60 (70,6 %) odpovědělo, že zapojují prvky Bazální stimulace na svém oddělení, kdežto 25 (29,4 %) uvádí, že prvky bazální stimulace na svém oddělení neprovádí.

**Tabulka 45 Učení rodiny prvků bazální stimulace**

|           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ano | 51        | 60,0    | 60,0          | 60,0               |
| Ne        | 34        | 40,0    | 40,0          | 100,0              |
| Total     | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Tato tabulka prezentuje, zda-li vyučuje zdravotnický personál rodinné příslušníky prvkům bazální stimulace. Kladnou odpověď uvedlo celkem 51 (60 %) dotazovaných a zbývajících 34 (40 %) uvedlo, že prvky bazální stimulace rodinným příslušníkům neprezentují.

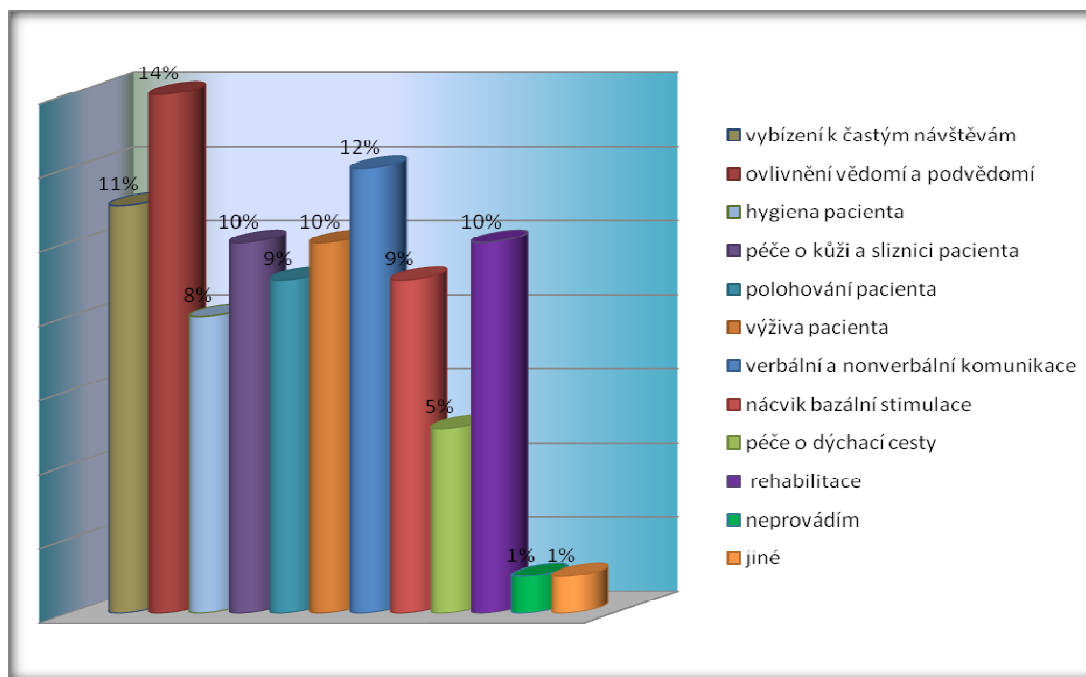
**Tabulka 46 Vliv spolupráce rodiny a zdravotnického personálu na stav pacienta u**

|           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Ano | 64        | 75,3    | 75,3          | 75,3               |
| Ne        | 15        | 17,6    | 17,6          | 92,9               |
| Jiné      | 6         | 7,1     | 7,1           | 100,0              |
| Total     | 85        | 100,0   | 100,0         |                    |

Největší část dotazovaných respondentů 64 (75,3 %) se domnívá, že spolupráce rodiny a zdravotnického personálu při implementaci prvků bazální stimulace ovlivňuje stav pacienta a 15 (17,6 %) respondentů uvádí, že spolupráce konceptu bazální stimulace neovlivňuje stav pacienta. Závěrečných 6 (7,1 %) dotazovaných uvedlo možnost jiné, s vyjádřením, že nejsou si jisti a zcela přesvědčeni.

#### 4. 2. 2 Tabulky Excel z dotazníkového šetření z řad zdravotnického personálu

**Graf 1 Edukace rodiny v ošetrovatelských výkonech**

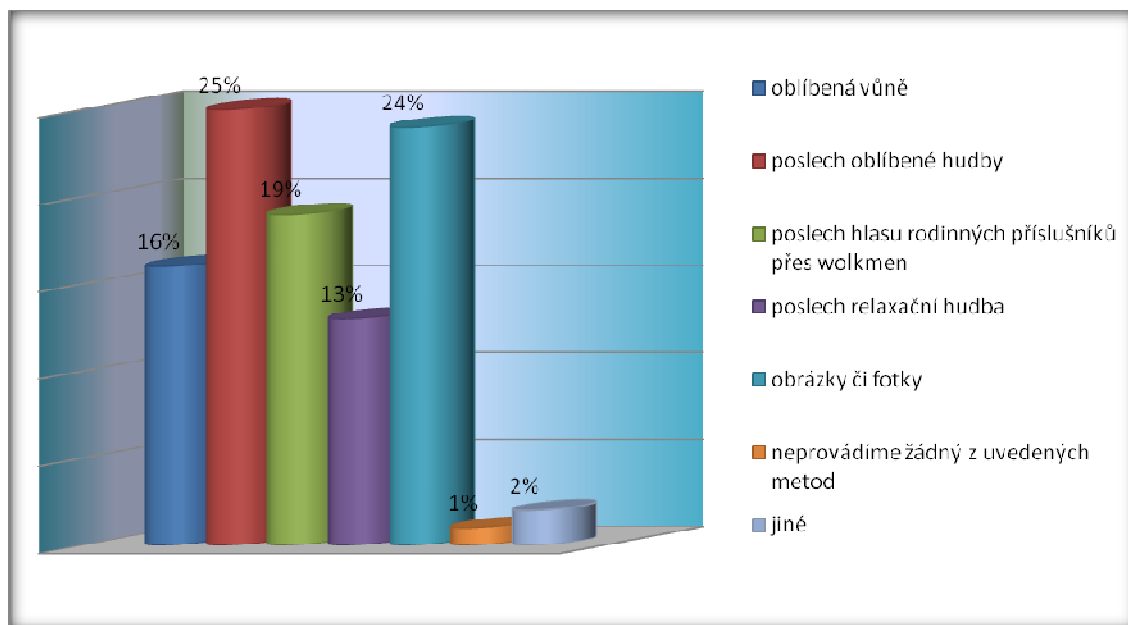


(zdroj vlastní)

Součet četností v této otázce znázorňuje 79 respondentů, kteří označili celkově 536 (100 %) odpovědí. Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji je rodina edukovaná v činnostech ovlivňující vědomí a podvědomí 75 (14 %). Pouze o 9 odpovědí méně označili respondenti kategorii edukace v oblasti verbální a nonverbální komunikace 66 (12 %), 61 respondentů označilo odpověď, že edukace na jejich oddělení spočívá také k častým návštěvám. Stejný procentuální počet odpovědí byl zaznamenán v kategoriích edukace v oblasti rehabilitace 56 (10 %), péče o kůži a sliznici 54 (10 %) a edukace v oblasti výživy 53 (10 %) odpovědí. Dále 49 (9 %) odpovědí bylo zaznamenáno u bodu edukace v oblasti polohování pacienta a 46 (9 %) odpovědí bylo označeno v kategorii edukace v implementaci Bazální stimulace. Možnost edukace rodiny v oblasti hygieny pacienta bylo označeno v 43 (8 %) odpovědí. 28 (5 %) dotazovaných zvolilo možnost, edukace v oblasti péče o dýchací cesty. Poslední dvě odpovědi a to, že edukaci na svém oddělení nevykonávají označili celkem 3 (1 %)

respondenti a zbylí 2 (1 %) respondenti označili kategorii jiné. V kategorii jiné dotazovaní uvedli, že záleží na individualitě každé rodiny a tím i její edukaci.

**Graf 2 Způsoby podpory rodiny k podpoře pacientova vědomí a podvědomí**

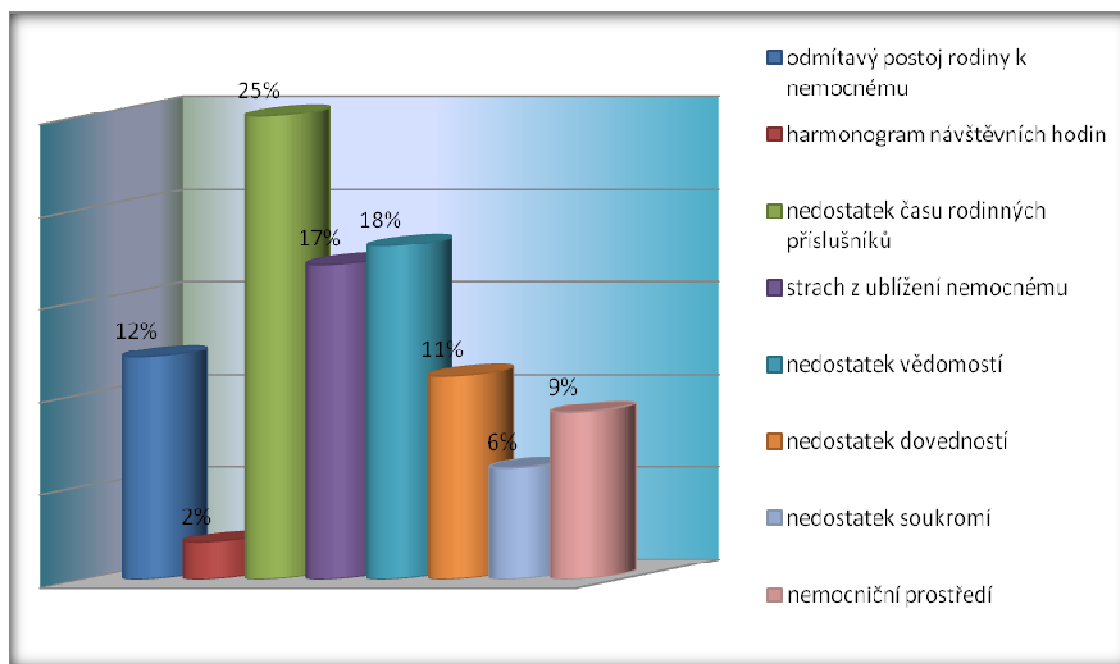


*(zdroj vlastní)*

Následující graf 2 znázorňuje četnost 75 odpovědí v předmětech, využívaných k podpoře pacientova vědomí a podvědomí. Zde odpovídali ti dotazovaní, kteří v předchozí otázce označili tento způsob prováděné edukace u rodinných příslušníků. Z celkové počtu 312 (100%) odpovědí, byla označena jako nejčastější užívaná pomůcka poslech oblíbené hudby pacienta 77 krát (25 %). O jednu odpověď méně bylo označeno v 76 (24 %) odpovědích využití obrázků a fotek. Pomůckou využívanou k podpoře vědomí a podvědomí byla také určena odpověď poslech hlasu rodinných příslušníků přes walkmen 60 krát (19 %). Další oblíbenou věcí užívanou ve spolupráci s rodinou byla označena oblíbená vůně pacienta 49 krát (16%). Využívání poslechu relaxační hudby označilo 41 (13 %) respondentů. Předposlední kategorie jiné, byla označena v 7 (2%) případech, kdy respondenti uvedli využití oblíbených předmětů a činností jako jsou hračky mobil, talisman, plyšák, sledování televize, oblíbená chuť

a jídlo. Nejméně byla označena kategorie a to 2 (1%) respondenti uvedli, že žádnou z uvedených metod ve své praxi nevykonávají.

