

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Světlá Kořínková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Světlá Kořínková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ÚSKALÍ PÉČE O PACIENTA
S APALICKÝM SYNDROMEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Moučková Miroslava

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 23. 3. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Velice ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Miroslavě Moučkové za odborné vedení práce, za ochotu, trpělivost a cenné rady při zpracování této práce. Dále děkuji panu MUDr. Jiřímu Bergrovi za poskytnutí podnětných rad. Mé rodině a přátelům děkuji za velkou podporu.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STRUČNÁ ANATOMIE MOZKU.....	12
2 VĚDOMÍ A JEHO PORUCHY.....	14
2.1 Kvalitativní poruchy vědomí.....	14
2.2 Kvantitativní poruchy vědomí.....	14
3 APALICKÝ SYNDROM	15
3.1 Historie apalického syndromu.....	16
3.2 Příčiny	16
3.3 Projevy	16
3.4 Diagnostika	17
3.5 Průběh	19
3.6 Léčba.....	20
3.7 Komplikace	21
3.8 Prognóza.....	21
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S APALICKÝM SYNDROMEM	22
4.1 Hygienická péče, péče o pokožku.....	22
4.2 Péče o dýchací cesty.....	24
4.3 Péče o výživu	26
4.4 Péče o vyprazdňování	28
4.5 Péče o invazivní vstupy.....	30
4.5.1 Péče o tracheostomii.....	30
4.5.2 Péče o permanentní žilní katétr	31
4.5.3 Péče o centrální žilní katétr	31
4.5.4 Ošetřování nazogastrické sondy	32
4.5.5 Ošetřování PEG	32
4.5.6 Péče o permanentní močový katetr.....	32
4.6 Komunikace	33
4.6.1 Komunikace s apalickým pacientem	33
4.6.2 Komunikace s rodinou nemocného	34

4.7 Rehabilitační ošetřování.....	35
4.8 Bazální stimulace	36
4.8.1 Desatero bazální stimulace	38
PRAKTICKÁ ČÁST	39
5 FORMULACE PROBLÉMU	39
6 CÍL A ÚKOL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	39
6.1 Hlavní cíle	39
6.2 Dílčí cíle	39
7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
8 METODIKA	40
9 VZOREK RESPONDENTŮ	41
10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	41
10.1 Přepis rozhovorů s respondenty	41
10.2 Souhrn informací o respondentech.....	57
10.3 Analýza cílů bakalářské práce.....	57
11 DISKUZE	63
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHY	

ANOTACE

Příjmení a jméno: Kořínková Světlá

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Úskalí péče o pacienta s apalickým syndromem

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Moučková

Počet stran: číslované 59, nečíslované 19

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: apalický syndrom - péče - ošetrovatelství - bazální stimulace - komunikace - problém

Souhrn:

Téma mé bakalářské práce je Úskalí péče o pacienta s apalickým syndromem. Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části je uvedena anatomie mozku a stručná charakteristika vědomí a jeho poruch. Další částí práce je popis apalického syndromu a jeho historie, příčin, příznaků, průběhu, diagnostiky, léčby, komplikací, prognózy a ošetrovatelské péče u pacienta s apalickým syndromem.

V praktické části se zjišťuje za pomoci kvalitativního šetření, metodou polostrukturovaného rozhovoru úskalí v ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem. Na některá úskalí se práce zaměřuje a zkoumá, jak o nich smýšlí všeobecné sestry. Práce se snaží zviditelnit problém ošetrování nemocných s apalickým syndromem, kteří nemají dobrou prognózu, a jejich léčba vyžaduje dlouhodobou kvalitní ošetrovatelskou péči.

ANNOTATION

Surname and name: Kořínková Světa

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Difficulty of care for apallic patient

Consultant: Mgr. Miroslava Moučková

Number of pages: 59, unnumbered pages 19

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 35

Key words: Apallic syndrome – nursing care – basal stimulation – communication - problem

Summary:

Topic of my bachelor's assignment is Difficulty of nursing care for a patient with apallic syndrome. The assignment is divided into theoretical and practical parts. Theoretical part concentrates on brain anatomy, short characteristic of consciousness and its malfunction. More detailed information about the meaning of apallic syndrome and its history, causes, symptoms, progress, diagnostics, treatment, complications, prognosis and nursing care.

Practical part is focusing on quantitative investigation, using an interview method about difficulties of nursing care for a patient in persistent vegetative state and a view of the nurses on this issue. Next focus is whether it is more beneficial for the apallic patient to be cared by male or female nurse and if length of experience projects into care of apallic patients.

„Vnímám tak dlouho, dokud dýchám.“

Mgr. Karolína Friedlová

ÚVOD

Úroveň profesionální resuscitační péče se neustále zvyšuje. V posledních letech nastal v záchraně lidských životů velký posun. Svědci nehod nebo jiného ohrožení života mohou okamžitě přivolat profesionální záchránce, protože dnes vlastní mobilní telefon téměř každý člověk. Na místech s větší koncentrací lidí, jako jsou například sportovní stadiony či velká nákupní střediska je možné čím dál častěji vidět automatický externí defibrilátor, který velmi snadným ovládním vyhodnocuje a poskytuje defibrilační výboje při zástavě krevního oběhu. Výrazný posun nastal i u profesionálních záchranářů a úroveň navazující nemocniční péče zaznamenala také obrovský pokrok.

I přes současné vymoženosti, je potřebný čas dodávky kyslíku k mozkovým buňkám stále stejně neúprosný. Záchranářům se podaří obnovit vitální funkce, ale při delším vystavení mozku nedostatkem kyslíku, mozek zůstává i nadále poškozen a může být diagnostikován apalický syndrom. Bohužel, incidence nemocných, kteří jsou postiženi tímto onemocněním, stále stoupá.

Toto téma jsem si vybrala proto, že jsem měla možnost pracovat s apalickými pacienty na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. I přesto, že jsem s těmito pacienty pracovala pouze rok, mohu konstatovat, že péče o tyto nemocné byla pro mne fyzicky i psychicky velmi náročná. Všimla jsem si i dalších zvláštností při péči o tyto nemocné, např. svízelné komunikace s nemocným. Také vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci těchto nemocných a jejich zpravidla neměnnému zdravotnímu stavu, vyžadovala situace daleko větší spolupráci s rodinou nemocného. Všimla jsem si, že rodiny apalicky nemocných na jednu stranu cítí velikou potřebu a chuť zapojit se do péče o své nemocné, ale na druhou stranu, se „bojí a neví jak na to“. Proto je mým cílem zpracovat úskalí péče o apalicky nemocné z pohledu ošetřujícího personálu, který tuto péči poskytuje.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STRUČNÁ ANATOMIE MOZKU

Základní stavební a funkční jednotkou nervové soustavy je nervová buňka - neuron. Neuron přenáší a zpracovává signál. Skládá se z buněčného těla, ze kterého vybíhá jeden výběžek vedoucí vzruchy směrem od buňky - axon (neurit) a více menších výběžků přivádějících vzruchy k buňce - dendrity. Axony vytvářejí nervová vlákna a jejich svazky tvoří nervy vystupující z mozku a míchy. Přenos vzruchů z jednoho neuronu na druhý se uskutečňuje v synapsích. Každý přenos vzruchů neuronem musí mít svoji vstupní část - receptor. Receptory informace nejen přijímají, ale dále je i zpracovávají. Informace je ze vstupní části vedena axonem a převedena synapsí na výkonný orgán, zvaný efektor, nebo na jiný vstup. Reflex je funkční jednotkou centrálního nervového systému. Je určován reflexním obloukem složeným z pěti částí, a to receptor, dostředivá vlákna, centrum, odstředivá vlákna a efektor.

Nervový systém obsahuje kromě neuronů gliální buňky. Mají důležitou roli ve výživě neuronů a schopnost fagocytózy.

Mozek a hřbetní mícha jsou chráněny třemi obaly. Prvním je silný vazivový obal, který nazýváme tvrdá plena. Měkké pleny tvoří pavučnice a omozečnice. Mezi plenami je epidurální prostor (mezi periostem a tvrdou plenou), subdurální prostor (mezi tvrdou plenou a pavučnicí) a subarachnoidální prostor vyplněný mozkomíšním mokem (mezi omozečnicí a pavučnicí).

Mozkový kmen je složen z prodloužené míchy, Varolova mostu, mozečku a středního mozku. V prodloužené míše, mostu a středním mozku se rozprostírají nervové buňky, mezi kterými prostupují nervová vlákna. Nazýváme je retikulární formace. Neuronové sítě retikulární formace tvoří shluky buněk se složitými synapsemi. Retikulární formace řídí činnost somatických a autonomních funkcí a vzájemně je koordinuje. Podílí se ve spojení s koncovým mozkiem a ostatními oddíly centrální nervové soustavy na podmíněných reflexech, kontroluje životně důležitá centra, řídí vztahy mezi podrážděním a útlumem, ovlivňuje řízení bdění a spánku, tonizuje mozkovou kůru a hraje roli při udržování napětí a polohy těla. V prodloužené míše a Varolově mostě jsou centra pro řízení životně důležitých reflexů krevního oběhu,

reflexu dýchacího a reflexů trávicích. Mozeček je uložen v zadní jámě lební a jeho funkcí je udržování vzpřímeného postroje těla, účastní se na koordinaci pohybů končetin a řízení svalového napětí. Střední mozek je uložen mezi zadním a předním mozkem a má význam pro řízení hybnosti, v akomodaci očí, zužování zornice a směřování obou očí do směru pozorovaného předmětu. Jsou zde podkorová centra zraku a sluchu pro opticko-motorické a akusticko-motorické reflexy.

Mezimozek patří k přednímu mozku a skládá se z thalamu, metathalamu, epithalamu, hypothalamu a subthalamu. Thalamus je největší částí mezimozku. Mluvíme o „bráně vědomí“. Funkcí některých jader je obstarávat spojení s ostatními částmi kůry a s bazálními ganglii koncového mozku. Thalamem probíhají senzitivní dráhy a dráhy čichové. Metathalamus obsahuje kolínkovitá tělesa. Většina vláken zrakové dráhy se přepojuje v zevním tělese a pokračuje do kůry mozkové. Přeřadovací stanici sluchové dráhy představuje vnitřní těleso. K epithalamu patří i šišinka a habenuární jádra, ve kterých dochází k přepojování části čichové dráhy do středního mozku.

Hypothalamus tvoří hlavní podkorové regulační centrum autonomních funkcí. Subthalamus má jádra šedé hmoty umístěná pod thalamem, jsou funkčně zapojená do mimopyramidových drah.

Koncový mozek se skládá ze dvou hemisfér a ty jsou v hloubce spojeny kalózním tělesem. Na povrchu každé hemisféry jsou brázdy, které člení povrch na závitě. Prostřednictvím brázd se koncový mozek dělí na čelní, temenní, týlní a spánkový lalok.