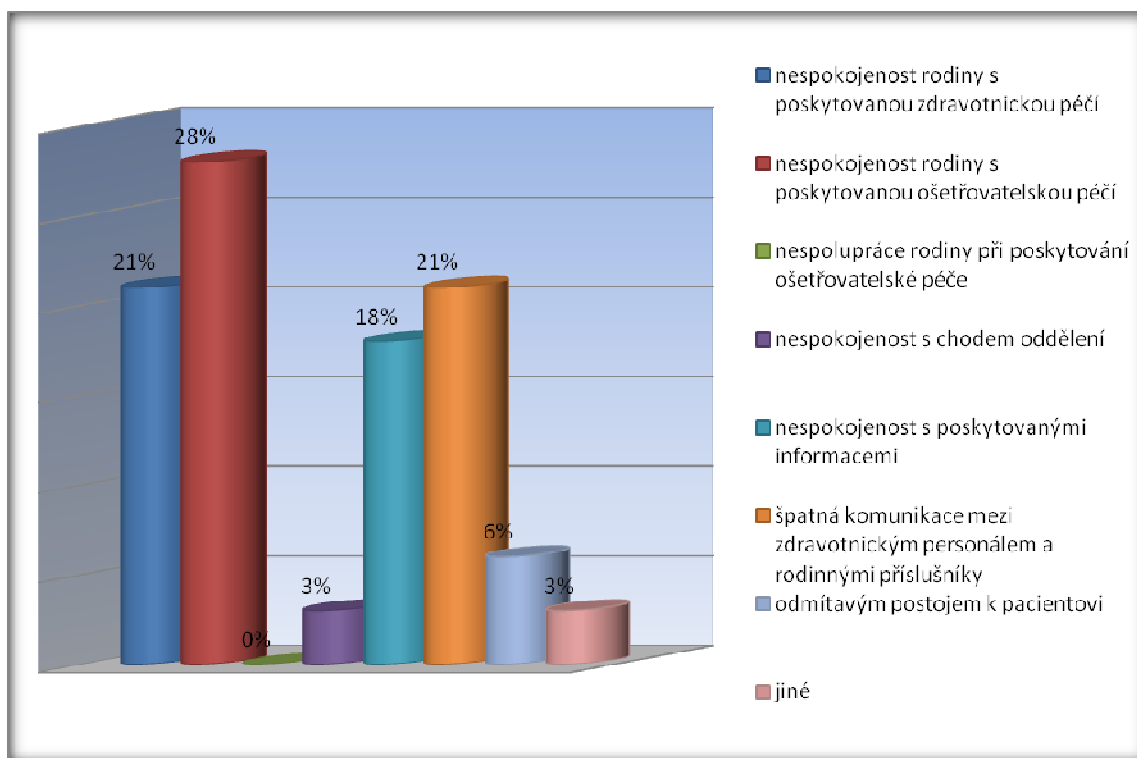
**Graf 3 Příčina omezující rodinu ke spolupráci**



*(zdroj vlastní)*

Celkem 85 respondentů mohlo, v této otázce označit více odpovědí. Z celkového počtu 256 (100 %) odpovědí, byla nejčastěji označená kategorie, kdy důvod omezující rodinu ke spolupráci se zdravotnickým personálem je nedostatek času rodiny a to 65 krát (25 %). Další příčiny, které vedou k omezení spolupráce rodiny o rodinného příslušníka je podle respondentů nedostatek vědomostí 47 (18 %) a strach z ublížení nemocnému 44 (17 %). Důvodem omezující začlenění rodiny do péče o nemocného je podle respondentů také jejich odmítavý postoj k pacientovi 30 (12%). Kategorii nedostatek dovednosti označili respondenti celkově 27 krát (11 %). Příčina nemocničního prostředí, které ovlivňuje spolupráci rodiny v péči o pacienta, označili respondenti 22 krát (9%). Zbylé kategorie byly označeny následovně: nedostatek soukromí 16 krát (6%) a kategorie harmonogram návštěvních hodin 5 krát (2%) .

**Graf 4 Konfliktních situace sestra a rodinný příslušník**



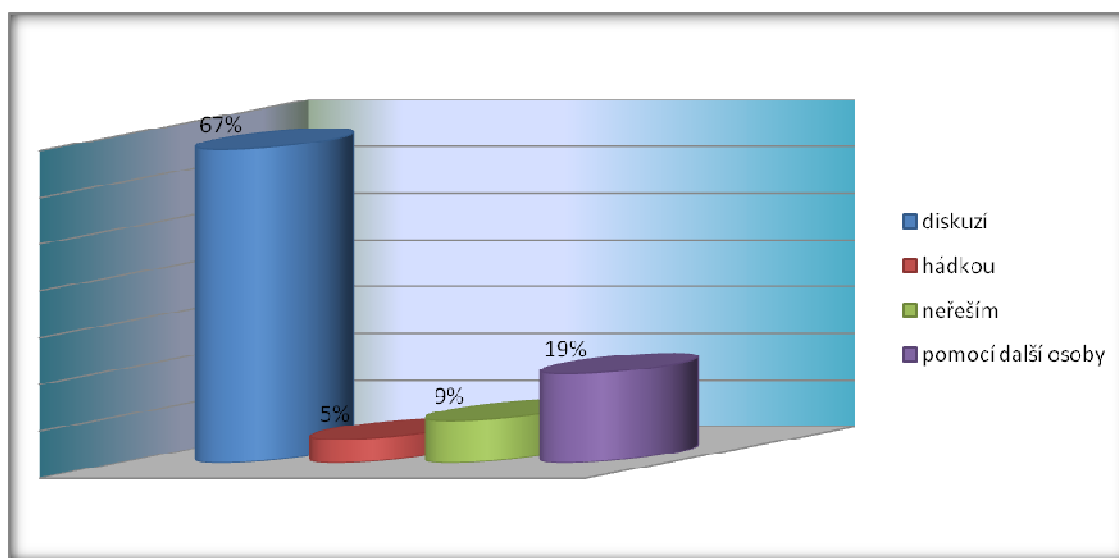
*(zdroj vlastní)*

Graf 4 znázorňuje četnost odpovědí 15 dotazovaných v otázce, jaké jsou příčiny, které vedly ke konfliktní situaci mezi respondentem a rodinnými příslušníky a to v celkovém počtu 33 (100 %) odpovědí. Tato otázka navazovala na otázku, která se zabývala četností konfliktních situací mezi daným respondentem a rodinou pacienta. Nejčastější označená kategorie byla nespokojenost rodiny s poskytovanou ošetrovatelskou péčí 9 krát (28 %). Následující kategorie byly označeny 7 krát (21 %) a to jsou nespokojenost rodiny s poskytovanou zdravotnickou péčí a špatná komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky. Nespokojenost rodiny s poskytovanými informacemi označili dotazovaní 6 krát (18 %). Předposlední kategorie z hlediska příčin konfliktních situací byla ve 2 (6%) případech označena možnost odmítavým postojem k pacientovi. Poslední vybrané kategorie, které byly označeny jsou nespokojenost s chodem oddělení 1 krát (3%) a jiné 1 krát (3 %).



V nabídce jiné bylo odpovězeno, že příčinou konfliktní situace byl stagnační stav pacienta.

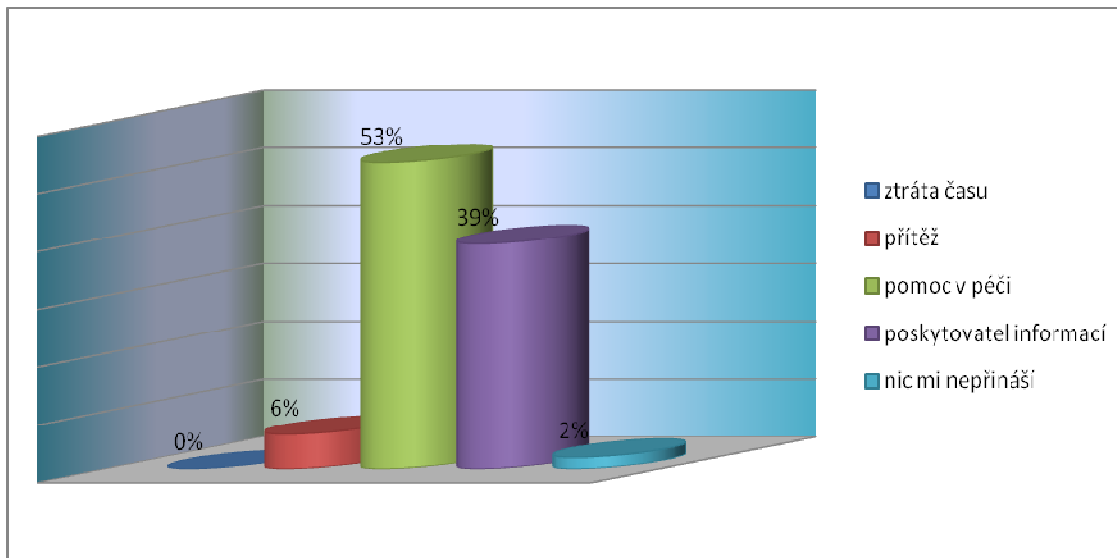
**Graf 5 Řešení vzniklé konfliktní situace**



*(zdroj vlastní)*

Graf 5 znázorňuje četnost 15 respondentů. Maximální počet odpovědí bylo v této otázce 21 (100 %). Zde odpovídali stále ti dotazovaní, u kterých došlo ke konfliktní situaci s rodinou. Nejvíce označena byla kategorie a to 14 krát (67 %), že dotazovaní řešili vzniklou konfliktní situaci diskuzí. Kategorii pomocí další osoby označili respondenti celkem 4 krát (19 %), danou konfliktní situaci neřeší 2 (9 %) dotazovaní a poslední skupinu tvoří 1 (5%), který označil kategorii, že vzniklou konfliktní situaci řešil hádkou.

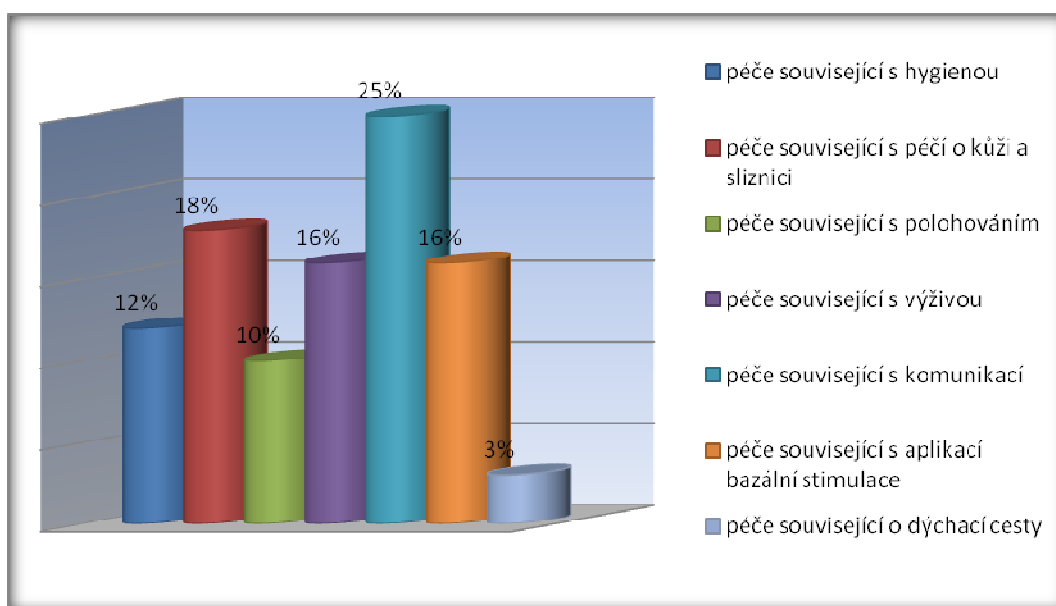
**Graf 6 Rodina jako součást ošetrovatelské péče**



*(zdroj vlastní)*

Graf 6 znázorňuje četnost 124 (100%) odpovědí v otázce, co znamená pro respondenty rodina v péči o apalického pacienta. V této otázce odpovídalo celkem 85 respondentů. Nejvíce respondentů se zastává odpovědi, že rodina znamená pomoc v péči o pacienta 66 krát (53 %). Druhou početnou odpovědí 49 krát (39 %) je, že rodina zaujímá postavení poskytovatele informací o pacientovi. Nejméně označenými kategoriemi se staly odpovědi přítěž 7 krát (6 %) a nic mi rodina v ošetrovatelské péči nepřináší 2 krát (2 %). Odpověď ztráta času nebyla označena.

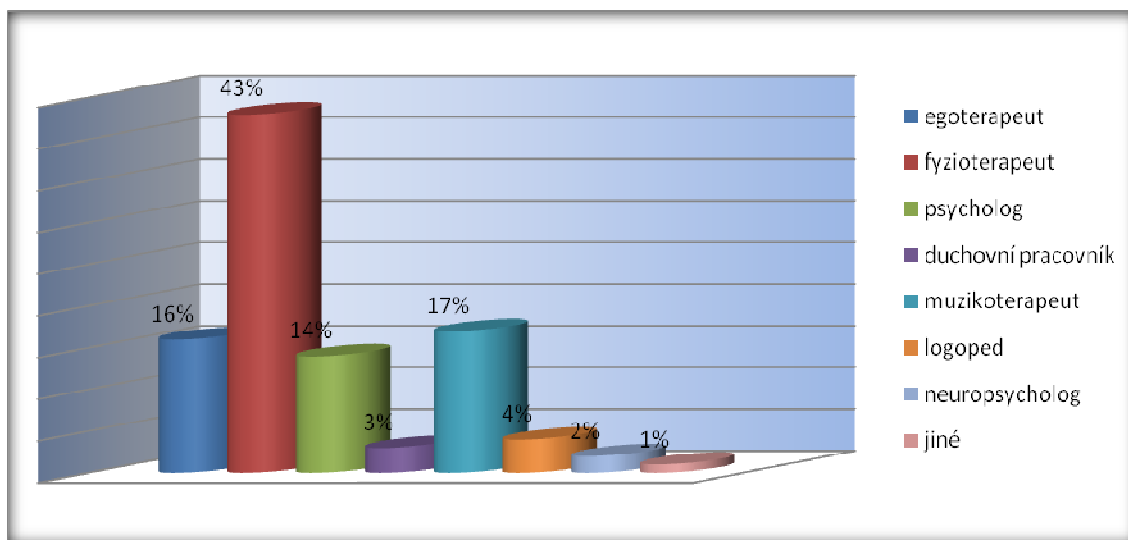
**Graf 7 Zapojení rodiny v ošetrovatelských činnostech**



*(zdroj vlastní)*

Graf 7 znázorňuje četnost 290 (100%) odpovědí v otázce, v kterých oblastech péče o rodinného příslušníka se rodina nejčastěji spoluúčastní. V této otázce odpovídalo celkem 78 respondentů. Zde odpovídali ti respondenti, kteří na svém oddělení průběžně zapojují rodinu pacienta do ošetrovatelské péče. Nejčastěji byla označená kategorie zapojení rodiny do péče související s komunikací 71 krát (25 %), druhou nejčastější označenou odpovědí byla s péčí o kůži a sliznici 52 krát (18 %). Stejný počet označených odpovědí získaly kategorie zapojení rodiny v oblasti výživy a zapojení rodiny v oblasti aplikace bazální stimulace 46 krát (16 %). Péče související s hygienou byla označena respondenty 36 krát (12 %). Respondenti dále označili, zapojení rodiny v oblasti polohování pacienta 30 krát (10 %) a poslední kategorie s nejmenším počtem označených odpovědí je zapojení rodiny do péče o dýchací cesty pacienta 9 krát (3 %).

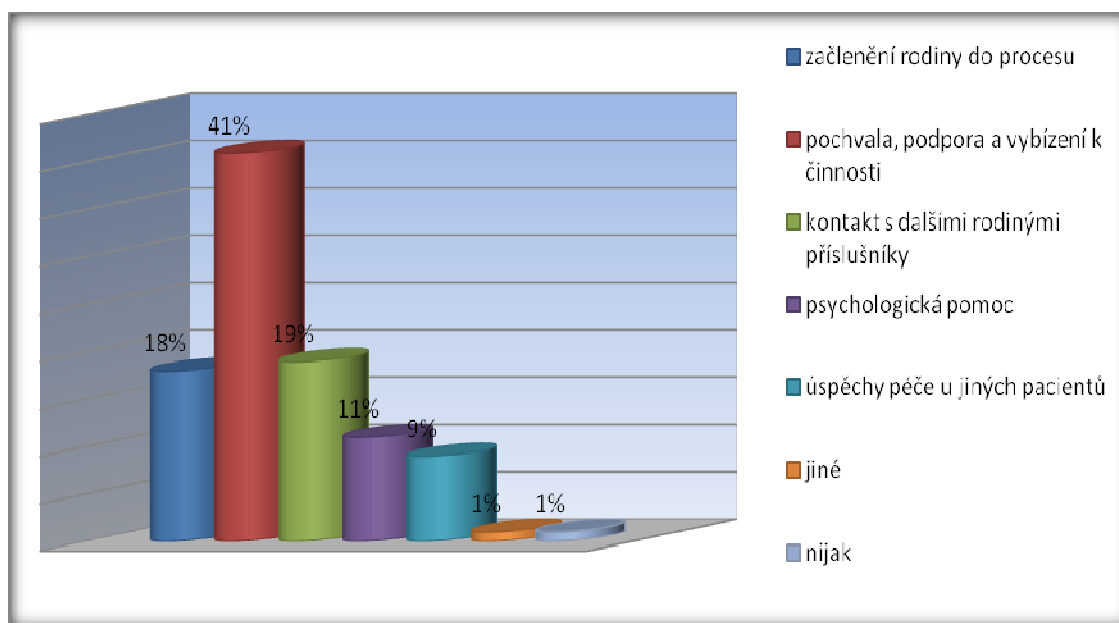
**Graf 8 Zdravotní pracovníci ke spolupráci**



*(zdroj vlastní)*

V tomto grafu mohlo 85 respondentů označit více možných odpovědí a to z celkového počtu 182 (100 %) odpovědí. Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji má rodina k dispozici ke spolupráci fyzioterapeuty. Tuto možnost označilo celkem 79 (43 %) respondentů. Dalších 31 (17 %) dotazovaných označilo odpověď muzikoterapeut. Využití ergoterapeuta zvolilo celkem 29 (16%) respondentů a využití psychologa označili respondenti 25 krát (14 %). Další odborníci podílející se na spolupráci s rodinou v péči o apalické pacienta byl označen logoped 7 (4 %) respondenty a duchovní pracovník 6 (3 %) respondenty. Pouze 4 (2 %) respondenti uvedli možnost využití neuropsychologa a poslední 1 (1 %) respondent uvedl možnost jiné, kde označil že nevyužívá žádného ze zvolených odborníků.

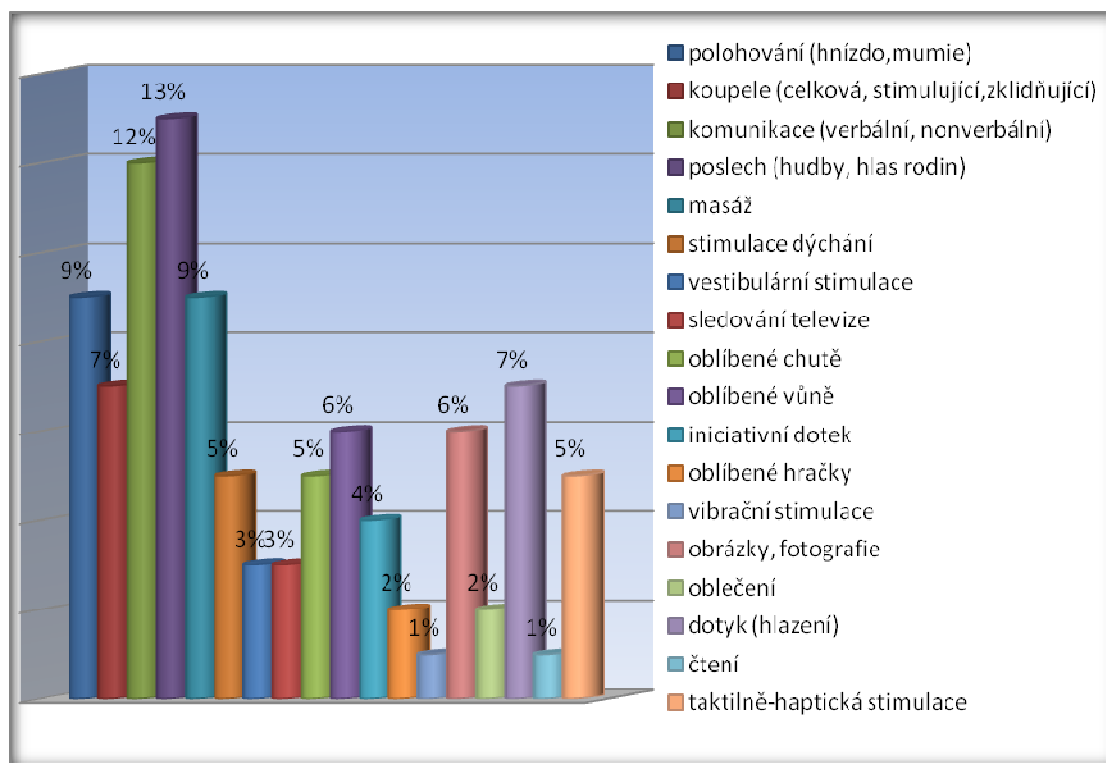
**Graf 9 Prostředky využívané k motivaci rodiny**



*(zdroj vlastní)*

Graf 9 znázorňuje četnost odpovědí v otázce, jaké prostředky využívá 85 respondentů k motivaci rodiny. Z celkového počtu 170 (100 %) odpovědí vyplývá, že nejvíce respondenti využívají jako motivační prostředek pochvalu, podporu a vybízení k činnosti. Tuto možnost označilo dotazovaní celkem 69 krát (41 %). Možnost navázání kontaktu s dalšími rodinami označili respondenti celkem 32 krát (19%). Pouze o jednoho respondenta méně byla označena kategorie začlenění rodiny do léčebného procesu 31 krát (18 %). Dalších 19 (11 %) respondentů označilo možnost motivace za využití psychologické pomoci a 16 (9 %) respondentů využívá k motivaci rodiny úspěchy péče u jiných pacientů. 2 krát (1%) byla označena kategorie s odpovědí, že rodinu nijak nemotivují. Poslední možnost jiné označil pouze 1 (1 %) respondent, že lze využít k motivaci jakýkoliv prostředek.

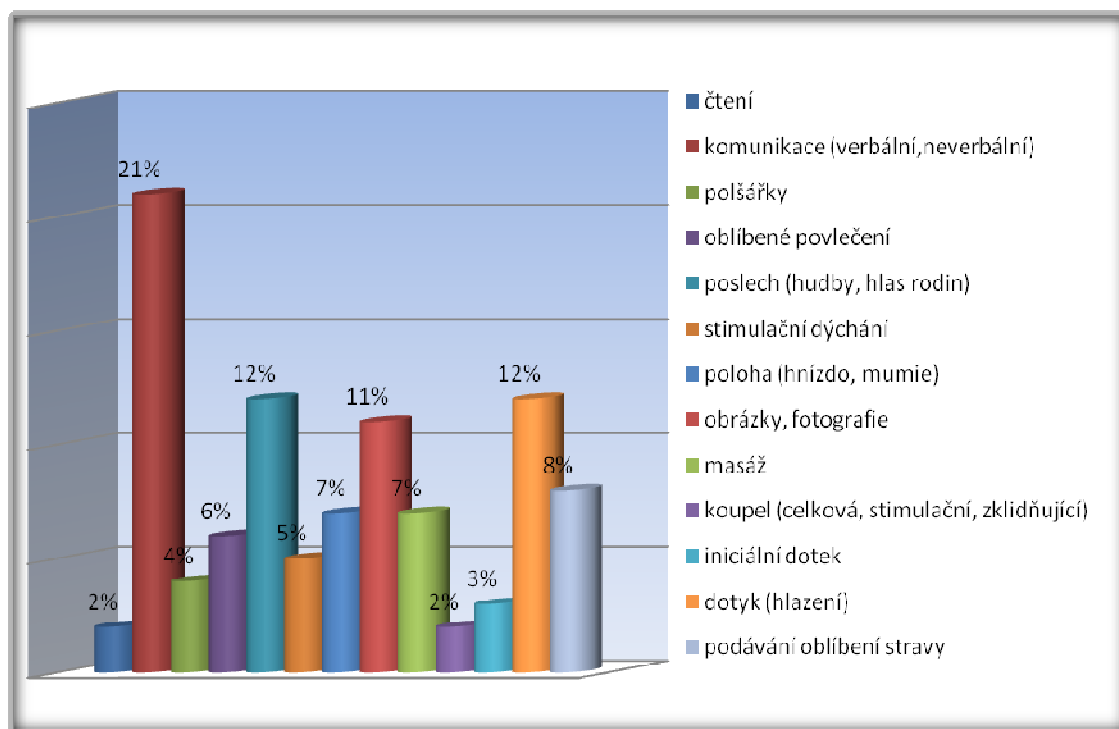
**Graf 10 Prvky bazální stimulace za spolupráce rodiny**



(zdroj vlastní)

Graf 10 znázorňuje četnost odpovědí v otevřené otázce, jaké prvky bazální stimulace používá 51 respondentů za spolupráce rodiny. V této otázce odpovídali ti dotazovaní, kteří edukují rodinu k implementaci prvků bazální stimulace. Z celkového počtu 209 (100 %) odpovědí vyplývá, že nejvíce aplikují na pacientovi, za spolupráce rodiny poslech hudby či hlas rodin 28 krát (13 %), o tři respondenty méně to komunikace 25 krát (12 %). Další často využívanou činností je masáž společně s polohováním (mumie, hnízdo) pacienta to 18 krát (9 %). Kategorie koupele společně s dotykem (hlazením), byla uvedena 15 krát (7 %). Spolupráce rodiny s ošetřujícím personálem při uplatnění oblíbené vůně a obrázků či fotografií rodiny 12 krát (6 %). Jako další využívané činnosti jsou taktilně - haptická stimulace, stimulace dýchání, oblíbené chutě pacienta 10 krát (5 %). Dalšími metodami jsou iniciální dotek 9 krát (4 %), vestibulární stimulace 7 krát (3 %), sledování televize 6 krát (3 %), oblíbené hračky a oblíbené oblečení 4 krát (2 %). Nejméně využívanou činností je čtení rodinnému příslušníkovi a vibrační stimulace 3 krát (1 %).