Povrch mozku pokrývá šedá hmota neboli mozková kůra. Je silná 2 - 5 mm. V mozkové kůře lze rozlišit několik vrstev, které se od sebe liší. Obvykle jich určujeme šest. Mozková kůra nemá všude stejnou stavbu a stejný funkční význam. To umožňuje vytvořit mapu určitých oblastí stejného vzhledu. Brocovo motorické centrum řeči je umístěno v dolní části čelního laloku, motorická oblast s velkými pyramidovými buňkami je v čelním laloku. Wernickeovo sensorické centrum řeči a korová sluchová oblast jsou ve spánkovém laloku. Senzitivní oblast leží v temenním laloku. Zrakové centrum leží po obou okrajích ostruhové rýhy a čichové centrum se popisuje na vnitřní ploše hemisféry. Chuťová oblast leží v dolní části gyrus postcentralis. V kůře existují asociační oblasti, ve kterých dochází ke sdružování informací, fixování do paměti a souborným dějům. Kortikální funkce jsou nejvyšší činnosti, které nervový systém člověka vykonává (1,2,3,4).

2 VĚDOMÍ A JEHO PORUCHY

Vědomí je stav, kdy jedinec správně vnímá sebe i své okolí a na podněty vnějšího a vnitřního prostředí je schopen správně reagovat. Stav plného vědomí je zajišťován plně funkční mozkovou kůrou a ascendentním retikulárním aktivačním systémem mozkového kmene a thalamu.

Vědomí lze rozdělit na dva typy. Vigilita udává míru schopnosti reagovat na okolní prostředí, v průběhu dne kolísá. Lucidita určuje hloubku a obsah bdělého stavu. Poruchy vědomí dělíme na poruchy kvalitativní a kvantitativní.

2.1 Kvalitativní poruchy vědomí

Pojmem kvalitativní porucha vědomí rozumíme poruchy obsahu vědomí a jeho jasnosti, poruchy myšlení, poruchy vnímání (iluze, halucinace), sebeuvědomování, ztráta pozornosti, motorický neklid, amence, delirium. Synkopa je stav krátce trávající ztráty vědomí, který je způsoben přechodnou poruchou mozkové perfuze (1,5).

2.2 Kvantitativní poruchy vědomí

Kvantitativní porucha je porušení bdělosti a projevuje se snížením bdělého stavu různého stupně od ospalosti a lehčího motorického útlumu až po bezvědomí. Dělíme je podle intenzity útlumu na somnolenci, sopor a kóma.

Somnolentní pacient je spavý, lze ho probudit verbálním nebo taktilním podnětem. Hlubší porucha vědomí je sopor. Nemocného nelze probudit slovním podnětem, spíše až intenzivnější, často bolestivou stimulací. Kóma je stav hlubokého bezvědomí, pacient nereaguje na vnější podněty a kontakt s ním je nemožný. Reakce na bolestivý podnět je jen reflexní odpověď. Může dojít i k zástavě spontánního dýchání. Tento stav je nazýván areaktivní kóma a může vyústit v mozkovou smrt. Těžké případy bezvědomí mohou přecházet ve vigilní kóma neboli apalický syndrom (1,6).

Pro zhodnocení stavu vědomí se používá Glasgowská stupnice bezvědomí (GCS, Glasgow Coma Scale). Hodnotí se přidělováním bodů: otvírání očí, verbální reakce, motorická odpověď na slovní a bolestivý podnět (viz Příloha č. 1). Maximální počet bodů je při plném vědomí 15, minimum 3 body (7).

3 APALICKÝ SYNDROM

Apalický syndrom, vegetativní stav a vigilní nebo také prolongované kóma jsou synonyma označující zvláštní typ poruchy vědomí, která následuje po poškození mozku. V této práci bude dále užíváno termínu apalický syndrom (8).

Při apalickém syndromu je porušeno spojení mozkové kůry s podkorovými strukturami a je postižena retikulární formace kmene. Autonomní funkce hypotalamu a mozkového kmene jsou úplně nebo jen částečně zachovány. Apalický syndrom je popisován, jako stav pacienta, který si neuvědomuje sebe a ani své okolí (5,9).

Jako první ho definoval Ernst Kretschmer takto:

„Pacient leží bdělý s otevřenýma očima. Pohled je strnulý, nefixuje, ojediněle bloudí ze strany na stranu. Pokus upoutat pacientovu pozornost se nedaří, anebo jen náznakově. Oslovení, uchopení, ukázání předmětů nevyvolává žádný ohlas, reflektorické únikové a obranné pohyby mohou chybět. Často chybí reflektorický návrat do základní polohy, event. do optimální klidové polohy, pacient zaujímá často nepřiměřenou a nepohodlnou polohu. Následkem toho může setrvávat buď v aktivně, nebo v pasívně zaujaté náhodné poloze. Může být zvýšena elementární iradiace na zevní podráždění, takže senzitivní podráždění může vyvolat záškuby“ (10 str. 14, 15).

Pokud tato porucha trvá více než 4 týdny, mluvíme o perzistentním vegetativním stavu, po době delší než 1 rok o permanentním vegetativním stavu. Jestliže trvá stav 12 měsíců po úrazovém postižení mozku, není návrat vědomí pravděpodobný. V důsledku neúrazového postižení mozku je návrat vědomí nepravděpodobný již po 3 měsících.

V anglosaské literatuře není termín apalický syndrom považován za dostatečně výstižný a je používán zejména v zemích střední Evropy. Anglosaská literatura uznává za příhodný název vegetativní stav.

Apalický syndrom může trvat několik dnů, měsíců, ale také let. Může být jen přechodným stavem nebo již stavem výsledným. S délkou trvání klesá šance na uzdravení a návrat k plnému vědomí (11,12).

3.1 Historie apalického syndromu

O apalickém syndromu se zmínil jako první Rosenblath v roce 1899. Nepoužil však označení apalický syndrom. Rosenblath zdokumentoval průběh choroby u 15letého provazolezce A. Geisslera. Ten se roku 1885 zřítíl při provazolezeckém vystoupení ze čtyřmetrové výšky. Nemocný žil 245 dní a nakonec zemřel na sekundární komplikaci. Rosenblath tento symptomový komplex nazval jako „pozoruhodný případ otřesu mozku“. Úplný popis klinického obrazu podal v roce 1940 Kretschmer. V roce 1967 popsal Gerstenbrad jako první klinický průběh a popsal i zvláštní formy i léčení tohoto syndromu.

Termín vegetativní stav poprvé použili v roce 1972 ve své práci Jenet a Plum (12). Problematikou apalického syndromu se také zabývá ve svých pracích Pagni (1972,1973,1977), který apalický syndrom definuje jako chronický decerebrační stav, který je způsoben patologickým poškozením či funkčním blokem korových a podkorových struktur (10).

3.2 Příčiny

Mezi časté příčiny se řadí difúzní axonální poškození a mozkové kontuze. Příčinou jsou často mnohočetné ischemické příhody a hypoxické poškození mozku. K těm dochází při srdečních a respiračních zástavách, různých traumatech mozku, tonutí, oběšení, škrcení, nebo po rozsáhlých mozkových edémech. Vzácněji tento syndrom vzniká na podkladě zánětlivé, toxické či metabolické příčiny (8,12).

3.3 Projevy

Jedná se o zvláštní poruchu vědomí, kdy má pacient otevřené oči upřené do prázdna, ale nemůže zaostřit osoby ani objekty. Jsou zachovány kmenové reflexy i spontánní dýchání, ale své okolí nemocný nevnímá. Mezi hlavní příznaky, které apalický syndrom charakterizují, patří zachovaný rytmus bdění a spánku. Pacienti jsou v bdělém stavu, mají zachované vegetativní funkce, ale není možné s nimi navázat kontakt. Pacient bdí průměrně dvě hodiny a poté tři hodiny spí. Tento rytmus bdění a spánku není vázán na denní dobu, je závislý spíše na únavě pacienta.

Horní končetiny jsou ve spastické flexi a dolní končetiny se nacházejí v extenzi a plantární flexi. Svalový tonus je silně zvýšen.

Na intenzivní akustické a optické podněty nebo bolestivé stimuly reaguje generalizovanou motorickou odpovědí všech končetin a trupu. Tyto pohyby jsou neuspořádané. Na slabší podněty reagují pouze horní končetiny. Na podněty v oblasti trupu či hlavy dochází v těchto místech k otáčivým a pomalým pohybům. Pohyby jsou doprovázeny vegetativními reakcemi. Hlava může být flektována nebo je otočena ke straně.

Jsou zachovány orální automatismy jako například mlaskání či polykání po přiblížení jakéhokoli předmětu k ústům nemocného. Zornice reagují líně na osvit, bývají izokorické i anizokorické. U těchto pacientů chybí emoční reakce a všichni jsou postiženi kompletní inkontinencí. Často dochází k vychýlení vegetativních funkcí, které se projevují jako tachykardie, tachypnoe a zvýšené pocení (9,10,13).

Vegetativní labilita způsobuje poruchy metabolismu a výrazné snížení rezistence organismu, zvýšený sklon k dekubitům a periatrikulárním osifikacím. Neurologická reaktivita, intenzita a výskyt symptomů může s časem a celkovým stavem pacienta kolísat a hloubka kómatu se může různě měnit. Pacient může být ohrožen mnoha komplikacemi (8,10).

3.4 Diagnostika

Lékař stanovuje diagnózu na podkladě anamnézy, kompletního neurologického vyšetření a pomocných vyšetřovacích metod. Pomocné vyšetřovací metody jsou laboratorní vyšetření a zobrazovací metody.

Prvním předpokladem diagnózy je stanovení příčiny vzniku apalického syndromu. Spolehlivě by se mělo vyloučit působení anestetik, blokátorů nervosvalového přenosu a sedativ, jejichž účinek by mohl diagnózu apalického syndromu ovlivnit. Dále je nutné vyloučení působení kontinuální metabolické poruchy nebo jiného léčitelného onemocnění vedoucí k falešně pozitivnímu stanovení diagnózy (12,14).

Zkušenosti terapeutů a lékařů, kteří se zabývají péčí o nemocné s těžkým mozkovým postižením, vědí, že tato kritéria mohou skrývat nebezpečí nesprávného úsudku. Jedna z hlavních podmínek je dobrá znalost pacienta a jeho schopnosti vnímání a reakce. Přes veškerou snahu, i s pomocí moderní přístrojové diagnostiky, je zde možnost chybného hodnocení těchto nemocných vysoká. Lippertová - Grünerová uvádí ve své knize, že procento chybných diagnóz je v rozmezí 15 - 43%. Proto je nutné diagnózu provádět průběžně a stanovení diagnózy provádět obezřetně (9).

Ze zobrazovacích metod se používá nativní RTG snímek lebky a výpočetní tomografie CT. CT je v současné době nejdostupnější a má poměrně vysokou diagnostickou výtežnost.

Mezi další vyšetření řadíme magnetickou rezonanci. Výhodou magnetické rezonance oproti CT je, že nepoužívá rentgenové záření, provádí řez tkání v libovolné rovině a vykazuje lepší rozlišovací schopnost.

SPECT je diagnostická metoda, která využívá scintilačních kamer k zobrazení rozložení radiofarmaka v těle pacienta. Vyšetření neslouží pro bezprostřední pouzrazové období, ale v období po stabilizaci stavu pacienta. Přináší cenné informace o průtoku krve mozkem.