**Graf 11 Prvky bazální stimulace s pozitivním vlivem na pacienta**



(zdroj vlastní)

Graf 11 znázorňuje četnost 170 (100 %) odpovědí v otevřené otázce, kde odpovídalo celkem 64 respondentů. Stejně jako v předchozím grafu, i zde odpovídali pouze ti respondenti, kteří se domnívají, že prvky bazální stimulace za spolupráce s rodinou pozitivně ovlivňují stav pacienta. Zde respondenti nejčastěji uvedli, že pozitivní vliv na pacienta má komunikace 35 krát (21 %). Další pozitivní efekt na pacienta má iniciální dotek 21 krát (12 %) společně s poslechem hudby či hlasu rodiny 20 krát (12 %). Využití obrázků a fotografií uvedli respondenti 19 krát (11 %). Podávání oblíbené stravy 14 krát (8 %). Polohování pacienta (hnízdo, mumie) společně s masáží byly označeny 12 krát (7 %). Používání pacientova oblíbeného povlečení označili respondenti 10 krát (6 %). Aplikace stimulačního dýchání 8 krát (5 %), používání oblíbených polštářků 4 krát (7 %), iniciální dotek 5 krát (3 %) či použití koupele 4 krát (2 %). Pouze 3 (2 %) respondenti uvedli jako pozitivní efekt na pacienta má čtení.

## 5. Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zmapovat, co ovlivňuje spolupráci rodiny a zdravotnického personálu v péči o apalického pacienta, zjistit nejčastější problémy zdravotnického personálu při jednání s rodinou apalického pacienta a dále zmapovat, v jakých oblastech péče o apalického pacienta probíhá spolupráce zdravotnického personálu a rodiny ve specializovaných pracovištích. Posledním cílem bylo zjistit, zda péče zdravotnického personálu a rodiny ovlivňuje zdravotní stav apalického pacienta.

Abychom mohli zmapovat danou problematiku, včetně oblasti spolupráce mezi těmito dvěma subjekty, museli jsme nejdříve prostudovat literaturu, která se tímto tématem zabývá. Další část byla zaměřena na kvalitativní a kvantitativní šetření. S přáním získat informace o dané problematice souhlasily jak s kvalitativním, tak s kvantitativním šetřením všechny sestry. Problém nesouhlasu se vyskytl v kvalitativním šetření a to z řad lékařů, kteří nedovolili vést rozhovory s rodinami apalických pacientů. Příčinou byl psychický stav rodinných příslušníků a jejich neschopnost vyrovnat se se stavem pacienta.

Charakteristika výzkumného vzorku v kvantitativním šetření. Výzkumného šetření (viz tabulka 31, 32, 33) se zúčastnily především sestry (97,6 %) s praxí 1 – 5 let 56,5 %. Nejmenší zastoupení měli rehabilitační pracovníci (2,4 % respondentů) s dobou praxe 11 – 15 let 4,7 %. Více jak polovina respondentů (65,9 %) pracuje na oddělení OCHRIP. Charakteristika výzkumného vzorku v kvalitativním šetření. Výzkumného šetření (viz tabulka 1, 14) se zúčastnily 4 sestry, a to především z řad směnových sester a 1 staniční sestra. Všechny respondentky měly středoškolské vzdělání a jejich věkový průměr byl 32 let. Polovina respondentek pracuje na oddělení ONP, kde je vyčleněný pokoj pro apalické pacienty. Druhé části kvalitativního šetření se zúčastnili rodinní příslušníci, z nichž 2 respondentky byly maminkami pacientů. Délka hospitalizace pacientů byla od 3 měsíců do 10ti let.

Abychom mohli zmapovat, které faktory mohou působit na spolupráci rodiny s ošetřujícím personálem, bylo v prvotní fázi nutné si stanovit, co může tuto skutečnost ovlivnit. S tím korespondovala i první výzkumná otázka: **Kdo edukuje rodinu v péči o apalického pacienta?** Zajímalo nás, zda rodinu edukuje ošetřující personál a o který



lékařský či nelékařský personál se jedná. Podle kvantitativního šetření většina sester 92,9 % (79) (viz tabulka 37) uvedla, že na svém oddělení edukují rodinné příslušníky. Při kvalitativním šetření s respondentkami z řad sester se ukázalo (viz tabulka 3), že nejčastějším edukátorem na oddělení je rehabilitační pracovník a staniční sestra, dále pak lékař se směnovou sestrou. Podobný výsledek byl získán také z rozhovorů s rodinnými příslušníky (viz tabulka 15, 16). Respondentky uváděly, že jsou edukovány rehabilitační sestrou, poté lékařem a následně prostřednictvím sestry. Možnost využití jiné osoby, která není zaměstnancem daného oddělení, mají pouze 2 respondentky, které uvedly, že mohou využívat pomoc canisterapeuta nebo odborníka na Vojtovu metodu a bazální stimulaci. Odpovědi na uvedené otázky nás velice překvapily. Všichni víme, že jednou z hlavních rolí sestry je role edukátorky. V našem případě bohužel přebírá její funkci rehabilitační pracovník společně s lékařem. Podle Susan Bastable je ošetřující personál zodpovědný za asistenci rodinných příslušníků při získávání znalostí a dovedností nutných k dosažení cílů probíhající péče.

Stále tu chybí podstatná otázka, jak vykonává ošetřující personál na oddělení edukaci rodině. Výsledky byly rozmanité (viz tabulka 9). Pouze 1 sestra uvedla, že k edukaci využívají edukační karty. Zároveň 1 sestra uvedla, že edukaci vůbec nevykonává. Zbylé 3 sestry používají tradiční postup a tím je vysvětlení a následný nácvik výkonu s rodinou.

Jestli mohou edukaci rodinných příslušníků ovlivňovat faktory (viz 34, 35, 36), jako je vzdělání rodiny, náboženské vyznání, vliv nefunkční (neúplné) rodiny či prostředí, odpovídali respondenti – rodinní příslušníci i sestry - jak v kvantitativním, tak v kvalitativním šetření. Podle Juřenové (23) funkční (úplnou) rodinou rozumíme takovou rodinu, která se chce o pacienta starat a zároveň v této rodině existují citové vztahy mezi jednotlivými členy rodiny. Dále podíváme-li se na náboženské vyznání podle brazilského výzkumu, který zpracovala Puginna (41), vidíme, že bez ohledu na to, zda je rodina věřící, či ne, v momentech nejistoty všichni hledají určitý druh duchovní podpory. Tím se mohou také měnit hodnoty rodin a i přístup k samotné hospitalizaci pacienta. V kvantitativním šetření respondenti mohli k jednotlivým vlivům označit škálu hodnocení. Vzdělání rodinných příslušníků společně s náboženským vyznáním

může podle respondentů edukaci spíše ovlivňovat. Neúplná rodina spíše neovlivňuje edukaci rodiny. Při kvalitativním šetření s respondentkami z řad sester je podle jejich zkušeností zřejmé, že nejvíce edukaci ovlivňuje nemocniční prostředí a dále nefunkční rodina. Nejméně získala kategorie náboženské vyznání a vzdělání rodiny.

Dále se nabízí otázka, v jakých oblastech je rodina nejčastěji edukovaná. Podle kvantitativního šetření, kde respondenti mohli označit více možných odpovědí, bylo zjištěno (viz graf 1), že nejčastěji bývá rodina edukovaná k činnostem ovlivňujícím vědomí a podvědomí (14 %). Také se jedná o edukaci v oblasti verbální a neverbální komunikace (12 %) a o podporu k častým návštěvám společně s rehabilitací. Nejmenší zastoupení z hlediska výkonů má péče o dýchací cesty (5 %). Můžeme si položit otázku, proč zrovna péče o dýchací cesty byla nejméně označená? Částečně nám může odpovědět následující výpověď sester z kvalitativního šetření (tabulka 4), kdy měly respondentky vysvětlit, co si představují pod heslem „rodina jako spolupracovník v péči o apalického pacienta“. Většina respondentek uvedla, že rodina znamená pomoc, ale také jedna dotazovaná odpověděla, že nelze zapojit rodinu do všech ošetrovatelských úkonů. Začíná být patrné, že edukace rodinných příslušníků nepatří k silným stránkám sester pečujících o apalického pacienta, zvláště pokud se jedná o náročnější výkony, jako je péče o dýchací cesty.

Přesto je zřejmé, že zdravotnický personál si je vědom podstaty průběžné edukace, jak zachycuje tabulka 38. Zde měli respondenti v kvantitativním šetření označit odpověď na otázku, zda si myslí, že průběžná edukace má pozitivní vliv na spolupráci rodiny. Na tuto otázku odpověděla většina sester kladně (90,6 %). Stejný názor také uvádí Susan (47), protože zahrnutí rodinných příslušníků do procesu edukace je prospěšné jak pro pacienta, tak pro ošetřující personál. Zdůrazňuje úlohu rodiny, neboť její větší znalosti jsou přínosem pro celý ošetřující personál. S tímto názorem zcela souhlasíme. Myslíme si, že rodina při začlenění do edukace získává průběžný přehled o stavu pacienta. Vnímá ochotu a snahu, kterou personál vynakládá jak na pacienta, tak na rodinu samotnou. Zároveň se pozitivně rozvíjejí vztahy mezi personálem a rodinou, kdy ideálním výsledkem je spolupráce a podpora. Těmito

výsledky je potvrzena hypotéza, H1: Edukace rodiny pozitivně ovlivňuje průběh péče o apalického pacienta.

S otázkou z kvalitativního šetření, co si představí respondenti pod heslem „rodina jako spolupracovník v péči o pacienta“, jsme se již seznámili (viz tabulka 4). Tato problematika má větší váhu ve výzkumné otázce **Co ovlivňuje interakci mezi rodinou a zdravotnickým personálem?** Pro respondentky v kvalitativním šetření znamená rodina pomoc, ale i v určitých situacích přítěž. Stejná otázka byla položena respondentům v dotazníkovém šetření (viz graf 6). Zde byla opět nejčastěji označena kategorie, že rodina znamená pomoc (53 %), menší zastoupení měla pak odpověď přítěž (6 %). Rodina je dle autorů, Juřenová (23), významným zdrojem informací. Rodina má funkci preventivní, podpůrnou a ochrannou. Také by si zdravotnický personál měl uvědomit, že velmi důležitá je také jejich pomoc rodině. Dostat se z krize, v které se rodina ocitla vlivem onemocnění rodinného příslušníka, doporučuje Gulášová ve své publikaci Úlohy zdravotnického pracovníka v aktivnej účasti zapojenia rodiny do liečby u pacienta s poruchami myslela (18).

U kvalitativního šetření byla položena otázka: **Spolupracujete a zapojujete se do péče o Vašeho rodinného příslušníka? V jakých oblastech spolupracujete?** V této otázce (viz tabulka 27) všechny respondentky uvedly, že se do spolupráce zapojují. Nejčastěji se respondenti – rodinní příslušníci zapojují do komunikace a dotyku, dále u pacienta vykonávají hygienu, oblékání, podávání stravy a rehabilitaci. V kvalitativním šetření dostaly respondentky sestry stejnou otázku. Odpovědi (viz tabulka 5) byly ve dvou případech totožné, nejčastěji se rodina zapojuje do oblasti komunikace, dotyku a dále do výživy pacienta. V jednom případě uvedla respondentka neaktivitu rodinných příslušníků. Stejná otázka byla položena v kvantitativním šetření (viz graf 7), kde se podle respondentů rodina nejčastěji zapojuje do péče související s komunikací (25 %), druhou nejčastější odpovědí byla péče o kůži a sliznici (18 %). Dle odpovědí je zřejmé to, že rodiny nejčastěji s rodinným příslušníkem – pacientem komunikují, dotýkají se ho či jej hladí.

Proč tomu tak je? Puggina (41) tuto skutečnost vysvětluje tak, že i přes nezávislé náboženské cítění pacienta a jeho rodiny je pro všechny příznačný určitý druh

spirituality. Snahou rodin při komunikaci je, jak by se mohlo označit podle Kübler-Rossové u nevyлéčitelně nemocných, třetí stádium, a to je smlouvání. Nejčastěji je právě smlouváno s Bohem. Smlouvání rodiny je tajné a často doprovázené slzami. Mnohdy rodina apalického pacientovi zdůrazňuje, že není sám, že je rodina s ním a vždy bude, všechno verbální vyjádření je zároveň spojené s dotykem. Podle našeho názoru s tímto tvrzením, které uvádí Puginna ve svém výzkum *Messages from relatives of patients in coma: hope as common element* (41), musíme zcela souhlasit. Stačí jen sledovat rodinu, jak drží pevně v náručí své dítě, jak jej hladí, jak věří a doufá, jak smlouvá s časem, s osudem nebo i s Bohem.