Angiografie je rentgenová vyšetřovací metoda, která k zobrazení cévního řečiště využívá aplikaci jodové kontrastní látky. Využívá se k diagnostice cévních patologií tepen a k zobrazení cévního zásobení nádorů.

Elektroencefalografie je metoda, která zaznamenává a analyzuje elektrickou aktivitu mozku (14,15).

Apalický syndrom může být diagnostikován na základě několika dalších kritérií. Jedním z příznaků je, že pacient nevykazuje uvědomování si sebe sama ani žádné známky vědomí. Nejsou u něj přítomny ani žádné interakce s okolím. Na vizuální, sluchové, taktilní a bolestivé podněty chybí chtěné, záměrné, reprodukovatelné, behaviorální odpovědi. U pacienta není jazyková, slovní produkce ani známky jejího porozumění a v rámci abnormálního cyklu spánek - bdění je intermitentně bdělý. Apalický syndrom doprovází kompletní inkontinence. Přetrvává hypotalamická a kmenová autonomní aktivita, která umožňuje přežití s lékařskou a ošetrovatelskou péčí (12).

Důležitou roli zde hrají vyšetření v akutní fázi, ale také srovnávací vyšetření ve stabilizované fázi. Úkolem sestry je zpracovávat sesterskou anamnézu (osobní, rodinnou, sociální, pracovní). Pro získání případných anamnestických údajů je vhodné navázat kontakt s rodinou nemocného. Sestra sleduje vitální funkce pacienta, reakci zornic, výraz obličeje, úroveň vědomí, motorické funkce, odebírá materiál k laboratorním vyšetřením a sleduje výsledky vyšetření, které jsou indikovány lékařem (16).

3.5 Průběh

Apalický syndrom není statický stav. Již Gerstenbrand před mnoha desetiletími zmínil, že je možný také příznivý vývoj. Byl toho názoru, že vývoj je dán zčásti původním poraněním, ale i vhodnou psychosomatickou péčí a může nezvratně kdykoliv ustrnout. V nepříznivých podmínkách příznaky mohou dokonce regresovat.

Převážná většina těžkých stavů začíná jako kmenové kóma postupně přecházející do vlastního apalického symptomového komplexu. U určité části pacientů může docházet k fázi remise, kdy se pacient uzdravuje. Z praxe vyplývá, že pokud se nezlepšují mozkové funkce nejdéle do jednoho roku po vzniku postižení, je naděje na uzdravení minimální. V případech akutního poškození mozku se u 80 % případů manifestuje stadium remise (13,17).

Podle Gerstenbranda rozlišujeme osm fází apalického syndromu a jeho remise: První fází je apalický syndrom v akutním stadiu, který je popsán v kapitole 3.3. Následuje druhá fáze primitivní psychomotoriky, kdy se rytmus bdění a spánku přibližuje dennímu rytmu. V této fázi pozorujeme schopnost optické fixace a tendenci k uchopení předmětů. Třetí fáze je charakteristická zlepšením motorické činnosti a saháním pacienta po předmětech. Spasticita na horních a dolních končetinách se zmenšuje. Pacient je schopný nejen optické fixace, ale také sleduje osoby a objekty.

Při čtvrté fázi - Klüwerův-Bucyho syndromu nemocní vykazují složitější formy chování a jsou emocionálně závislí na jedné osobě. Pro tento syndrom je typická hypersexualita, bojácnost, trvalý tápající neklid rukou se snahou vše, co je v optickém a taktilním dosahu dát do úst, kousat, žvýkat a sát. Nemocný také začíná opakovat věty, nebo je začne spontánně tvořit. U Korsakovo syndromu je v této páté fázi přítomna už jen nízká spasticita. Postižený trpí poruchou paměti pro čerstvé události a zastírá to konfabulacemi. Je časově a místně dezorientován. Přejít do šesté fáze - amnestického syndromu se u apalicky nemocných projevuje podrážděnou, úzkostnou náladou a emoční labilitou. Sedmá fáze organický psychosyndrom se vyznačuje zpomalením psychiky, snížením psychické výkonnosti, obtížným vybavováním vzpomínek, sníženou představivostí, emoční labilitou a poruchou pozornosti. Po této fázi přechází pacient do stadia defektu (8,18).

Celý průběh remise je často provázen těžkými komplikacemi. Ty mohou být příčinou opakovaného přerušení rehabilitace a pacient musí být přijat opět do akutní, někdy i intenzivní péče. Tím dochází ke snížení účinnosti rehabilitace. Proto je nutná

pravidelná profylaxe, abychom dokázali omezit počet komplikací již od akutní fáze onemocnění.

Jen minimum pacientů se zlepší ad integrum. Většině je nutné nabídnout přátelské a laskavé chráněné prostředí (9).

3.6 Léčba

Léčba stavů, které jsou charakterizovány poruchou vědomí, se řídí zjištěnou příčinou. Pacient je umístěný na ARO či JIP, kde je monitorován. Z pohledu sestry je péče v akutní fázi zaměřena spíše na anesteziologicko - resuscitační péči, ve fázích pozdějších je nutná specifická ošetrovatelská péče.

Vedle medikamentózní léčby je velmi důležitá komplexní ošetrovatelská a včasná rehabilitační péče s aktivací a stimulací rezervních nebo reziduálních schopností mozku. Důsledným polohováním pacienta se zabrání vzniku imobilizačního syndromu, kontraktur a proleženin. Prevence dekubitů má velký význam a představuje celkem obtížný úkol. Pacienti v těchto těžkých stavech mají sníženou rezistenci organismu.

Je nutné zajištění kvalitní výživy, aby se zamezilo vzniku sekundární infekce a trombóz.

U této skupiny nemocných je nezbytnou součástí celkové dobré péče koncept bazální stimulace. Koncept bazální stimulace je blíže popsán v kapitole 4.8. Pokud jsou znatelné známky remise, je velmi důležitá pokračující spolupráce s rodinou a blízkými osobami, na které pacient reaguje pozitivně (8,12).

Jednou ze zásadních možností, ovlivňujících prognózu hypoxického postižení mozku, je včasné zahájení hyperbarické oxygenoterapie (dále jen HBO).

Léčebným efektem hyperbaroxie je zvýšení dodávky kyslíku do cílové tkáně, která trpí hypoxií. Je to léčebná metoda, která využívá schopnost krve dopravit k orgánům větší množství kyslíku při vyšším atmosférickém tlaku. Hlavní důvod prováděné hyperbaroxie je plné dosycení hemoglobinu kyslíkem a jeho fyzikální rozpuštění v krevní plazmě. Včasné zahájení HBO je jedním ze základních faktorů ovlivňujících prognózu hypoxického postižení mozku (13,19).

Vzhledem k častému výskytu kontraktur, imobilizačního syndromu, zácpy, kožních afekcí včetně dekubitů apod., má také léčba bolesti nezastupitelnou úlohu. Diagnostika bolesti je obtížná, spočívá v pozorování celým ošetřujícím týmem a rodinou pacienta v různých situacích v průběhu celého dne.

Nejvíce diskutovanými situacemi jsou podání antibiotik, enterální výživa a další případná vyšetření nebo léčebné zákroky, například pokud nastanou chirurgické komplikace. Je nutné vždy postupovat citlivě s ohledem na důstojnost nemocného, křehkost těla a psychický stav jeho blízkých. Všeobecně platí, že správně dokumentovaný úmysl nemocného nepoškodit, konzultovaný s jeho blízkými, je vhodným postupem (8).

3.7 Komplikace

Vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci, kterou si toto onemocnění žádá, může docházet u pacienta k různým komplikacím. Mezi nejčastější komplikace patří pneumonie, které vznikají v důsledku hypostázy v plicním řečišti. Při dlouhodobé tracheotomii se často vyskytuje postižení infekcí. Nemocný může být postižen edémem plic, plicní atelektázou nebo stenózou trachey vyvstávající též jako komplikace dlouhodobé tracheální kanylace. Trávicí trakt mohou postihnout ileózní a krvácivé stavy a průjmy vyskytující se z příčiny infekce nebo nesprávného složení výživy. U třetiny nemocných se může vyskytnout kachexie. Krvácení z močového měchýře způsobené permanentní katetrizací, urosepse a lithiasa jsou komplikace ze strany urogenitálního systému. V pokročilých stádiích apalického syndromu často dochází ke svalovým atrofiím, kontrakturám a kloubním ankylózám. Z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžko mohou vznikat dekubity. Komplikace v podobě časně a pozdní pouřazové epilepsie může též přicházet v úvahu (10).

3.8 Prognóza

K normě se upraví 15% pacientů, u více jak 50% pacientů je v příznivých případech schopnost začlenění do společnosti, i když v chráněném prostředí.

Nejpříznivější prognóza je u mladých nemocných po kontuzi mozku, u které nedošlo k dlouhodobé hypoxii, která nebyla spojena s déletrvajícím vyprošťováním a hemoragickým šokem. Zlepšení po dovršení 50 let věku je spíše vzácné.

Prognóza přežití může být též velmi různá, ale v průměru je to od dvou do pěti let. Bezprostřední příčinou smrti bývá abscedující bronchopneumonie u pacienta s komplikující osifikující myozitidou, se spasticitou a ztuhnutím ve skrčené pozici, sepse z opakovaných močových infekcí. Ve světové literatuře se uvádí délka přežití 17, 37 a 41 let. V naší republice je nejdelší přežití u mladé ženy 11 let a čtyři měsíce (11).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S APALICKÝM SYNDROMEM

Pacienti s apalickým syndromem jsou řazeni do kategorie neobyčejně náročných nemocných. Tento stav vyžaduje dlouhodobou intenzivní a ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská péče by měla podporovat léčebný proces. Na nemocného člověka se pohlíží jako na bio-psycho-sociální jednotku, se všemi tělesnými, psychickými a sociálními potřebami. Obor ošetrovatelství se opírá o nejnovější vědecké poznatky a staví na vlastním ošetrovatelském výzkumu. Důležitá je vysoká profesionalita poskytované péče a role všeobecné sestry je nenahraditelná pro případné zlepšování stavu nemocného. Kvalita života u těchto nemocných nebude nikdy stejná jako u zdravého člověka, ale i tito pacienti si zasluhují, abychom jim jejich život zpříjemnili (11).

4.1 Hygienická péče, péče o pokožku

„Imobilita je stav, kdy dochází vlivem nemoci nebo úrazu k přechodné nebo trvalé ztrátě či omezení pohybových schopností, z důvodů postižení pohybového a vnitřního systému“ (20 str. 10).

Protože se nemocní s apalickým syndromem nemohou pohybovat, přebírá všeobecná sestra všechny úkony hygienické péče. Hygienická péče se provádí 2x denně a je v ní zahrnuta celková hygiena nemocného včetně ranního a večerního umývání, česání, mytí vlasů, péče o dutinu ústní, holení, úpravy nehtů a péče o čisté osobní prádlo.

Hygiena se vykonává na lůžku, je-li dostupné vybavení, je možné pacienta také sprchovat. Frekvence koupelí ve sprchovém lůžku se odvíjí od stavu nemocného a zvyklosti oddělení.

Po omytí jednotlivých partií těla či koupeli se kůže po důkladném osušení ošetří tělovým mlékem a záda chladivým gelem.