Kuzníková ve své publikaci *Ošetrovatelská péče o pacienta s apalickým syndromem* (32) uvádí, že rodinu apalického pacienta můžeme podpořit nejen vlídným slovem, ale i vlídným prostředím. Jak působí prostředí nemocnice na rodiny (viz tabulka 19) a na pacienta (viz tabulka 20) v době hospitalizace, posuzovaly rodiny v kvalitativním šetření. Zajímavým zjištěním bylo, že 3 respondentům ze 4 nevadí nemocniční prostředí a zároveň u všech 4 respondentů je toto prostředí neovlivňuje v činnosti a péči o pacienta. V odpovědi na otázku, zda prostředí je dostatečně přizpůsobené pacientovi, všechny respondentky uvedly, že ano, jedna respondentka uvedla, že na prostředí jí vadí nespolupráce sester. Zároveň v rozhovoru uvedla: „Velice mi při každé návštěvě vadí, že vidím, jak sestry relaxují, debatují, pijí kávu a nezdědka mají dokonce i nohy na stole, to vše je provázené hlasitým smíchem.“ Bohužel také často hrají hry na počítači, jejichž hlasitý doprovodný zvuk ruší nejen rodinu, ale i pacienty. Mnohdy je také slyšet do pokoje pacientů počítačové hry (střílení). Podle názoru i jiných rodinných příslušníků bohužel k takovým situacím opravdu dochází. Zároveň respondentky uvedly, že nejčastěji ke zkrátnění prostředí používají oblíbené předměty, polštářky a povlečení.

Lišková ve své publikaci *Pacient s coma vigile v domácí péči* uvádí (34), že při první návštěvě rodinných příslušníků apalického pacienta v jedné pražské nemocnici zažívala pocity děsu, beznaděje a zoufalství. Rodina se setkala s negativistickým postojem lékařů, kteří je odrazovali od kontaktu se synem. Zdravotnický personál konstatoval rodině závažnost poranění a nedávali tak pacientovi mnoho nadějí.

V dotazníkovém šetření (viz tabulka 39), zda rodina věří v zlepšení zdravotního stavu pacienta, v 54,1 % respondenti uvedli, že naději ve zlepšení stavu mají velmi často. Nejmenší zastoupení měla kategorie občas, a to 8,2 %. Respondenti dále uvedli, že informace o změnách ošetrovatelského stavu pacienta (viz tabulka 43) podávají, pokud se rodina zeptá (60 %), a 16,5 % dotazovaných informace o změnách ošetrovatelského stavu nepodává.

U otázky (viz tabulka 22), zda rodina získává průběžně informace od lékaře, bylo zajímavým zjištěním, že ano, získávají, jak uvedly 3 respondentky. Jen 1 respondentka uvedla, že informace získává jen dle její potřeby. Podle výzkumného šetření Pohled sestry na apalický syndrom (38) vyplývá, že rodina je průběžně a plně informovaná od ošetřující lékaře, přesto téměř vždy si podané informace ověřuje u sester ze záznamů a dokumentace.

Motivace je také důležitým faktorem ovlivňující interakci rodiny s ošetřujícím personálem. Respondenti – rodinní příslušníci uvedli (viz graf 9) jako nejčastější podnět k motivaci pochvalu, podporu a vybízení k činnostem (41 %), možnost kontaktu s dalšími rodinami označili respondenti v 19 %. Podle našeho názoru motivace rodiny v péči o apalického pacienta je přinejmenším velmi důležitá, podporuje tak i interakci mezi personálem a rodinou. Již samotná nejistota rodiny ze současného a budoucího stavu pacienta ji provází během celé hospitalizace. Jistotou pro rodinu je naděje, kterou musí ošetřující personál neustále podporovat a rodinu motivovat.

Poslední otázky z oblasti spolupráce byly určeny jak rodinným příslušníkům formou rozhovoru (viz tabulka 23), tak i respondentům v dotazníkovém šetření (viz graf 8). Na otázku S kterými osobami ze zdravotnického týmu rodina sama spolupracuje? odpověděly respondentky následovně: 3 respondentky uvedly staniční sestru a rehabilitačního pracovníka, poté až sestru směnovou a primáře. V dotazníkovém šetření, které se zajímalo o možnost spolupráce rodiny s dalšími nelékařskými odborníky, jako jsou například logoped, muzikoterapeut, duchovní pracovník či fyzioterapeut, respondenti opakovaně označili kategorii, že rodina využívá pomoci fyzioterapeuta (43 %), tento výsledek tedy souhlasí i s rozhovorem. Proč rodiny nejčastěji spolupracují s fyzioterapeutem? Na tuto otázku se nám z pozice sestry bohužel těžko odpovídá.

Domníváme se, že to již není tím, že by sestry zapomínaly na podstatu a funkci rodiny v době hospitalizace pacienta. Příčinou je stav pacienta, který je náročný fyzicky, ale i časově. To může být pro většinu sester důvodem nedostatečné spolupráce s rodinami apalických pacientů.

Zůstaneme-li v oblasti věnované přístupu a času personálu, docházelo v odpovědích rodinných příslušníků k častým rozdílům. Na jedné straně byly respondentky, které si nemohly vynachválit přístup personálu a věnovaný čas (viz tabulka 18, 21) a na straně druhé byly respondentky (viz 18, 21), které přístup a čas značně kritizovaly. Přístup personálu z hlediska zapojení rodiny je zobrazen v kvantitativním šetření ( viz tabulka 42). Respondenti označili nejčastěji, že rodina je průběžně zapojována (51,8 %), a nejmenší zastoupení měla odpověď nezájem rodiny (2,4 %). Ve výzkumném šetření Apalický syndrom jako problém Šuráňová (50) uvádí, že na pracovištích se rodinní příslušníci mohou zapojit a zapojují do ošetrovatelské péče o apalického pacienta, a to celkem 73 % rodin. Potřebou rodiny je v tomto případě navodit pocit jistoty, že pacientovi je nabídnuta ta nejlepší péče. Současně také chtějí rodinní příslušníci znát „úplnou pravdu“ o zdravotním stavu pacienta. Podle našeho názoru zapojování rodiny do péče zkvalitňuje spolupráci mezi personálem a rodinou a tím i navozuje pocit jistoty rodině. Těmito výsledky je potvrzena hypotéza, H2: Průběžná informovanost rodiny o podpůrné péči zkvalitňuje spolupráci se zdravotnickým personálem.

Čtvrtou výzkumnou otázkou je: **Jaké nedostatky se vyskytují při jednání s rodinou u pacienta s apalickým syndromem?** U otázky, jaká je příčina nespolupráce rodiny v péči o rodinného příslušníka (viz tabulka 7), 2 respondentky - sestry uvedly jako příčinu odmítavý postoj rodiny k nemocnému. Naproti tomu v dotazníkovém šetření (viz graf 3) uvedly respondentky- sestry jako hlavní důvod omezení rodiny při spolupráci nedostatek času (25 %), jako další příčinu uvedly nedostatek vědomostí o péči (18 %), strach z ublížení (17 %) a odmítavý postoj k nemocnému (pouze 12 % respondentek). Nejméně byla označena kategorie, že příčinou omezující spolupráci je harmonogram návštěvních hodin (2 %). Podle Králíčkové, která v časopise *Sestra* publikovala výzkumné šetření na téma „Spolupráce rodiny v ošetrovatelském procesu“

(29), je nejčastějším problémem rodinných příslušníků, který brání poskytnout pomoc pacientovi, nedostatek dovedností u 69 % rodin, dále limituje rodinu přísný harmonogram návštěvních hodin 53 % 31 rodinných příslušníků.

Dalším bodem šetření byly konfliktní situace, konkrétně mezi ošetřujícím personálem a rodinou. Ke konfliktním situacím ( viz tabulka 40, 41) dle respondentů – sester mezi rodinou a zdravotnickým personálem na oddělení dochází zřídka, to uvedlo 57,6 % dotázaných. Stejný výsledek určilo i kvalitativní šetření, kdy 2 respondentky – rodinné příslušnice uvedly četnost konfliktů jen zřídka, 1 respondentka zároveň uvedla, že ke konfliktu zatím nedošlo. Jako příčinu konfliktní situace (viz tabulka 12) byla nejčastěji uvedena nespokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, kterou uvedly 2 respondentky a 1 respondentka uvedla úzkostný stav rodiny.

Další otázky se zabývaly opět konfliktními situacemi, ale přímo mezi vybranými skupinami ošetřujícího personálu. Zda-li došlo ke konfliktní situaci při poskytování ošetrovatelské péče (viz tabulka 24), uvedly 2 rodinné respondentky, že došlo. Zbylé 2 uvedly, že nikoliv. V jednom případě bylo příčinou fyzické napadení pomocným personálem a druhou příčinou byla nespokojenost s ošetrovatelskou péčí. Respondenti v dotazníkovém šetření (viz tabulka 41) v 76,5 % odpověděli, že konfliktní situaci s rodinnými příslušníky zatím neměli, 17,6 % respondentů označilo ano, nejčastější příčinou (viz graf 4) nespokojenost rodiny s poskytovanou ošetrovatelskou péčí 28 %, nejnižší počet respondentů označil nespokojenost s chodem oddělení (3 %) a stagnující stav pacienta (3 %).

Řešení konfliktní situace rodina versus ošetrovatelský personál zachycuje graf 5, kdy konfliktní situace je nejčastěji (v 67%) řešena diskuzí. Dále řešení konfliktní situace zobrazuje tabulka 26, kdy 2 respondentky uvedly, že v jednom případě byla situace vyřešena omluvou hlavní sestry, druhá respondentka uvedla, že daný konflikt nakonec nebyl nikým řešen. V otázce, zda došlo ke konfliktní situaci mezi rodinou a lékařem (viz tabulka 25), všechny respondentky z řad rodin v kvalitativním šetření označily, že ke konfliktní situaci nedošlo. Konflikt je střetnutí protichůdných tendencí. Rozčlivený příbuzný totiž nebývá kolikrát rozzlobený na samotnou sestru, ale na situaci, ve které se

jeho rodinný příslušník nalézá. Pokud si tuto skutečnost uvědomíme, o to snáze můžeme některým konfliktním situacím předcházet.

Při zjišťování, zda-li rodiny mají omezený přístup k péči o apalického pacienta a co je toho příčinou, odpovídali respondenti jak v kvalitativním, tak i v kvantitativním šetření. Respondentky uvedly v rozhovorech (viz tabulka 6), že si uvědomují omezení možnosti zapojení rodin ke spolupráci (2 respondentky), a zbylé 2 respondentky uvedly, že neadekvátní přístup se na jejich oddělení zatím nevyskytuje.

K tomu, jak danou situaci neadekvátního přístupu rodiny ke spolupráci respondentky řešily (viz tabulka 8), 1 respondentka uvedla jako řešení diskuze a druhá respondentka uvedla, že daný problém nelze řešit. Podle našeho názoru negativistický přístup rodiny k pacientovi je opět dán fázemi psychických změn podle Elizabeth Kübler-Rossové. V našem případě se pravděpodobně jedná o fázi deprese. V této fázi mívají osoby různých charakterů odlišné projevy. Jedná se o stádium zatrpklosti, deprese, u některých osob i hněvu, vzteku, pocity nespravedlnosti. Švábová ve své publikaci *Nebojme se „příbuzných“* (51) uvádí, že komunikace a spolupráce rodiny s ošetřujícím personálem je velice důležitá a někdy může být i náročná. Často záleží na samotné sestře, zda-li se rodina pacienta stane naším spojencem, nebo přítěží. Těmito výsledky je potvrzena hypotéza, H3: *Vstřícná komunikace pozitivně ovlivňuje spolupráci sestry a rodiny po dobu celého pobytu.*

Rodiny, které apalickému pacientovi během hospitalizace věnují čas s cílem navázat kontakt, mohou průběhem času zjistit, že veškeré jejich přirozené intervence lze zařadit pod pojem bazální stimulace. Rodina získává průběžně inspiraci od sester a fyzioterapeutů a na jejich činnost může tak brzy navazovat, Wasilová *Bazální stimulace: zkušenost z laické péče o blízkého člověka* (12).

Na poslední výzkumnou otázku **Ovlivňuje spolupráce rodiny a zdravotnického personálu stav pacienta?** uvedlo 70,6 % respondentů jako odpověď použití konceptu bazální stimulace ( viz tabulka 44). Nejlepších pozitivních výsledků při zapojování rodiny do péče (viz tabulka 10) dosahují respondentky při implementaci prvků bazální stimulace. Stejně tak se domnívají, že zapojování rodiny do péče má pozitivní vliv (viz tabulka 13) na stav. Stejný názor mají i respondentky - rodinné



příslušnice (viz tabulka 30). Jak vysvětlila jedna respondentka, nejbližší rodina dává pacientovi to, co ošetřující personál věnovat v takové míře bohužel nemůže. V otázce, zda se rodina zapojuje do prvků bazální stimulace, respondentky uvedly, že aplikují prvky bazální stimulace, ale bez spolupráce ošetřujícího personálu. Podle našeho názoru se zdravotnický personál neobejde bez pacienta a stejně tak pacient se neobejde během hospitalizace bez své rodiny. Proto je nutné, aby rodina i zdravotnický personál spolu navzájem spolupracovali.