Povinností všeobecné sestry je zajistit úpravu celého lůžka s pacientem. Osobní a ložní prádlo by mělo být čisté, suché a vypnuté. V rámci celkové hygieny pacienta je nutná péče o tracheostomickou kanylu a všechny invazivní vstupy do těla.

Hygiena dutiny ústní se provádí pomocí měkkého zubního kartáčku s malou hlavou a pasty, glycerinových štětiček, tampónů namočených v ústní vodě, v peroxidu vodíku nebo jiných roztoků stanovených dle standardu oddělení. Hygiena dutiny ústní

se provádí několikrát za den dle stavu a potřeby nemocného. Kontroluje se pohledem, odstraňují se povlaky a zubní plak. Sliznice se udržuje čistá, vlhká, měkká a neporušená (13, 21) .

Toaleta dutiny ústní je specifická, jelikož tito nemocní často grimasují a přežvykují, hrozí poranění chrupu při skousnutí nástroje sloužícího k čištění dutiny ústní. Může dojít i ke spolknutí části čistícího nástroje, např. tamponu.

Při ošetřování dutiny ústní se může použít odsávačka k odsátí nahromaděného sekretu nebo tekutiny použité při čištění zubů. Tekutina zateklá do krku může vyvolat dávivý nebo kašlací reflex a také může dojít k nechtěné aspiraci (11).

Hygiena nosní dutiny a uší se provádí šetrně pomocí vatových štětiček. Nosní průduchy se čistí denně a odstraňují se hleny a krusty. Sekret z dutiny nosní se může odsávat. Při dostatečně obezřetné manipulaci lze odsát celou oblast nosohltanu.

Oční hygiena spočívá ve výplachu Oftalem a kontrole spojivkového vaku. Oči se vykapou 3x denně Lacrisynem nebo Arufilem. Ophtalmo-Azulen mast aplikujeme v indikovaných případech.

Během hygienické péče sleduje ošetřující sestra celkový stav kůže a všímá si každé změny na kůži nemocného. Dále hodnotí kůži pohledem (barva kůže, kožní léze, otoky) a pohmatem (teplota kůže, kožní turgor, vlhkost).

Závažnou komplikací může být dekubitus. Dekubitus je lokalizovaná plocha poškození kůže, tkáně a dalších struktur vznikajících na místech, jež nazýváme predilekční místa. Na těchto místech se uplatňuje zvýšený tlak proti tvrdému podloží (kosti) například během ležení v jedné pozici v delším časovém úseku.

Do postižené oblasti nepřicházejí živiny ani kyslík, což způsobuje déletrvající stlačení přírodních cév a omezení krevního průtoku v těchto místech.

Vznik a vývoj dekubitů ovlivňuje podle Trachtové deset základních faktorů. Jsou to věk, tělesná hmotnost, dlouhodobý tlak, tření, výživa, cévní faktory, inkontinence, zdravotní stav, imobilizační syndrom a imunosuprese. Rizikové faktory vzniku dekubitů můžeme hodnotit podle různých stupnic a škál např. stupnice dle Nortonové, Knollova stupnice, Waterlowova škála.

Stádia dekubitů:

Stupeň 1a: Stádium tzv. blednoucí hyperémie. To znamená, že v místě erytému tlak prstu zanechá na kůži blednoucí místo. Kůže je intaktní.

Stupeň 1 b: Stádium tzv. neblednoucí hyperémie. Erytém po lehkém stlačení prstu přetrvává a to je příznak mikrocirkulace. Může se vyskytovat povrchové poškození kůže.

Stupeň 2: Vzniká vředový defekt kůže, poškození se šíří do podkožní tkáně.

Stupeň 3: Vřed již zasahuje podkožní tukovou vrstvu.

Stupeň 4: Infekční nekróza se šíří do spodiny fascie.

Úkolem všeobecné sestry je odstranit či minimalizovat faktory podílející se jakkoli na vzniku dekubitů. Při každé změně polohy sestra riziková tzv. predilekční místa kontroluje. Na základě zhodnocení rizika vzniku dekubitu vypracuje plán polohování a mobility. Případné dekubity všeobecná sestra ošetřuje a nemocného polohuje s vypodložením pomocí antidekubitních pomůcek. Velkou roli v prevenci vzniku dekubitů má již zmíněná správně provedená hygiena, správná výživa, včasná mobilizace a rehabilitační způsob ošetřování (22,23,24).

4.2 Péče o dýchací cesty

Tato péče zahrnuje zajištění průchodnosti dýchacích cest, zvlhčování a ohřívání dýchací směsi, odsávání sekretu z dýchacích cest, inhalační terapii a ošetřování tracheostomie.

Nemocní s apalickým syndromem jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko. V této poloze jsou pohyby hrudníku omezeny a z toho důvodu se u nich může postupně snižovat vitální kapacita plic. Dochází ke změně průtoku krve plicemi, stagnaci hlenu a narušení samočisticí schopnosti dýchacích cest včetně kašlacího mechanismu. Může dojít k ohrožení pneumonií nebo plicní atelektázou (13).

Nemocní často ventilují spontánně, ale udržet hygienu dýchacích cest nejsou schopni. Proto mají obvykle trvale zavedenou tracheostomickou kanylu (11).

Tracheostomická kanyla se zavádí do trachey v oblasti druhého až třetího tracheálního prstence. Výhodou tracheostomie je, že přístup do dýchacích cest je trvalý, manipulace s pacientem je snazší, toaleta dýchacích cest je snadnější, mrtvý prostor se zmenší a hygiena dutiny ústní je důkladnější. Pacientovi je umožněn příjem per os

a fáze odpojování od ventilátoru je také snadnější. Tracheostomie má i své nevýhody. Je to především nutnost chirurgického výkonu a riziko stenózy trachey v místě stomatu.

Dýcháním přes tracheostomickou kanylu jsou přirozené zvlhčovací, čistící a ohřívací funkce horních cest dýchacích vyřazeny.

Zvlhčování dýchacích cest zajišťujeme u ventilovaných pacientů dle ordinace lékaře aktivním zvlhčováním či pasivním zvlhčováním. Aktivní zvlhčování provádíme pomocí zvlhčovačů a nebulizátorů a pasivní pomocí antibakteriálních a antivirových filtrů.

U spontánně ventilujících pacientů můžeme použít již uvedené nebulizátory zajištěním zvlhčování přes tracheostomickou masku a pasivní filtry (tzv. umělé nosy). Cílem je dosáhnout u každé inspirované směsi plynů minimální teploty 30 °C a 70 - 100% vlhkosti na úrovni karíny. Při nedostatečném zvlhčování dochází k atelektázám, ke zvyšování viskozity sputa, retenci sekretů a ke zpomalení či zástavě mukociliárního transportu, což může způsobit rozvoj infekce dolních cest dýchacích.

Inhalační terapie slouží k aplikaci léku do dýchacích cest ve formě aerosolu, který je vytvářen ultrazvukovým nebo tryskovým mikronebulizátorem. Inhalace se podává podle ordinace lékaře. Nejčastěji se používají bronchodilatancia, mukolytika, antibiotika a kortikoidy. Nežádoucím účinkem inhalace je vyšší riziko vzniku infekce dolních dýchacích cest a to zejména z důvodu častějšího rozpojování dýchacího okruhu a možnosti pomnožení nebo přenosu mikroorganismů v nebulizované směsi. Povinností všeobecné sestry je odstranit směs z předchozí inhalace před každou novou inhalací a zacházet s mikronebulizátorem dle standardu každého pracoviště (13, 25).

Toaleta dýchacích cest patří mezi základní výkony všeobecné sestry pracující s těmito nemocnými. Pro zachování čistící funkce plic, je třeba pacienta odsávat v pravidelných intervalech dle potřeby nemocného. Odsávání sekretu můžeme provádět otevřeným a uzavřeným způsobem. Odsávání sekretu z dýchacích cest otevřenou metodou se provádí rozpojením dýchacího okruhu a odsáváním pomocí sterilní pinzety a sterilní odsávací cévky (viz Příloha č. 3).

Odsávání uzavřeným způsobem se provádí pomocí uzavřených systémů typu „Trach-care“. Systém pracuje na principu opakovaně použitelné cévky. Cévkou je součástí okruhu ventilátoru a může se dle výrobce používat 24 - 72 hodin. Výhodou je, že nedochází k rozpojování dýchacího okruhu a je zde nižší pravděpodobnost kontaminace odsávací cévky. Několik studií prokázalo při užívání uzavřeného systému nižší riziko zanesení infekce do dýchacích cest. Také nedochází k úniku sputa či aerosolů do okolí, snižuje se tak nebezpečí infekce vzdušnou cestou a ošetřující

personál je více chráněn a zároveň dochází k nižšímu riziku hypoxie a kolapsu alveolů u pacienta.

Samotné odsávání se provádí vždy za aseptických podmínek přerušovaným, krátkodobým podtlakem, který musí být měřen a měl by být regulovatelný. Zpočátku se sterilní cévka zavede bez odsávání až k místu pevného odporu, poté se o jeden centimetr povytáhne a za stálého povytahování cévky odsáváme. Odsáváme maximálně 15 vteřin. Podtlak by neměl přesáhnout 200cm H₂O, jelikož zde hrozí riziko vzniku atelektáz a invaginace sliznice do lumina odsávací cévky.

Dalšími komplikacemi jsou hypoxémie, poranění dýchacích cest, bakteriální kontaminace, bronchospasmus a kašel.

Správně provedená ošetrovatelská péče o dýchací cesty je nutná z důvodu zachování průchodnosti dýchacích cest. Při nevhodné či nedostatečné ošetrovatelské péči může docházet k zasychání sekretu, mohou se tvořit krusty a tím pádem dochází k nebezpečí infekce dolních cest dýchacích, nebo k jejich obstrukci (13,26,27).

4.3 Péče o výživu

Péče o výživu obnáší u apalicky nemocných poskytování kompletní výživy s potřebnými živinami ve správném vzájemném poměru a zajištění nekomplikovaného průběhu aplikace výživy.

Z důvodu imobility se u těchto pacientů může snižovat bazální metabolismus se snížením energetických nároků na organismus. Snižuje se motilita gastrointestinálního traktu (dále jen GIT) a sekrece žláz trávicího traktu. Katabolické procesy převažují nad anabolickými. Z organismu se vylučuje dusík a to převážně v podobě odbourávání svalové hmoty. Proto se u třetiny postižených apalickým syndromem může objevit kachexie i při nadměrném přísunu živin (23).

Pacient s apalickým syndromem dokáže stravu žvýkat a několik soust i polykat, ale požadavky plnohodnotné výživy tímto způsobem většinou není schopen pokrýt. Proto je mu výživa do těla přiváděna uměle. Zpočátku dle stavu parenterálně, následně enterálně (11).

Parenterální výživa spočívá v zajištění nutričních požadavků intravenózní cestou. Zajistí se tak aplikace vody, cukrů, tuků, aminokyselin, vitamínů a stopových prvků. Může být úplná, kdy je hlavním zdrojem energie, nebo doplňková, která nepokrývá celou denní výživovou potřebu pacienta.

Je aplikována do centrálního nebo periferního žilního řečiště pacienta a přesné dávkování je řízeno infúzní pumpou. Do periferního žilního řečiště se parenterální výživa podává pouze krátkodobě, protože periferní žíla nepojme vysoce koncentrované roztoky a může docházet k chemickému dráždění, následně zánětu, až k místnímu poškození.

V současné době jsou podávány směsi určené k parenterální výživě podávány převážně systémem all-in-one. Jde o plastický vak, ve kterém jsou v potřebném poměru smíchány všechny složky parenterální výživy. Všeobecná sestra pečuje o periferní či centrální žilní katetr, viz kapitola 5.5.

Při zacházení s parenterální výživou dodržuje přísně aseptický přístup. Výměnu infúzních setů provádí každých 24 hodin a dbá, aby se katétr nebo vstup určený k parenterální výživě nepoužíval k podávání jiných léků. Je to z důvodu nekompatibility parenterální výživy s mnoha léky.

Všeobecná sestra dále zajišťuje, aby z jednocestného centrálního žilního katetru určeného k podávání parenterální výživy nebyla odebírána krev a aby se do něj nepodávali krevní převody vzhledem k možnosti vzniku katérové sepse (13,24).

Enterální výživa (dále jen EV) je jakákoli metoda, která zahrnuje přísun výživy do trávicího ústrojí, kde je vstřebána. Oproti parenterální výživě je jednodušší, levnější a také riziko komplikací je nižší. Výhodou zahájení včasné EV je zachování funkce zažívacího traktu a předcházení vážným komplikacím (21).

EV se může podávat v krátkých časových intervalech bolusově, kdy se každé tři hodiny aplikuje Janettovou stříkačkou. Nejčastěji se podává 50 - 250 ml v jedné dávce, nesmí se aplikovat rychle, protože může vyvolávat křeče, plynatost nebo reflex zvracení.

Dalším způsobem je kontinuální podávání výživy pomocí enterální pumpy. Rychlost výživy ordinuje lékař v mililitrech za hodinu. Intermitentně samospádem se přerušovaně aplikuje předepsané množství EV pomocí kapénkové infuze ve stejných časových intervalech. V případě použití přívodních setů pro enterální výživu se provádí jejich výměna po 24 hodinách.

V současnosti se k enterální stravě používají výhradně komerční přípravky, které jsou odlišné svým složením. Polymerní výživa je výživa s definovaným obsahem živin. Obsahuje polymery, intaktní bílkoviny, rostlinné oleje a přírodní tuky. Předpokladem

pro její podávání je částečně zachovaná činnost trávicího systému. Polymerní výživa se indikuje u většiny pacientů (12,28).

Enterální výživa se nejčastěji u apalických pacientů podává prostřednictvím perkutánní endoskopické gastrostomie (dále jen PEG) či vzácněji perkutánní endoskopické jejunostomie (dále jen PEJ).

Nazogastrická sonda (dále jen NGS) slouží pro přechodnou dobu. Tento typ sondy by měla každá všeobecná sestra umět zavést a její správné umístění zkontrolovat. Před každou aplikací nové porce enterální výživy do NGS se musí překontrolovat poloha sondy a množství žaludečního odpadu. Je-li množství žaludečního odpadu vyšší než 50 ml, doporučuje se sondu dle ordinace lékaře pouze propláchnout 50 ml čaje s 5 ml antacida a další aplikaci EV odložit. Při velkém množství žaludečního odpadu je vhodné připojit sondu po půlhodinovém zavření na sběrný sáček. Hodnotí se barva obsahu a sleduje se jeho množství, které se zaznamenává do dokumentace (13,11).

Po aplikaci každé porce enterální výživy, čaje nebo léků do NGS ji všeobecná sestra propláchne čajem nebo převařenou vodou a bezpečně uzavře. Provede kontrolu nemocného a do dokumentace zaznamená množství podaného čaje a výživy.

Mezi komplikace řadíme zauzlení nebo ucpání sondy, chybné zavedení sondy do dýchacích cest nebo vznik dekubitu na sliznici či kůži dutiny nosní (28).

PEG (viz Příloha č. 4) je u pacientů indikována za předpokladu, že enterální výživu budeme podávat po dobu delší než 6 týdnů. Je to minimálně invazivní metoda, kdy gastroenterolog zavede pacientovi pod endoskopickou kontrolou speciální set přes stěnu břišní

do žaludku. PEG je pacienty dobře tolerována, pomáhá udržovat vyhovující nutriční stav. Výhodou tohoto katétru je prevence poškození kožní integrity, nebo vzniku dekubitů sliznice či kůže dutiny nosní a minimální riziko aspirace žaludečního obsahu, pro pacienta je komfortnější.

Komplikace PEG je nejčastěji jeho ucpání a infekce místa vpichu (12,29).

4.4 Péče o vyprazdňování

Tato péče zahrnuje kompletní péči o permanentní močový katétr, předcházení infekci, sledování množství a charakteru moče a stolice, zajištění efektivního vyprazdňování a velmi citlivý přístup ze strany ošetřujícího personálu.

Vzhledem k dlouhodobému upoutání na lůžko mohou být nemocní ohroženi nekompletním vyprázdněním pánvičky a močového měchýře a stagnující močí. Stagnující moč je vhodným prostředím pro vznik infekce.

Apaličtí pacienti jsou postiženi inkontinencí moči a stolice. Moč je odváděna permanentním močovým katetrem (dále jen PMK), epicystostomií nebo mohou močit do jednorázových plen.

Zavádění PMK musí probíhat za přísně aseptických podmínek, jelikož nozokomiální infekce močových cest jsou z 80% způsobeny právě zavedením PMK. U žen zavádí PMK všeobecná sestra, u mužů a dětí lékař.

Dalším možným řešením inkontinence může být zavedení perkutánní epicystostomie. Je to suprapubická drenáž močového měchýře. Ošetření epicystostomie je popsáno v kapitole 4. 5. 6. Ke komplikacím epicystostomie patří místní infekce, poranění struktur pánve v suprapubické oblasti a vzácně krvácení (13,23).

Úkolem všeobecné sestry je kontrolovat charakter moči (barvu, příměs, sediment, eventuálně specifickou hmotnost a pH moči). Sleduje a zaznamenává případné příznaky celkové infekce (zvýšená teplota, zrychlené dýchání, zrychlená činnost srdeční, pocení, třesavka) a příznaky lokální infekce (zvýšená dráždivost, svědění, výtok). Moč se pravidelně vyšetřuje na biochemické a mikrobiologické vyšetření. Při náhlém zhoršení stavu se moč vyšetřuje na kultivaci a citlivost dle ordinace lékaře. Všeobecná sestra zajistí nemocnému dostatek tekutin a sleduje jejich příjem a výdej, který pečlivě zaznamenává do dokumentace (dle stanovení lékaře). Zajišťuje průchodnost a funkčnost PMK. Neméně důležitá je správná péče o drenážní systém. To znamená udržovat drenážní systém sterilní, kontrolovat, zda je uzavřený a dobře těsní. Sběrný vak musí být pod úrovní močového měchýře, zároveň se ale nesmí dotýkat podlahy vzhledem ke kontaminaci vývodní části. Moč se vyprazdňuje ze sběrného vaku pravidelně, za aseptických podmínek (30).

Nemocní mohou vlivem nedostatku pohybu a snížením motility trávicího traktu trpět nepříjemnou zácpou. Při dlouhotrvající zácpě vzniká falešný, paradoxní průjem.

Četnost a způsob uspokojování potřeby je velmi individuální. Dostatečné vyprázdnění navozuje pocit spokojenosti, nedostatečné vyprázdnění je provázeno obtížemi typu nadýmání, pocitu plnosti, bolestí, napětím, nervozitou apod.

Všeobecná sestra určuje zácpu na základě individuálních defekačních návyků. Snaží se získat anamnézu od rodiny nebo z oddělení předchozí hospitalizace v oblasti

vylučování. Mezi hlavními znaky zácpy patří snížená frekvence defekace, tvrdá a tuhá stolice, bolestivá defekace. V případě zácpy lékař ordinuje klyzma.

Správná dokumentace, kde je záznam frekvence vyprazdňování, je velmi důležitá. Při paradoxním průjmu spečená a zahuštěná stolice skybala neprojde řitním otvorem a tím dráždí sliznici konečníku a esovitě kličky k produkci hlenu. Ten posléze odchází s trochou stolice jako falešný průjem. Skybala se musí velmi šetrně, manuálně vybavit. Toto digitální vybavení stolice provádí lékař (13).

Průjem je další poruchou vyprazdňování, která je charakterizována vodnatými a častými stolicemi. Při průjmu všeobecná sestra sleduje frekvenci a charakter stolice, bilanci tekutin a vše pečlivě zapisuje do dokumentace. Sleduje stav hydratace. Zajistí podávání dostatečného množství tekutin a vhodné, nedráždivé stravy. Podávají se eventuálně léky dle ordinace lékaře. Patříčnou pozornost si zaslouží adekvátní hygiena, péče o kůži a okolí konečníku (12,23).

4.5 Péče o invazivní vstupy

V dokumentaci se vede řádný záznam o veškeré manipulaci s invazivními vstupy. V případě komplikací je nutné informovat lékaře.

Frekvence převazů jednotlivých invazivních vstupů uváděných v odborné literatuře se může lišit se standardy jednotlivých zdravotnických pracovišť. U většiny invazivních vstupů obecně platí, že po dokončení aseptického převazu se na konkrétní vstup zaznamená datum, kdy byl převaz proveden nebo datum dalšího převazu. Opět to záleží na standardu daného pracoviště.

4.5.1 Péče o tracheostomii

U pacienta se zavedenou tracheostomickou kanylou všeobecná sestra věnuje pozornost kožnímu krytu v oblasti tracheostomie. Sleduje stoma, zda v okolí nejsou známky zarudnutí, rozpad stomatu, mokvání, povlaky nebo přítomnost zápachu. Kanylu 2x denně sterilně převazuje v rámci celkové hygienické péče o pacienta a dále vždy podle potřeby. Všeobecná sestra nejprve provede toaletu dýchacích cest odsátím sekretu a odstraní původní podložení. Okolí stomatu se očistí dezinfekčními přípravky např. Skinsept mucosa nebo provádí oplachy borovou vodou. Poté se aplikují léčebné masti, pokud je to nutné. Tracheostomická kanyla se vypodkládá sterilním, stříženým čtvercem z mulu nebo netkané textilie, který může být s hliníkovou vrstvou. Musí se dbát na správnou fixaci tkalounem, obinadlem či fixačním páskem. Fixace se kontroluje

v pravidelných intervalech. Všeobecná sestra kontroluje v rámci celkové hygieny 2x denně tlak v těsnící manžetě pomocí manometru. Optimální zahuštěnost je 25 mm Hg. Tracheostomická kanyla se pravidelně mění podle daných standardů jednotlivých oddělení (13,25).