V otázce, zda se respondenti domnívají, že prvky bazální stimulace za spolupráce rodiny pozitivně ovlivňují stav pacienta (viz tabulka 46), respondentky v kvantitativním šetření v 75,3 % uvedly, že ano. Celkem 7,1 % respondentek uvedlo jiné, s vyjádřením, že si nejsou zcela jisty úspěchem bazální stimulace. Přibližně 70,6 % respondentek uvedlo, že používají na oddělení prvky bazální stimulace (viz tabulka 44) a 60 % respondentek zapojuje prvky bazální stimulace a vyučuje je rodinu (viz tabulka 45). Podle Friedlové (12) hlavním aspektem každého pracoviště využívajícího konceptu bazální stimulace je přítomnost a aktivita rodiny. Wasilová v literatuře Bazální stimulace: zkušenost z laické péče o blízkého člověka (12) důkladně popisuje, jak pečlivě se zapojovala v činnostech bazální stimulace s ošetřujícím personálem u svého manžela, kterému lékaři diagnostikovali vigilní koma. Celý ošetřující tým společným přístupem pomáhal k zlepšení stavu pacienta. Paní Wasilová přiznává, že není třeba neustále stimulovat pacienta, ale občas stačí jen držet pacienta za ruku, mlčet, uvolnit se a dát mu prostor. A právě takovéto situace jsou někdy největším uměním.

Další otázky se zaměřovaly na využívané prvky z bazální stimulace. Rodiny nejčastěji z bazální stimulace používají (viz tabulka 29) oblíbené obrázky, fotky a dále komunikaci. Podle dotazníkového šetření (viz graf 10) uváděli dotazovaní použití poslechu oblíbené hudby či hlasu rodinných příslušníků (13 %), dále je to komunikace s pacientem (12 %). Nejméně byla uvedena vibrační stimulace, a to pouze u 1 % respondentů. Dále podle respondentů nejvíce pozitivně ovlivňuje stav pacienta (viz graf 11) komunikace (21 %) a pozitivní efekt na pacienta dále má iniciativní dotek (12 %), nejmenší vliv na pacienta má dle respondentů čtení (2 % respondentek). Podobný výsledek byl prezentován v dotazníkovém šetření (viz graf 2) v otázce směřované ke

specifikování způsobu podpory pacientova vědomí a podvědomí. Zde byla nejčastěji označena odpověď poslech oblíbené hudby (25 %) a využití obrázků či fotek (24 % respondentů) nebo poslech hlasu rodinných příslušníků 19 %.

Jsme toho názoru, že pokud stimulace má splňovat svou funkci, nestačí jen, aby sestra pacienta napolohovala, masírovala, do rukou mu vkládala oblíbené předměty a nechala pacienta ležet na boku otočeného ke zdi několik hodin. Pokud stimulace má mít svůj význam, nesmíme nahlížet na apalického pacienta jako na nereagujícího jedince, kterému je vše lhostejné. Je třeba se dozvědět o pacientovi co nejvíce podstatných informací, které nám může dát právě rodina. Spolupracujeme s ní jako s poskytovatelem cenných informací, ale také jako se subjektem, který pacientovi věnuje víc, než může dát ošetřující personál, a to je láska.

Těmito výsledky je potvrzena hypotéza, H4: Sestra spolupracuje s rodinou apalického pacienta při implementaci prvků bazální stimulace.

## 6. Závěr

S rostoucí kvalitou zdravotní péče rostou i nároky na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. To se samozřejmě týká i apalických pacientů a jejich rodin. Rodina během hospitalizace apalického pacienta prochází rozmanitým obdobím změn a také se snaží hledat vnitřní, ale i vnější sílu, jak překonat překážky. Budeme-li vnímat rodinné příslušníky nikoliv pouze jako jedince, kteří trpí, ale také jako ty, kteří během tohoto období mají nespočet dojmů a získávají neustále nové znalosti a dovednosti, pomůžeme jim tuto nepříjemnou životní etapu překonat. Rodina tak získává postupně jistotu, ta se odráží dále i k přístupu k pacientovi a její péči o něj.

Cíle této práce byly celkem čtyři: zmapovat, co ovlivňuje spolupráci rodiny a zdravotnického personálu v péči o apalického pacienta, jaké jsou nejčastější problémy zdravotnického personálu při jednání s rodinou, v jakých oblastech péče o apalického pacienta probíhá spolupráce zdravotnického personálu a rodiny ve specializovaných pracovištích a zda péče zdravotnického personálu a rodiny ovlivňuje zdravotní stav apalického pacienta. Před začátkem výzkumu byly stanoveny následující čtyři výzkumné otázky:

Kdo edukuje rodinu v péči o apalického pacienta?

Co ovlivňuje interakci mezi rodinou a zdravotnickým personálem?

Jaké nedostatky se vyskytují při jednání s rodinou u pacienta s apalickým syndromem?

Ovlivňuje spolupráce rodiny a zdravotnického personálu stav pacienta?

Tyto otázky jsme zodpověděli ve výzkumné části práce. Na základě výsledků bylo zjištěno, že nejčastěji je rodina edukována lékařem, rehabilitačním pracovníkem a dále sestrou. Pro rodinu je zároveň důležitá spolupráce a poskytování informací ošetřujícím personálem. Nedostatky při jednání s rodinou jsou nejčastěji způsobené nedostatečnou komunikací a rodina s ošetřujícím personálem nejčastěji spolupracují v implementaci bazální stimulace, která pozitivně působí na stav pacienta.

Práci bude možné používat v praxi jako podklad pro vzdělávání studentů a odborné veřejnosti dané problematiky.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. Rodina a její význam pro nemocného. In *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6 přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2005. Kapitola 4.3, 96 -106 s. ISBN 80 - 247- 1197- 4
2. BÁRTLOVÁ, S. *Postavení laických pečovatелů v péči o seniory a nemocné*. Kontakt. České Budějovice: 2006. roč. 8., č. 2, s. 235-239. ISSN: 1212 - 4117
3. BATES, D. et col. *The Vegetative State - Guidance on diagnosis and management*. London: Royal College of Physicians of London, 2003. 17 s. ISBN: 1 - 86016 – 186 - 3
4. BREUER R. Die Manuelle Biofeedback Therapie BREUER. [online], 2010, [citováno 2010 - 20 - 3]. Dostupné z: <<http://www.biomeditec.de/>>.
5. ČECHOVÁ, V. – MELLANOVÁ, A. – ROZSYPALOVÁ, M. Psychoterapeutické přístupy k nevléčitelně nemocným a umírajícím. In *Speciální psychologie*. 1 vyd. Brno: NCO NZO, 2004. Kapitola 10.3, 133 – 138 s. ISBN: 80 – 7013 – 386 - 4
6. DOLEŽIL D., CARBOLOVÁ, K. Vegetativní stav (apalický syndrom). *Solen: Neurologie pro praxi*, 2007, č. 1, s. 27-31. ISSN: 1213-1814
7. DOUGLAS D. et al.. Neurotransmitter. *Brain Injury Patients Shows Success*. [online], 2008, [citováno 2010 - 18 - 3]. Dostupné z: <[http://www.shepherd.org/files/NeuroTransmitter %20Spring%202008.pdf](http://www.shepherd.org/files/NeuroTransmitter%20Spring%202008.pdf)>.
8. DRÁBKOVÁ, J. *Mozek- alfa a omega života*. [online], 2001, [citováno 2009 - 7 - 11]. Dostupné z: < <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/mozek-alfa-a-omega-zivota-136491>>.

9. DRÁBKOVÁ, J: Apalický syndrom. In *Medicína naléhavých a kritických stavů* 1. vyd. Brno: IDPVZ, 1992. 19 – 22 s. ISBN: 80 – 7013 – 115 - 2
10. DVOŘÁKOVÁ, Zdeňka. *O pacienty s poškozením mozku se v Česku nikdo nestará.* [online], 2001, [citováno 2009 - 7 - 11]. Dostupné z: <<http://www.cerebrum2007.cz/pro-media/vyslo-o-poraneni-mozku/114-o-pacienty-s-pokozenim-mozku-se-nikdo-nestara>>
11. FRIEDLOVÁ K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl.* 3. vyd. Praha: Institut Bazální stimulace s.r.o., 2009. 100 s. ISBN: 80 – 239 – 6132 - 2
12. FRIEDLOVÁ K. a kol. Bazální stimulace, zkušenost z laické péče o blízkého člověka. In: *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi. Sborník příspěvků. Historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace.* 1. vyd. Praha: Institut Bázální stimulace s.r.o., 2009. 63 – 69 s. ISBN: 978 – 80 – 254 – 5815 - 0
13. FRIEDLOVÁ K. Prvky bazální stimulace. In *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Institut Bázální stimulace s.r.o., 2007. Kapitola 4, 63 – 130 s. ISBN: 978 – 80 – 247 – 1314 - 4
14. GODOVÁ, D. Efektívna komunikácia jako prostriedok zlepšovania kvality zdravotnej starostlivosti. *Ošetrovatel'ský obzor: odborný časopis MZ SR*, Bratislava: MZ SR Slovenskej zdravotníckej univerzity, 2008, roč. 5, s. 42 - 44. ISSN 1336- 5606
15. GROFOVÁ, Z. *Výživa u paliativní péče.* [online], 2009, [citováno 2010 - 8 - 3]. Dostupné z: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/05/12.pdf>>
16. GROFOVÁ, Z. Nutriční podpora praktický rádce pro sestry. In *Enterální a parenterální výživa podle oborů intenzivní péče.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. Kapitola 3.7., 3.8., 57 – 67 s. ISBN: 978 – 80 – 247 – 1868 – 2

17. GRUENEROVÁ-LIPPEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN: 80-7262-317-6
18. GULÁŠOVÁ, I. *Úlohy zdravotnického pracovníka v aktivnej účasti zapojenia rodiny do liečby u pacienta s poruchami myslenia*. Kontakt. České Budějovice: 2006. roč. 8., č. 2, s. 235-239. ISSN: 1212-4117.
19. HOLČÍK, J – KAŇKOVÁ, P. – PRUDIL, L. Péče o zdraví a zdravotnictví jako systém. In *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektiva*. 1 vyd. Brno: NCO NZO, 2005. Kapitola 9, 28 – 29 s. ISBN 80-7013-417-8
20. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 92 s. ISBN: 80-7262-317-6
21. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCONZ, 2006. 240 s. ISBN: 80-7013-442-9
22. JANÁČKOVÁ L., PAVLÁT J. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1.vyd. Brno: Masarykova Univerzita. 111 s. ISBN 978- 80-210-4330-6
23. JUŘEČKOVÁ, Hana. Úloha rodiny a nejbližšího sociálního prostředí v ošetrovatelské péči. *Solen: Urologie pro praxi*. 2005. s.33. ISSN: 1213 - 1768
24. KABELKA L. a kol. Paliativní péče v perzistentním vegetativním stavu. In *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. Kapitola 7.4., 274 - 278 s. ISBN: 978 – 80 – 7262 – 505 - 5
25. KAPOUNOVÁ, G. Bazální stimulace. In *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. Kapitola 23.7., 206-208 s. ISBN: 80 – 247 – 0784-5

26. KAPOUNOVÁ, G. Apalický syndrom. In *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. Kapitola 23.5., 206-208 s. ISBN: 80 – 247 - 0784-5
27. KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo: Posúzenie zdravia rodiny*. [Díl] 1. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 690-691s. ISBN: 80 – 217 – 0528 - 0.
28. KRISTOVÁ, J. Význam komunikácie v ošetrovatel'stve. In *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martine: Osveta. 2004. Kapitola 5, 11-109 s. ISBN: 80 – 8063 – 160 - 3.
29. KRÁLÍČKOVÁ, I. Spolupráce rodiny v ošetrovatelském procesy. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 11, s. 469 – 472. ISSN: 1801 – 464x
30. KŘIVOHLAVÝ, J. – PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry: Návštěvníci pacientů dětských i dospělých*. 1. vyd. 2004. Praha: Grada publikacion, a.s. 62- 64 s. ISBN: 80-247-0784-5
31. KUTNOHORSKÁ, J., Etické principy předcházení konfliktům. In *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada publikacion, a.s. 2007. Kapitola 10., 90-94 s. ISBN: 978-80-247-2069-2
32. KUZNÍKOVÁ, M. Ošetrovatelská péče o pacienta s apalickým syndromem. *Sestra*. Praha: 2007. roč. 17, č. 6, s. 30-31. ISBN: 1210-0404
33. LAURAYS, S., et al. *Cerebral Function in Coma, Vegetative State, Minimally Conscious State, Locked-in Syndrome, and Brain Death*. [online]. 2001, [citace 2009 - 11 – 12]. Dostupné z: < [http://www.coma.ulg.ac.be/papers/vs/Coma\\_Yearbook2001.pdf](http://www.coma.ulg.ac.be/papers/vs/Coma_Yearbook2001.pdf)>.