4.5.2 Péče o permanentní žilní katétr

Permanentní žilní katétr (dále jen PŽK) zavádí všeobecná sestra. Nejčastěji je využíváno žilní řečiště na horních končetinách. Žíly na dolních končetinách by měly být použity jen zcela výjimečně vzhledem k riziku vzniku trombózy. Výměna PŽK se doporučuje po 48 - 72 hodinách, nebo pokud se objeví lokální známky infekce. Minimálně jednou denně provedeme zrakovou kontrolu místa vpichu. Během hodnocení místa zavedení je třeba pátrat po změně barvy a zarudnutí, bolestivosti, otoku, zduření nebo hromadění tekutiny pod obvazem. Slouží k tomu klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona (viz Příloha č. 2). Během péče o PŽK vždy zachováme aseptický přístup a minimalizujeme rozpojování infuzního setu. Dle Kapounové se provádí pravidelné převazy PŽK každý den, a pokud je vpich kryt semipermeabilní fólií, je převaz možný každý třetí den. Komplikace aplikace do periferního žilního řečiště jsou flebitida, hematoma, prosakování látek do tkáně a vzduchová embolie (13,31).

4.5.3 Péče o centrální žilní katétr

U těchto pacientů převládá zavádění centrálního žilního katetru (dále jen CŽK) postranním přístupem do vena subclavia, a to z toho důvodu, aby byl vpich umístěn co nejdále od infekčního aerosolu z dýchacích cest. Péči o CŽK zajišťuje všeobecná sestra a provádí denní převazy za přísně aseptických podmínek. Pokud je kryt katétr semipermeabilní fólií, převaz je možné provádět každých 24 - 72 hodin. Katétr a spojovací hadičky nesmí být vystaveny nepříznivým mechanickým účinkům tahu a nesmí být poškozeny. Zajistí se proti rozpojení. Pokud je nutný přechodný uzávěr CŽK, může se použít heparinová zátka (dle standardu oddělení) a katétr vždy kryt sterilní krytkou. Katétr musí být v době, kdy není používán dobře uzavřen, aby nedošlo ke zpětnému toku krve nebo vzduchové embolizaci nebo zavlečení infekce. Komplikace vyskytující se u zavedeného CŽK jsou tromboflebitida, trombóza, tromboembolie, vzduchová embolie, místní nebo systémová infekce a sepse (13,28).

4.5.4 Ošetřování nazogastrické sondy

Polohu sondy v ústí nosní dutiny často měníme, abychom zmírnili tlak na nosní sliznici a obličej. Všeobecná sestra dbá na prevenci dekubitů, kontroluje vzhled nosní sliznice a kůži pod sondou. Denně vyměňuje fixační náplast. Před fixací se povrch sondy dokonale očistí. V průběhu ošetřování nemocného je nutno sledovat, zda je sonda dobře fixována a není povytažená. Gastrické sondy je nutné měnit nejlépe po 14 dnech.

Sestra dodržuje opatření, která slouží k prevenci ucpání sondy. Při kontinuální enterální výživě má být sonda proplachována převařenou vodou nebo čajem v dávce 30 - 50 ml. každé čtyři hodiny a pokaždé, když je na nějaký čas přívod enterální výživy zastaven.

Když je podán lék, musíme též sondu propláchnout, aby se neucpala a aby byla splněna aplikace léku v předepsané dávce. Léky v tabletové formě pečlivě rozdrtíme na jemný prášek. Do nazogastrické sondy ani do PEG se neaplikují ovocné šťávy a ovocné čaje z důvodu vyvločkování bílkovin v sondě a jejím ucpání (12,13).

4.5.5 Ošetřování PEG

Každý set PEG má plastický nástavec, který umožňuje aplikaci do sondy jak injekční, tak Janettovou stříkačkou. Pokud je vpich PEG kryt klasickým převazovým materiálem, provádíme denní, aseptické převazy v rámci ranní hygieny. Krytí semipermeabilní fólií je možné měnit každý třetí den. Pokud kolem PEG uniká tekutina, je nutné to okamžitě hlásit lékaři. Úkolem sestry je kontrolovat místo vpichu, sledovat případné známky zánětu, průchodnost, bolestivost při manipulaci, případně prosakování tekutiny kolem stomie (13,29).

4.5.6 Péče o permanentní močový katetr

U pacienta se zavedeným PMK je nutné správné provádění úkonů osobní hygieny nejméně 2x denně s cílem ochrany proti vzniku infekce.

Při provádění hygieny genitálu u mužů se nesmí zapomenout na přetažení předkožky zpět jako prevence před vznikem parafimózy. Ošetřování ústí močové trubice dezinfekčními prostředky není potřebné. Pokud to není nutné, PMK se nerozpojuje, při potřebě přerušení drenážního systému se udržují všechny koncové části systému sterilní. Nezapomínáme dohlížet na to, zda nejsou hadičky přeložené,

nebo ucpané hlenem či krví. Dle dokumentace sledujeme, jak dlouho je katetr zaveden. Většinou se mění nejdéle po třech týdnech.

Péče o epicystomii je podobná péči o PMK. Drenážní systém se udržuje stejně jako u PMK. Provádí se zraková kontrola vpichu minimálně jednou denně a každodenní převazy za aseptického přístupu. K převazu používáme sterilní čtverce, které se mění každý den. Použití semipermeabilní fólie prodlužuje nutnost převazu na každý třetí den (13,19).

4.6 Komunikace

4.6.1 Komunikace s apalickým pacientem

Z pohledu paliativní medicíny je přínosné dívat se na svět očima lidí s tímto postižením. Zkusme si ho představit jako zapomnění, prázdnotu, vězení, život ve vlastním těle mezi dvěma světy. Svědectvím lidí, kteří stavem kómatu prošli, víme, že postižený je schopen cítit pozitivní i negativní emoce. Cítí i bolest, ale to vnímá spíše jako negativní pocit, který není schopen dále definovat či napojit na minulou zkušenost. Uvědomuje si, že se něco děje s jeho tělem, ale není schopný tomu porozumět. Není to pasivní stav, ale aktivní životní činnost, která se zastavila na té nejhlubší úrovni vědomí, kterou vnímá zdravý člověk jen obtížně (32).

Komunikace mezi apalickým pacientem a personálem je téměř nemožná a ve fázi regrese velmi obtížná. I přes tyto okolnosti si musíme uvědomit, že nemocný může vnímat a slyšet. Podle zveřejněné studie britských a belgických vědců v čele s britským neurologem Adrianem Owenem z Cambridge, pacienti s apalickým syndromem komunikovat dokáží. V roce 2003 upadl devětadvacetiletý Belgičan na dva roky do kómatu. Poté se z bezvědomí probral a zůstal ve vegetativním stavu. Při zkoumání jeho mozkové činnosti funkční magnetickou rezonancí, se ukázalo, že dokáže odpovídat na jednoduché otázky netradičně myšlenkovou reakcí. Lékaři tomuto muži položili šest otázek, na něž stačilo odpovědět ano či ne. Ale mozkové signály napojené na ano i ne se rozlišují těžce, tak mu poradili, aby si v případě kladné odpovědi myslel, že hraje tenis a v případě odpovědi záporné na to, jak chodí po městě. Představy orientace a pohybu aktivují odlišné části mozku. Pomocí magnetické rezonance, která zjišťuje mozkové elektrické impulzy, vyšlo najevo, že odpověděl správně na pět otázek. Ředitel Neurologického institutu Geraint Rees na londýnské univerzitě však upozornil,

že pokud je člověk v tomto stadiu schopen odpovědět na šest otázek, neznamená to, že je plně při vědomí a je schopen rozhodovacího procesu (33).

Podle Helen Gillové z Královské nemocnice pro neurologické choroby v Londýně se zase při jiné studii ukázalo na 60 pacientech, že 43 procent z nich dokáže komunikovat.

Pacient s apalickým syndromem budí dojem, že se probral. I přes to, že kontakt s ním nelze navázat, měl by se každý účastník ošetrovatelského procesu řídit principem, že pacient má potřeby stejné jako člověk, který komunikuje, jen je neumí vyjádřit. K těmto lidem by se veškerý ošetřující personál měl chovat jako k lidem při vědomí a měl by svědomitě plnit jejich nejen fyziologické potřeby. Klade se důraz na potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti. K nemocným se mluví klidně a pečlivě se sleduje reakce na naše slova. Rozhovor o nemocném nebo jeho stavu, komplikacích nebo míře postižení se nesmí nikdy vést u lůžka nemocného. Pacienty se doporučuje jednotně oslovovat, nejlépe křestním jménem. Pokud dojde ke zlepšení stupně vědomí je důležitý nácvik optické fixace a schopnost sledování předmětů a osob. Základem pro další komunikaci je nácvik otevírání a zavírání očí. Při případném zlepšení kontaktu s nemocným se využívá činnost logopeda a psychologická podpora nemocného (8,26).

4.6.2 Komunikace s rodinou nemocného

Rodina je zdrojem informací o nemocném a spolupodílí se na péči o nemocného. Pro rodinné příslušníky je vhodné neomezovat návštěvy a zapojit je do spolupráce s ošetrovatelským týmem. Každá rodina však reaguje naprosto jedinečným způsobem a to ošetřující personál musí respektovat. Záleží na mnoha faktorech, jak se umí rodina se stávající situací vyrovnat např. na rozsahu a typu poškození u postiženého, hodnotové hierarchii rodiny, její přizpůsobivosti a odolnosti.

Rodinní příslušníci prožívají zármutek ještě za života svého blízkého, setkáváme se se smutkem, ale i vztekem. Kromě vzteku a smutku to může být také nejistota, ztráta očekávání a ztráta naděje. Úkolem všeobecné sestry a celého ošetrovatelského týmu je hledání společných cílů v péči. Při rozhovorech s rodinou by měl být užíván srozumitelný a věcný jazyk a důležité věci několikrát opakovat. Hledání a nalezení společných cílů v péči a budování vztahu důvěry (8,12).

4.7 Rehabilitační ošetřování

Rehabilitace je základní metodou léčby apalicky nemocných pacientů. Pokud se nemocný nepohybuje, dochází za poměrně krátkou dobu ke snížení výkonnosti svalů a tvoří se atrofie z nečinnosti. Mohou vzniknout svalové kontraktury. Šlachy a fascie se zkracují a vytváří se různé deformity páteře nebo končetin.

Rehabilitačním ošetřováním všeobecná sestra zamezuje všemi dostupnými prostředky vzniku komplikací a sekundárních změn. Provádí se polohování, pasivní pohyby, vertikalizace, kondiční cvičení, dechová cvičení a psychická i fyzická aktivace.

Charakteristické pro rehabilitační ošetřovatelství je spolupráce všeobecné sestry s ergoterapeuty a fyzioterapeuty. Všeobecná sestra nemůže nahrazovat práci rehabilitační pracovnice, ale v běžné sesterské praxi může pro pacienta s omezením pohybové aktivity udělat velmi mnoho.

Dobře vedená rehabilitace je nutná proto, aby nedocházelo ke spastickým svalovým kontrakturám. Pacient leží ve vynucené poloze a úkolem ošetřujícím personálu je pečovat o prevenci otlaků a jiných kožních komplikací pravidelným polohováním. Při polohování pacienta se dbá na to, aby každá poloha byla pro nemocného bezpečná. Změny poloh se musí v určitých časových intervalech měnit (pravý bok, záda, levý bok), nejlépe podle plánu polohování. Při polohování se mohou provádět poklepové masáže, které mají příznivý vliv na dýchání (11,13,20).

Vnímání vlastního těla se při klidném ležení mění již po 30 minutách. Poté dochází ke ztrátě vlastních tělesných hranic. Tento stav se ještě umocňuje u pacientů ležících na velmi měkkých antidekubitních matracích. Pacientovi můžeme prostřednictvím polohování umožnit informace o svém těle a tak výrazně podpořit vnímání tělesného schématu.

Od počátku komatózního stavu je důležité provádění pasivní rehabilitace. Jsou to pohyby prováděné druhou osobou nebo přístrojem.

Vychází ze zásady předejít spontánně vznikajícím patologickým polohám horních a dolních končetin. Jedná se o protahování a polohování končetin nemocného. Všeobecná sestra provádí pasivní pohyby při každé manipulaci s nemocným v rámci osobní hygieny nebo polohování. V průběhu případné remise stavu se prohlubuje celková, individuální rehabilitační terapie se zaměřením na funkční deficity s ohledem na schopnosti nemocného a aktuální zdravotní stav (8,31).

4.8 Bazální stimulace

Bazální stimulace je možnost, která nemocnému s postiženým vnímáním usnadňuje chápání okolního světa. Koncept bazální stimulace vyvinul v roce 1975 profesor Andreas Fröhlich při práci s tělesně a mentálně postiženými dětmi. Všeobecná sestra Christel Bienstein ho v 80. letech převedla do ošetrovatelské péče o nemocné.

Mezi základní prvky bazální stimulace jsou pohyb, komunikace, vnímání a jejich úzké propojení.

Úkolem všeobecné sestry během bazální stimulace je pochopit potřeby pacienta, porozumět a poznat jeho styl komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a rozvoj jeho osobnosti. Výchozím předpokladem je vcítit se do vnímání druhého, věnovat pozornost jeho požadavkům a potřebám. Naučit se nepovažovat ho za postiženého s různými deficity, ale respektovat jeho zachované schopnosti a kompetence. Prvky bazální stimulace rozdělujeme na základní (somatická, vestibulární a vibrační stimulace) a nástavbové (orální, olfaktorická, taktilně-haptická auditivní a vizuální stimulace).

Somatická stimulace

Somatická stimulace umožňuje pacientovi zprostředkovat vjemy ze svého těla a stimulovat vnímání svého těla. Prvním krokem při kontaktu s apalickým pacientem je iniciální dotek. Dává pacientovi najevo, kdy naše přítomnost u něj začíná a končí. Forma iniciálního doteku se předem stanoví a musí být na informační cedulce v blízkosti lůžka, aby ošetřující personál měl možnost zjistit způsob zahájení kontaktu s pacientem. Nejčastěji je to položení ruky na rameno. U nemocného se stanoví individuální plán denní péče na základě rozhovoru s rodinou nemocného nebo vyplnění anamnestického dotazníku rodinou. Pátráme po dřívějších návycích a způsobu životního stylu.

Jednou z možností somatické stimulace je celková, zklidňující koupel. U zklidňující koupele je důležité nepřerušovat kontakt, protože můžeme u pacienta vyvolat pocity strachu a nejistoty. Koupel trvá asi 15 minut a jejím cílem je pomoci pacientovi pocítit své tělo. Během koupele můžeme provádět masáž, která stimuluje dýchání. Vibrační pohyby mohou podporovat vykašlávání. Při koupeli není vhodné hovořit s třetí osobou. Tato koupel má přesně daná pravidla prováděných manipulací s pacientem.

Po celkové koupeli uložíme nemocného do Fowlerovy polohy, do polohy „hnízdo“ (viz Příloha č. 5) pomocí vypodložení a obložení těla speciálním polštářem s kuličkovou

náplní, který zajistí, že pacient zachovává stejnou polohu. Tato poloha poskytuje nemocným poziční komfort a navozuje u nich příjemné pocity. Nabízí jim pocit jistoty a zlepšení vnímání hranic svého těla.

Poloha „mumie“ (viz Příloha č. 6) se využívá převážně u pacientů, u kterých je nutná velmi intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu. Nemocný je zabalen do deky a prostěradla. Začínáme u nohou pacienta a končíme v horní části těla, kde prostěradlo zafixujeme přeložením jeho konce pod tělo pacienta.

Vestibulární stimulace

Prostřednictvím vestibulární stimulace může být pacientům poskytnuta podpora jejich rovnovážnému ústrojí, zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu.

Sestra s klientem pasivně cvičí po poledním klidu. Dle zdravotního stavu provádíme houpací pohyby „ovesné klasy“ na lůžku a otáčivé pohyby hlavy.

Vibrační stimulace

Cílem vibrační stimulace je stimulace kožních receptorů pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti. Tento způsob stimulace zprostředkovává intenzivní vjemy z jeho těla. Mohou se použít různé technické předměty (baterkové vibrátory, holicí strojky, elektrický zubní kartáček) nebo vlastní ruce. Vibrátory se přikládají do okolí kloubů na horních a dolních končetinách, můžeme je vkládat i do dlaně pacienta.

Optická stimulace

Pro znovuprobuzení vizuálních vzpomínek a vnímání pacienta požádáme rodinu o přinesení fotografií příbuzných nebo také obrázků či maleb, talismanů, plyšáků, a jiných předmětů, které jsou nemocnému blízké. Hledáme společně s rodinou způsob, který by umožnil pacientovi uvědomit si denní dobu a rozdíl mezi dnem a nocí.

Auditivní stimulace

Jejím cílem je stimulovat sluchové vnímání a rozlišovací schopnosti pro různé zvuky. Mohou to být oblíbené písně, vyprávění, nahrávky hlasu příbuzných nebo zvuky z denního života (tramvaj, rychlovarná konvice, zvuky přírody, atd.).

Orální a olfaktorická stimulace

Nejcitlivější a na vnímání nejméně aktivní zónu představují ústa. Orální stimulace se může kombinovat s péčí o dutinu ústní a nácvikem polykacího reflexu. Pachy a vůně jsou hlavními vyvolavateli vzpomínek. Vhodné jsou vůně deodorantů, parfémů a potřeb osobní hygieny svoje vlastní nebo milované osoby.

Taktilně - haptická stimulace

Poskytuje stimulace formou známých materiálů a věcí. Mohou to být oblíbené předměty, mobil, nebo věci užívané k výkonu povolání a dennímu režimu.

Rodina a příbuzní jsou velmi významným prvkem v léčebném ošetrovatelském procesu. Mnohdy zpočátku nevědí, co mají dělat. Pochopitelné a jasné instrukce jim mohou v počátečním ostychu pomoci.

4.8.1 Desatero bazální stimulace

Přivítání a rozloučení s pacientem se vyslovuje pokud možno vždy stejnými slovy. Dotyk při oslovení pacienta se provádí vždy na stejném místě. Hovořit se má jasně, zřetelně a ne příliš rychle a přirozeným tónem. Hlas se nezvyšuje, tón hlasu s mimikou a gestikulací mají odpovídat významu vyslovených slov. Používá se forma komunikace, na kterou byl pacient dříve zvyklý. A to se zjistí z odebrané anamnézy. V řeči se nepoužívají zdvořilky. S více osobami najednou se nehovoří. Při komunikaci s pacientem se redukuje rušivý hluk okolního prostředí. Pacientovi se umožní reagovat na vyřčená slova (32,34,35).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Pro ošetřující personál je péče o nemocné s apalickým syndromem velmi náročná, a to jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické. Ošetřující personál poskytuje nemocnému s apalickým syndromem komplexní ošetrovatelskou péči, při které je kladen velký zřetel na komunikaci s nemocným, na bazální stimulaci a spolupráci s rodinou nemocného. Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami pečujícími o pacienty s apalickým syndromem.

6 CÍL A ÚKOL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

6.1 Hlavní cíle

1. Zjistit, co považují všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem za největší problém.
2. Porovnat, zda a jakým způsobem ovlivňuje přístup k apalickému pacientovi skutečnost, poskytuje-li ošetrovatelskou péči žena nebo muž.
3. Zjistit vliv délky praxe v oboru a jejího promítání do přístupu k nemocným s apalickým syndromem.

6.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, jak probíhá komunikace všeobecných sester s apalickým pacientem a jejich úskalí.
2. Zjistit, zda se školí všeobecné sestry pečující o apalického nemocného v bazální stimulaci.
3. Zjistit aspekty psychické a fyzické náročnosti doprovázející ošetrovatelskou péči, kterou tito nemocní vyžadují.
4. Zjistit zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu.

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké problémy shledávají všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem?
2. Jakým způsobem všeobecné sestry komunikují s apalickým pacientem?
3. Vnímají všeobecné sestry větší fyzickou zátěž při péči o pacienta s apalickým syndromem?
4. Vnímají všeobecné sestry větší psychickou zátěž při péči o pacienta s apalickým syndromem?
5. Jaká je motivace všeobecných sester pracujících s pacienty s apalickým syndromem?

8 METODIKA

Pro získání informací potřebných pro mou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum, metodu dotazování pomocí polostandardizovaného rozhovoru. Soubor respondentů tvoří celkem šest zdravotníků pečujících o nemocné s apalickým syndromem. Respondenty jsem vybírala z řad mých kolegů, známých a také mezi těmi, se kterými jsem se během rozhovoru viděla poprvé. Dva z dotazovaných pracují v současnosti na oddělení anesteziologicko resuscitačním, tři respondenti na oddělení dlouhodobé intenzivní péče a jeden respondent v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Se všemi zdravotníky jsem se postupně sešla a provedla s nimi polostandardizovaný rozhovor. Zdravotníci byli seznámeni s důvodem našeho setkání a rozhovor jsem vedla s každým zvlášť. Odpovědi respondentů jsem si s jejich svolením nahrávala a poté je přepsala do písemné formy. Respondenti byli ujištěni o zachování jejich anonymity.