34. LIŠKOVÁ, M. Pacient s coma vigile v domácí péči. *Porozumění-Florence*. Praha: 2008. roč. 1, č. 3, s. 10-11.
35. MARŠÁLKOVÁ, K. Apalický syndrom- vegetativní stav. *Sestra*. Praha: 2004, roč.14, č.1. s.35, ISSN: 1210-0404
36. MILOTOVÁ, K. – BENDÍKOVÁ, J. Péče o pacienty s apatickým syndromem a jeho specifika. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č.7-8, s. 73-74. ISSN: 1210-0404
37. MOLČANOVÁ, J. Enterální a parenterální výživa z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2008, roč. 4, č. 6, s. 14 – 15. ISSN 1801 – 1342
38. OPAVSKÁ, V. Pohled sestry na apalický syndrom. *Solen: Pediatrie pro praxi*. Praha: 2001. roč. 2, č. 4, s. 195-197. ISSN: 1213-0494
39. POKORNÁ, A. Efektivní komunikace. In *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCONZ. 2009. 33-39 s. Kapitola 9, 33-39 s. ISBN 978-80-7013-466-5
40. PROKOP M. J. Etická dilemata v paliativní péči, eutanázie. 2007/2008, [online]. [citace 2009 - 11 – 12]. Dostupné z: <<http://www.paliativnimedicina.cz/prilohy/310.pdf>>.
41. PUGGINA A. – ARAÚJO M. – SILVA M. *Messages from relatives of patients in coma: hope as common element*. [online]. 2007, [citace 2009 - 11 – 12]. Dostupné z: <[www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a03v21n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a03v21n2.pdf)>.
42. SHEPHERD CENTER. *About Shepherd Center*. [online], 2010, [citováno 2010 - 18 - 3]. Dostupné z: <<http://www.shepherd.org/about>>.



43. SKÁLA, Bohumil. Péče o pacienty se závažným chronickým onemocněním v ordinaci praktického lékaře. *Solen: Medicína pro praxi*. Praha: 2008. roč. 5, č. 6, ISBN: 1214-8687
44. SKÁLA, B. – SLÁMA, O. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 2005. ISBN 80-86998-03-7
45. SMALL S. Neurotransmitter. *Impact of Brian Injury on the Family*. [online]. 2008, [citováno 2009 - 12 - 6]. Dostupné z: <<http://www.shepherd.org/files/NeuroTransmitter%20Spring%202008.pdf>>. [cit. 2009 – 12 – 18].>
46. SMRČKA, M. *Klady a zápory péče o pacienta s poraněním mozku v České republice*. [online]. 2009, [citováno 2010 - 2 - 10]. Dostupné z: <<http://www.cerebrum2007.cz/ke-stazeni?func=startdown&id=12>>.
47. SUSAN B. Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice. In *The Role of the Family in Patient Education*. 3. vyd. Boston, MA: Jones and Bartlett, 2008. 191 – 193 s. ISBN: 978 – 07637 – 4643 – 8
48. SVOBODOVÁ, H. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. Praha: 2006. *Diagnóza v ošetrovatelství*. roč. 2, č. 3, s. 115-119. ISBN:1801-1349.
49. ŠÁNDOROVÁ. I. Bazální stimulace u klientů s DG. perzistentního vegetativní stavu. Praha: *Sestra příloha 9/08*. roč.18, č. 9, s. 8-9.
50. ŠURAŇOVÁ, E. – VITÁSKOVÁ, R. Apalický syndrom jako problém. *Sestra*. Praha: 2005. roč. 15, č. 10, s. 50-51. ISSN: 1210-0404.

51. ŠVÁBOVÁ, Z. Nebojme se příbuzných. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006. roč. 2, č. 3, s. 127-128. ISBN: 1801-1349.
52. ŠVESTKOVÁ, O. *Praktické zkušenosti s funkční diagnostikou v rehabilitaci pacientů po traumatickém poranění mozku*. [online]. 2009, [citováno 2010 - 2 - 18]. Dostupné z: <<http://www.cerebrum2007.cz/pro-media/43-clanky-o-problematicke-poranni-mozku/135-esky-zdravotni-system-a-rehabilitace-osob-po-poranni-mozku->>>.
53. URBANCOVÁ, S. Rehabilitační ošetrovatelství. *Ošetrovatelství-teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2001. roč. 3, č. 3-4, s. 98-99. ISBN: 1212-723X .
54. VAGNEROVÁ, Z. *Komunikace s pacientem v bezvědomí*. [online]. [citováno 2009 - 11 - 18]. Dostupné z: <<http://www.karim-vfn.cz/userfiles/image/download-arip/zakladni-modul/Komunikace.pdf>>.
55. VALLOVÁ, J. – ONDRUŠOVÁ, Z. Etika v zdravotníctve a význam etického kódexu zdravotníckeho pracovníka. *Ošetrovatel'ský obzor: odborný časopis*. Bratislava: MZ SR Slovenskej zdravotníckej univerzity. roč. 5, č.3, s. 107-108. ISSN 1336-5606
56. VANGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. Úvod do komunikace s nemocným člověkem. In *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. . 2006. Praha: Grada publikacion, a.s. 11- 14 s. ISBN: 80-247-0784-5
57. VĚTRÍČKOVÁ, P. Komplexní péče o pacienta ve vegetativním stavu. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 1, s. 30-31. ISBN: 1801 – 464X
58. ZADÁK, Z. Výživa v intenzivní péči. In *Enterální a parenterální výživa*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. Kapitola , 215 – 321 s. ISBN: 978 – 80 – 247 – 2844 – 5

59. ZIMMELOVÁ, P. Vliv ošetřovatelských odborníků na prevenci syndromu vyhoření. In: *Nové trendy v ošetřovatelství IV. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí IV. jihočeské ošetřovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. s. 483 – 486. ISBN: 80-7040-791-3

## **8. Klíčová slova**

Apalický pacient

Komunikace

Spolupráce rodiny v ošetrovatelské péči

Bazální stimulace u osob ve vegetativním stavu

## **9. Přílohy**

Příloha 1 Vývoj AS- zjednodušená modifikace podle Gerstenbranda

Příloha 2 Rozhovor s paní J. B. o pacientovi M.

Příloha 3 Dotazník pro zdravotnický personál

Příloha 4 Rozhovor pro sestry

Příloha 5 Rozhovor pro rodinné příslušníky

Příloha 1 Vývoj AS- zjednodušená modifikace podle Gerstenbranda

| Stadium                               | Hlavní příznaky  | Požadavky na oš. péči a rehabilitaci  | Klíčové dg. momenty úpravy   |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Počáteční                             | Bezvědomí, popř. křeče   | Komplexní resuscitační péče o bezvědomé, pasivní rehabilitace. Pozornost věnovat pouze a pohybům hlavy, prevence kašle a nesouladu s ventilátorem.                                | Trvalé bezvědomí, zavřené oči                                      |
| Přechodné                             | Bezvědomí, zívání, žvýkání, skřípání zuby, vegetativní krize: TK, P, D, neklid   | Totéž jako výše, klidné, přátelské oslovování jménem, pohlazení, poklepání.   | Otevřené oči bez upření pohledu                                    |
| Remise AS<br>Začátek                  | Občasná bdělost, polycyklický rytmus, poté často noční bdělost, střídá hluboký spánek. Otevřené oči s indiferentním výrazem, později překvapený až ustrašený výraz.                        | V době klidný, přátelský hovor, jednoduchá slova, krátká návštěva rodiny s instrukcí. Ukazovat nápadné barevné předměty (červená). Pohlazení, poklepání.                          | Upření pohledu na přátelskou výzvu, červený předmět v zorném poli. |
| Období negativis-<br>mu,<br>nelibosti | Masturbace, hypersexuální projevy, poškrabování, "cumlání" prstů, vkládání věcí do úst, držení hračky. Inverze dne a noci, drobné "naschvály", potměšilý výraz, výraz nelibosti, odmítání. | Dbát o bezpečnost pacienta, "palčáky", trvale přátelská motivace, slovní i neverbální pochvala, přátelské pokárání, návštěvy, hračky, mluvící kanyla. Hygienický nácvik- začátek. | Vyjádření nelibosti libosti  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Období přechodu do pozitivního chování | Hyperaktivní chování, zájem o okolí, obliba vyvolené sestry, vyjádření libosti při pochvale a pohlazení. Viditelný vliv návštěv a kontaktu.                             | Dbát o bezpečnost, zaměstnat další návštěvy. Tréning stereotypů. Poslech hudby, složitější hovor. Aktivní rehabilitace. Konzilium psychologa.            | Rozlišení libosti a nelibosti. Zvuk, slovo.       |
| Období složitějších forem chování      | Postupná úprava hyperaktivity. Emocionální závislost. Neschopnost si vyžádat jídlo a pití. Jednoduché formy chování. Rozlišení staré a nové paměti. Stereotypy chování. | Tréning složitějších stereotypů, chování, kontaktu. Složitější rozhovor. Výběrové TV. Testování a doplňování výpadků paměti. Nácvič režimu jídla a pití. | Věta, složitější typ chování                      |
| Výsledný stav                          | Emocionální instabilita, zhoršená soustředěnost, snadná psychická únavnost.   | Chráněné prostředí.  | Schopnost naučit se novému, správné sebehodnocení |

## Příloha 2 Rozhovor se setrou v domácí péči v Rakousku

Tento rozhovor byl uskutečněn v Rakousku, na jaře 2010. Z důvodu dodržení ochrany osobních dat jsou citlivé údaje zkrácené.

### 1. Povězte mi něco o sobě?

V České republice pracovala paní J. na chirurgickém oddělení JIP. V Rakousku nyní bydlí a žije v rodině apalického pacienta M., jeho manželky V. a s dětmi již 4,5 let.

Paní J. pracuje na živnostenský list jako domácí sestra s 24 hodinovou péčí. Klima dnešní rodiny je srdečné, klidné, vyrovnané a to je především znát na samotném pacientovi.

### 2. Péče o M.?

M. byl uložen po úraze na neurologickou JIP. Rodina navštěvovala M. dle návštěvní hodiny oddělení. Po 2 dnech byla provedena kraniotomie, zavedena tracheostomická kanyla, PEG, měl zavedenou pumpu s Baclofenem. M. pravidelně sestry aplikovaly prvky bazální stimulace. O účinnosti bazální stimulace není jak rodina, tak i paní J., zcela přesvědčena. Spíše se domnívají, že M. nepůsobila prospěšně. Manželka V. uvedla, že personál v nemocnici byl velice milý a vstřícný. Pouze byla nespokojena s nedostatkem personálu, který se tak nemohl dostatečně věnovat M.

Po 2,5 měsících byl přeložen do rehabilitační léčebny v H., zde byly návštěvní hodiny zcela neomezené. Celková doba pobytu byla 6 a půl měsíce. Pravidelně za ním docházel například fyzioterapeut, logoped, čas trávil na šlapacím kole a celou dobu hospitalizace byl civilně oblékaný.

Poté byl přeložen do domácí péče. M. byl diagnostikován apalický syndrom se 7. stupněm postižení. M. dostává pravidelně pečovatelský důchod a to je 1 500 Eur, k tomu získává invalidní důchod (dle odpracovaných let a výše platu) což je 1000 Eur, jak uvedla rodina, na rakouské poměry se jedná o nízký invalidní důchod. Manželka V. získává pro domácí sestru pravidelné dávky od státu, která pokryje poloviční dávku platby. M. hradí veřejná zdravotní pojišťovna pouze některé pomůcky jako jsou



pomůcky na moč sáčky se speciálním trychtýřem (ve tvaru prezervativu) a určitý počet plen. Zbytek si musí hradit rodina. Přibližně první rokem, Jana aplikuje na M. Manuelle Biofeedback Therapie Breuer“, díky této terapii je M. bez Baclofenu a nemá žádné spazmy. Paní J. také uvádí, že vždy s M. „komunikuje“ o jakýchkoliv činnostech.

### 3. Jaká se spolupráce s rodinnými příslušníky v domácí péči v Rakousku?

Paní J. si nemůže vynachválit spolupráci a přístup rodiny. V západních zemích, včetně Rakouska, jsou rodiny zvyklé na pomocnice v domácnostech. J. není jen sestra v domácnosti, jak uvedla, ona je součástí rodiny. Vždy je zvaná na rodinné oslavy, párty, pravidelně si všichni dávají dárky. Tento přístup k domácím sestřím je všude většinou stejný.

### 4. Jaké je začlenění manželky V. do ošetrovatelské péče?

Paní J. pečuje u M. o jeho tělo a samozřejmě i duši. Manželka V., je-li potřeba a chce se zapojit péče spolupracuje aktivně s paní J. Manželka V. se spíše stará o domácnost. Přesto se vždy obě snaží činnosti spojit a navzájem se podporují a pomáhají.

### 5. Spolupracujete ještě s jinými odporníky? Uved'te příklad...

Pravidelně ji za M. docházel fyzioterapeut, logoped. Nyní aplikuje Manuelle Biofeedback Therapie Breuer a stále je ve spojení s lékaři. Paní J. dále uvedla důležitou a přitom krásnou informaci. M. je zdravý, i když je to apalický pacient. Je to mladý, zdravý a šťastný člověk, který navíc nebere žádné medikamenty kromě (anireflexívum). S kým také velice spolupracuje, není zdravotnický personál, ale jejich rodinní přátelé, kteří M. a jeho manželku V. navštěvují každý den.

### 6. Povězte mi o pozitivních výsledcích z hlediska spolupráce v péči o M.?

Pozitivními aspekty, za které je paní J. velice hrdá je komunikace. M. s okolím komunikuje pomocí mrkání víček, na znamení „ano“. Dále, že je M. zcela bez medikamentů a spasmu svalstva, ale především všichni vědí, že je spokojený.

### Příloha 3 Dotazník pro zdravotnický personál

Dobrý den.

Ráda bych Vás požádala o pomoc při realizaci šetření, který se zabývá efektivností spolupráce zdravotnického personálu a rodiny v péči o apalického pacienta. Dovolte mi proto, položit Vám několik otázek týkajících se této problematiky. Dotazník je zcela anonymní a všechny Vaše odpovědi, budou sloužit pouze pro účely výzkumu a nebudou nikde zveřejňovány. Děkuji Vám za Váš čas věnovaný na vyplnění dotazníku, také děkuji za spolupráci a Vaší upřímnost v odpovědích. Doufám, že výsledky šetření budete třeba moci využít právě Vy ve Vaší praxi!

Děkuji

Bc. Kristina Lišková  
Zdravotně sociální fakulta JU  
České Budějovice

#### **1. Označte prosím oddělení, na kterém pracujete?**

- ❖ OCHRIP
- ❖ Apalická jednotka
- ❖ Jiné:.....

#### **2. Jak dlouho pracujete s apalickými pacienty na Vašem pracovišti?**

- ❖ 0 – 5 roky
- ❖ 6 – 10 let
- ❖ 11 - 15 let
- ❖ 16 a více

**3. Na Vašem pracovišti pracujete jako?**

- ❖ Sestra
- ❖ Rehabilitační pracovník
- ❖ Jiné:.....

**4. Myslíte si, že vzdělání rodinných příslušníků ovlivňuje edukaci (proces výchovy a vzdělávání) zprostředkovanou zdravotnickým personálem na Vašem pracovišti?**

- ❖ Určitě ano
- ❖ Spíše ano
- ❖ Určitě ne
- ❖ Spíše ne

**5. Myslíte si, že náboženské vyznání rodinných příslušníků ovlivňuje edukaci (proces výchovy a vzdělávání) zprostředkovanou zdravotnickým personálem na Vašem pracovišti?**

- ❖ Určitě ano
- ❖ Spíše ano
- ❖ Určitě ne
- ❖ Spíše ne

**6. Myslíte si, že „neúplná rodina - nefunkční rodina“ ovlivňuje edukaci (proces výchovy a vzdělávání) zprostředkovanou zdravotnickým personálem na Vašem pracovišti?**

- ❖ Určitě ano
- ❖ Spíše ano
- ❖ Určitě ne
- ❖ Spíše ne

**7. Edukujete (proces výchovy a vzdělávání) na Vašem pracovišti rodinné příslušníky při poskytování ošetrovatelské péče?**

- ❖ Ano
- ❖ Ne
- ❖ Jiné:.....

**8. Pokud ano, při jakých činnostech nejčastěji edukujete rodinné příslušníky? (možno více odpovědí)**

- ❖ Edukace související s častými návštěvami
- ❖ Edukace související s ovlivnění vědomí a podvědomí pacienta pomocí (wolkmen, oblíbené vůně...)
- ❖ Edukace související s hygienou pacienta
- ❖ Edukace související s péčí o kůži a sliznici pacienta
- ❖ Edukace související s polohováním pacienta
- ❖ Edukace související s výživou pacienta
- ❖ Edukace související s verbální a nonverbální komunikací s pacientem
- ❖ Edukace související s prvky bazální stimulace
- ❖ Edukace související o dýchací cesty
- ❖ Edukace související s rehabilitací
- ❖ Neprovádím
- ❖ Jiné:.....

**9. Edukujete-li rodinné příslušníky v souvislosti podpory pacientova vědomí, podvědomí a podpory jaké prostředky k pacientovi nejčastěji s rodinou používáte?**

- ❖ Oblíbená vůně
- ❖ Poslech oblíbené hudby
- ❖ Poslech hlasu rodinných příslušníků přes wolkmen
- ❖ Poslech relaxační hudba
- ❖ Obrázky či fotky

❖ Neprovádíme žádný z uvedených metod

❖ Jiné:.....

**10. Myslíte si, že průběžná edukace pozitivně ovlivňuje přístup rodinných příslušníků ke spolupráci?**

❖ Ano

❖ Ne

❖ Jiné:.....

**11. Doufá rodina při hospitalizaci svého rodinného příslušníka v zlepšení jeho stavu?**

❖ Velmi často

❖ Často

❖ Občas

❖ Zřídka

❖ Nikdy

**12. Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody, které omezují nebo brání rodině ve spolupráci se zdravotnickým personálem? (možno více odpovědí)**

❖ Odmítavý postoj rodiny k nemocnému

❖ Harmonogram návštěvních hodin

❖ Nedostatek času rodinných příslušníků

❖ Strach z ublížení nemocnému

❖ Nedostatek vědomostí

❖ Nedostatek dovedností

❖ Nedostatek soukromí

❖ Nemocniční prostředí

**13. Jak často dochází ke konfliktním situacím Vás s rodinou na Vašem oddělení?**

- ❖ Velmi často
- ❖ Často
- ❖ Občas
- ❖ Zřídka
- ❖ Nikdy

**14. Měl/a jste Vy sam/a někdy konflikt s rodinnými příslušníky ? ( Pokud odpovíte ne, pokračujte v otázce č.17)**

- ❖ Ano
- ❖ Ne
- ❖ Nevím

**15. Pokud jste odpověděl/a ano, určete prosím důvod? (možno více odpovědí)**

- ❖ Nespokojenost rodiny s poskytovanou zdravotnickou péčí
- ❖ Nespokojenost rodiny s poskytovanou ošetrovatelskou péčí
- ❖ Nespokojenost rodiny při poskytování ošetrovatelské péče
- ❖ Nespokojenost s chodem oddělení
- ❖ Nespokojenost s poskytovanými informacemi
- ❖ Špatná komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky
- ❖ Odmítavým postojem k pacientovi
- ❖ Jiné:.....

**16. Jakým způsobem vzniklou konfliktní situaci řešíte?**

- ❖ Diskuzí
- ❖ Hádkou
- ❖ Neřeším
- ❖ Pomocí další osoby

**17. Co pro Vás znamená spolupráce rodiny v péči o apalického pacienta?**

- ❖ Ztrátu času
- ❖ Přítěž
- ❖ Pomoc v péči
- ❖ Poskytovatelé informací
- ❖ Nic mi nepřináší

**18. Zapojujete rodinné příslušníky do ošetrovatelské péče o pacienta?**

- ❖ Ano, vždy
- ❖ Ano, projevují-li zájem
- ❖ Ne
- ❖ Je-li dostatek času
- ❖ Záleží na druhu péče
- ❖ Jiné:.....

**19. Zapojují se rodinní příslušníci průběžně do ošetrovatelské péče o pacienta na Vašem pracovišti?**

- ❖ Ano, jsou zapojováni a zapojují se
- ❖ Jsou zapojováni a nezapojují se
- ❖ Ano, sami se zapojují
- ❖ Ne, nezám rodiny
- ❖ Jiné:.....

**20. Pokud jste odpověděla „ano“ , určete prosím v kterých oblastech rodina spolupracuje v péči o pacienta? (možno více odpovědí)**

- ❖ péče související s hygienou pacienta
- ❖ péče související s péčí o kůži a sliznici pacienta
- ❖ péče související s polohováním pacienta
- ❖ péče související s výživou pacienta
- ❖ péče související s komunikací pacienta

- ❖ péče související s aplikací bazální stimulace
- ❖ péčí související do dýchací cesty

**21. Informace o změnách ošetrovatelského stavu pacienta podáváte?**

- ❖ Vždy při každé návštěvě rodinných příslušníků
- ❖ Pokud se rodina zeptá
- ❖ Nepodávám
- ❖ Jiné:.....

**22. S jakými dalšími odborníky může rodina spolupracovat na Vašem oddělení? (možno více odpovědí)**

- ❖ Ergoterapeut
- ❖ Fyzioterapeut
- ❖ Psycholog
- ❖ Duchovní pracovník
- ❖ Muzikoterapeut
- ❖ Logoped
- ❖ Neuropsycholog
- ❖ Jiní:.....

**23. Jaké prostředky využíváte k motivaci rodinných příslušníků ve spolupráci v péči o pacienta? (možno více odpovědí)**

- ❖ Začlenění rodinných příslušníků do léčebného procesu
- ❖ Pochvala, podpora a vybízení k činnosti
- ❖ Možnost kontaktu s ostatními rodinnými příslušníky
- ❖ Psychologickou pomoc
- ❖ Úspěchy spolupráce u jiných apalických pacientů
- ❖ Nijak
- ❖ Jiné:.....



**24. Zapojujete v péči o pacienta prvky bazální stimulace na Vašem pracovišti ?**

- ❖ Ano
- ❖ Ne

**25. Učíte rodinné příslušníky prvkům bazální stimulace ? (pokud ne, dále již vyplňujte č. 27)**

- ❖ Ano
- ❖ Ne

**26. Pokud ano, o které prvky se jedná?**

.....

.....

.....

.....

**27. Myslíte si, že spolupráce s rodinou při implementaci prvků bazální stimulace ovlivňuje stav pacienta?**

- ❖ Ano
- ❖ Ne
- ❖ Jiné:.....

**28. Pokud ano, jaká činnost ve spolupráci s rodinnými příslušníky se Vám nejvíce prokázala?**

.....

.....

.....

#### Příloha 4 Rozhovor pro sestry

1. Informační otázka: Jak dlouho pracujete s apalickými pacienty a na jakém pracovišti?
2. Myslíte si, že edukace a tím i spolupráce rodinných příslušníků v péči o pacienta ovlivňuje vnější vlivy jako je např. náboženské vyznání, neúplnost (nefunkčnost) rodiny, vzdělání, prostředí?
3. Kdo všechno se podílí na edukaci rodinných příslušníků na Vašem pracovišti? Prosím uveďte příklady?
4. Co si představíte pod pojmem „rodina jako spolupracovník v ošetrovatelském procesu v péči o apalického pacienta“...
5. V jakých ošetrovatelských činnostech se rodina aktivně angažuje? A v jakých činnostech je reálná jejich spolupráce?
6. Vnímáte problémy z hlediska přístupu rodinných příslušníků ke spolupráci v péči o apalického pacienta? Jaké to jsou? Lze je vyřešit?
7. Jak probíhá na Všem pracovišti edukace rodinných příslušníků? (průběh- fáze, edukační materiál, osoby edukující, záznam či formuláře o edukaci)
8. Při poskytování kterých činností dosahujete zapojením rodinných příslušníků nejlepších výsledků?
9. Dochází ke konfliktním situacím mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky? Jaké jsou nejčastější příčiny?

10. Vidí sestry či pozorují změnu zdravotního stavu pacienta, kdy jsou do péče začlenění rodinní příslušníci a u pacienta kde rodina nespolupracuje?

## Příloha 5 Rozhovor rodinní příslušníci

1. Jaký je Váš příbuzenský vztah k vašemu rodinnému příslušníkovi?
2. Edukuje Vás zdravotnický lékařský i nelékařský personál v péči o pacienta na tomto pracovišti? Pokud ano, určete který personál?
3. Nabízí Vám nebo máte možnost využít k edukaci i jiné osoby, které nejsou zaměstnanci daného pracoviště?
4. S kterými členy zdravotnického týmu či ošetrovatelského týmu Vy sami konzultujete průběžnou spolupráci a tím i péči o pacienta?
5. Co Vy a čas? Věnuje Vám zdravotnický personál dostatek času například z hlediska nábídky dovedností, v poskytování informací, konzultaci, návštěvám?
6. Jak na Vás působí samotné prostředí? Ovlivňuje Vás v péči o pacienta?
7. Je prostředí na tomto oddělení dostatečně přizpůsobené Vašemu rodinnému příslušníkovi? Co by jste změnil/a? A jak se v něm angažujete?
8. Jak by jste dle Vašeho názoru charakterizoval/a přístup personálu k Vám?
9. Získáváte dostatek informací o stavu rodinného příslušníka a léčbě od lékaře na oddělení? A jste s poskytovanými informacemi spokojen/á?
10. Získáváte dostatek informací o možnostech spolupráce při ošetrovatelské péči od sester?

11. Vyskytla se konfliktní situace mezi Vámi a ošetrovatelským personálem při poskytování ošetrovatelské péče Vašemu rodinnému příslušníkovi? Co bylo příčinou?

12. Vyskytla se konfliktní situace mezi Vámi a lékařem při poskytování péče Vašemu rodinnému příslušníkovi? Co bylo příčinou?

13. Jak byl dále daný problém vyřešen?

14. Spolupracujete a zapojujete se do péče o Vašeho rodinného příslušníka? V jakých oblastech spolupracujete?

15. Zapojujete se do prvků bazální stimulace? Nebo jiných výkonů např. Vojtova metoda? Popište mi jak v nich spolupracujete?

16. Máte pocit, že efektivnost spolupráce s ošetrovatelským personálem ovlivnila zdravotní stav Vašeho příbuzného? (pozitivně nebo negativně)