9 VZOREK RESPONDENTŮ

Ke zpracování praktické části bakalářské práce jsem oslovila tři všeobecné sestry a dva všeobecné ošetřovatele a zdravotnického záchranáře, kteří mají zkušenosti s ošetřováním nemocných s apalickým syndromem. Vzorek respondentů byl vybrán od kolegyní a kolegů pracujících na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, dlouhodobé intenzivní péči a v léčebně dlouhodobě nemocných ve čtyřech západočeských nemocnicích. Rozhovory byly uskutečněny od října 2012 do prosince 2012.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

10.1 Přepis rozhovorů s respondenty

Respondent č. 1

Jako první jsem požádala o rozhovor všeobecnou sestru Pavlu, která pečuje o nemocné s apalickým syndromem. Po střední zdravotnické škole Pavla studovala při zaměstnání pomaturitní specializační studium ARIP (anestezie, resuscitace a intenzivní péče). Nedávno dokončila magisterské studium v oboru ošetřovatelství. Je jí 36 let a pracuje 16 let na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

1. Co Vás vedlo k volbě pracovat na tomto oddělení?

„Vždy mě to táhlo pracovat v intenzivní péči, o jiném oboru jsem snad ani nepřemýšlela. Po dokončení studia střední zdravotnické školy jsem měla pohovor s hlavní sestrou, a tak se to vše náhodně dobře sešlo.“

2. Kolik pacientů s apalickým syndromem je hospitalizováno u vás na oddělení?

„Nevím, statistiky nemáme. Ale odhaduji to na pět pacientů ročně. To je takový hrubý odhad. Nepobývají u nás sice tak dlouhou dobu jako na oddělení dlouhodobé intenzivní péče, ale mám s nimi bohaté zkušenosti.“

3. Co považujete za největší problém v ošetrovatelské péči o nemocného s apalickým syndromem?

„Je to finanční zátěž pro společnost, protože léčba je velmi nákladná. Ve většině případů je nutné nemocným poskytovat dlouhodobou péči. V současnosti je to aktuální téma. Hrozí vysoké riziko infekce, které může vzniknout i přes kvalitní ošetrovatelskou péči. O koloběhu antibiotik a rezistenci kmenů bakterií nemluvě. Občas se setkávám i s nepochopením rodiny, která nevidí u pacienta pokroky, a proto hledá chyby v personálu. Je to potom náročnější a ta motivace pak už není taková. Někdy se dokonce vyskytne nechuť ošetrovat nemocného, u kterého není vidět pokrok a práce se zdá být zbytečná. Jsme intenzivní péče a jako sestry jsme zvyklé na jiné stavy, život ohrožující. Často vidáme zlepšení stavu nemocného a jeho stabilizaci s následným překladem na jiné oddělení. Jsme i svědky zhoršení stavu nemocného a špatných konců. Ale dlouhodobě neměnný stav je pro mě, osobně demotivující.“

4. Jste proškoleni v přístupu k nemocným s postižením mozku, víte, jak s nimi komunikovat?

„Proškolené nijak nejsme, ale vím, jak komunikovat.“

5. Jak probíhá komunikace mezi Vámi a nemocným s apalickým syndromem?

„Smíšeně verbálně nebo neverbálně. Na našem oddělení provádíme bazální stimulaci. Nemocnému vždy vysvětluji, co se s ním bude dít.“

6. Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?

„Kurz bazální stimulace jsem neabsolvovala, ale máme u nás 5 sester, které ten kurz absolvovaly. Jsou schopny nás školit na klinických seminářích. Myslím, že za ta léta péči zvládám celkem dobře.“

7. Vnímáte práci s apalickým pacientem jako psychicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?

„Psychicky je to náročné, protože ztrácíte motivaci k vaší práci a je to ubíjející obzvlášť, když jsme zvyklé na život ohrožující stavy. Také je někdy náročná spolupráce s rodinou, i to vyčerpává, protože se rodina na vás doslova „nalepí“ a vycucává energii. Naštěstí jsem se za ta léta naučila nenosit si práci domů, umím relaxovat, cvičím jógu, ráda poslouchám hudbu, chodím do kina, divadla a čtu si knihy.“

8. Vnímáte práci s apalickým pacientem fyzicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?

„Co se týká apalického syndromu, tak fyzicky náročné to je, protože jsou pacienti často spastičtí, mívají kloubní kontraktury, je u nich někdy motorický neklid, takže úprava polohy pacienta může být častější než obvykle.“

9. Dosahují nemocní s AS viditelných zlepšení? Pokud odpovíte ano, v jakých oblastech?

„Jediné zlepšení je v tom, že je odpojíme od ventilátoru na umělou plicní ventilaci, zlepši se stav enterální výživy a vyléčí se defekty na kůži.“

10. Co Vás motivuje v práci s apalickým pacientem?

„Budu upřímná, vidina, že se brzy vylepší natolik, že nebude potřebovat péči vysoce specializovaného pracoviště a přeloží se na oddělení dlouhodobé péče.“

11. Jaké máte zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu apalického pacienta?

„Většina zkušeností je bohužel záporná. Rodina se do ošetrovatelského procesu o apalicky nemocného zapojovat odmítá z nejrůznějších důvodů. Jsou schopni vyplnit dotazník bazální stimulace, pak dodržují to, co jim řekneme ohledně chování k pacientovi. Jsou ochotni nakoupit elektroniku, například CD přehrávače nebo televizi, ale ošetrovatelskou péčí o ně ze své strany odmítají. Myslím tím například cvičení, polohování nebo hygienu. Mohla bych spočítat na prstech obou rukou, kolik lidí se zapojilo a mělo zájem o naši práci. U dětí je postoj rodiny jiný. Rodina je intenzivnější, je to pro ně asi přirozenější, ale spíše jen hra stimulace, rehabilitace, ale hygiena jen málo.“

12. Jak pohlížíte na kvalitu života u těchto nemocných?

„Jako na přítěž pro rodinu a pro celou naši společnost České republiky, je to ale problém celosvětový. Často jsem se sama sebe ptala, jestli bych byla či nebyla pro eutanázii, je to složitý problém, ale o kvalitě se asi nedá mluvit, je to přežívání, živoření a to nikdo nevolí dobrovolně, každý by vám řekl, že by tohle nechtěl. Je to neštěstí.“

Respondent č. 2

Druhý rozhovor jsem vedla s kolegyní Lenkou. Lence je 30 let a jako všeobecná sestra pracuje 11 let. Studovala střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium ARIP (anestezie, resuscitace a intenzivní péče). Bakalářské studium v oboru všeobecná sestra musela minulý rok přerušit, protože studium, zaměstnání a dvě malé děti bylo pro Lenku časově velmi náročné. První 3 roky pracovala na hematologické jednotce intenzivní péče. Poté pracovala rok na chirurgickém oddělení, rok v lázeňské ošetrovně a 4 roky na chirurgické jednotce intenzivní péče. V současnosti pracuje již dva roky na oddělení dlouhodobé intenzivní péče.

1. Co Vás vedlo k volbě pracovat na tomto oddělení?

„Úplně na začátku jsem si říkala, že na oddělení dlouhodobé intenzivní péče nastoupit musím. Výběr práce ve zdravotnictví v tomto kraji není velký. Nemocnice byla ještě donedávna uzavřena. Plánovala jsem úplně jiný obor, než dlouhodobou intenzivní péči. Naštěstí jsem v práci spokojená. Tato práce je mi blízká. Získávám pořád nové zkušenosti.“

2. Kolik pacientů s apalickým syndromem je hospitalizováno u Vás na oddělení?

„V současné době, z celkového počtu třinácti pacientů, tři. Vlastně čtyři. Naše oddělení je otevřené něco přes tři roky, jeden z apalicky nemocných je u nás téměř od počátku, co se naše oddělení otevřelo.“

3. Co hodnotíte jako největší problém v ošetrovatelské péči o nemocného s apalickým syndromem?

„Na jednu sestru a ošetrovatele připadá 4 až 5 pacientů na jednu směnu. To je dost fyzicky náročné. Koncept bazální stimulace je dobrá věc, ale sestra na ní musí mít čas. V první řadě musí zvládat hlavně ošetrovatelskou péči, a když je čas, může se věnovat bazální stimulaci. Někdy ani nic navíc nestihnu. Bylo by dobré vyčlenit jednu sestru, která by s nemocnými mohla bazální stimulaci provádět.“

Dalším problémem jsou nozokomiální nákazy. Oddělení dlouhodobé intenzivní péče je velmi rizikové. Nebezpečné jsou rezistentní kmeny bakterií, které u nás jednoduše jsou. Rizikové je například odsávání nemocného z dýchacích cest. Nejlepší by bylo používat uzavřený odsávací systém. U nás se ale převážně praktikuje odsávání

otevřeným způsobem. Je důležité poctivé dodržování všech opatření snižující riziko přenosu patogenů a zabránění přenosu z pacienta na pacienta.“

4. *Jste proškoleni v přístupu k nemocným s postižením mozku, víte jak s nimi komunikovat?*

„Nějak extra školené v komunikaci s apaliky nejsme, ale vím, jak s nimi komunikovat, učily jsme se to v kurzu bazální stimulace.“

5. *Jak probíhá komunikace mezi Vámi a nemocným s apalickým syndromem?*

„Důležité je použít kontaktní místo. Položit pacientovi ruku na předem domluvené místo na jeho těle. To máme mezi personálem smluvené jedno. U nás je domluveno rameno. Používáme stejné oslovení, na kterém se u pacienta předem domluvíme. Když potřebujeme u pacienta něco dělat, předem ho upozorníme dotykem a vysvětlíme, co u něj budeme dělat. Vždy jim oznamujeme začátek a konec výkonu. Vyhneme se bavení o osobních záležitostech před pacientem. Celkový přístup k pacientům je teď lepší. Kurz bazální stimulace změnil i můj přístup k těmto nemocným. Moc mi to v té komunikaci s nimi pomohlo.“

6. *Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?*

„Kurz bazální stimulace jsem absolvovala. Postupně se proškoluje celé oddělení. Po kurzu jsem změnila chování k apalicky nemocným. Silným zážitkem pro mě bylo vyzkoušet si být na jejich místě. Na kurzu mě položili do lůžka. Byla jsem přikrytá a musela jsem se zavřenýma očima ležet bez hnutí. Stačilo mi deset minut ležet v jedné pozici a vše už mě bolelo. Najednou do místnosti vtrhly dvě osoby, které ze mě stáhly beze slova peřinu a manipulovaly se mnou. Byl to opravdu nehezky zážitek. Sice nevíme, jak nás apalictí nemocní vnímají, ale mohl by si to vyzkoušet každý, kdo s těmito lidmi pracuje.“

7. *Vnímáte práci s apalickým pacientem psychicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?*

„Psychicky to snáším dobře, nemám s tím žádný problém. Nechtěla bych zažít, aby tam ležel někdo, koho znám. To bych určitě psychicky nezvládala.“

8. Vnímáte práci s apalickým pacientem fyzicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?

„Vnímám ji jako fyzicky velmi náročnou. Pacienti se po třech hodinách polohují a někteří jsou opravdu těžcí. S každým nemocným jezdíme denně do sprehy. Nejezdíme, pokud mají teploty nebo jsou oběhově nestabilní. Někdy toho je na mě dost a jsem fyzicky vyčerpaná.“

9. Dosahují nemocní s AS viditelných zlepšení? Pokud odpovíte ano, v jakých oblastech?

„Donedávna pacienti žádných velkých zlepšení nedosahovali. Od začátku října jsme začali s bazální stimulací. Máme s ní velmi dobré zkušenosti. Pacienti jsou klidnější a celkově spokojenější.“

10. Co Vás motivuje v práci s apalickým pacientem?

„Vždy potěší zlepšení stavu pacienta, i když jen minimálně. I mírné zlepšení беру jako úspěch. A někdo se o tyto lidi přece starat musí. I oni mají právo žít.“

11. Jaké máte zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu u apalického pacienta?

„Zkušenosti s rodinnými příslušníky jsou pestré. Leží u nás pacient, kterému je třicet let a nikdo za ním nepřišel za celou dobu hospitalizace. A to u nás leží už dva roky. Ale u zbylých třech pacientů spolupracují velmi dobře. Nosí jim různé pomůcky. Například oblečení, hudbu i pomůcky k rehabilitaci. Jedna paní nosí domácí jídlo, když přijde. Chodí každý druhý den. Nebo pána hladí žínkou. Tím se u nás někteří příslušníci také zapojují“

12. Jak pohlížíte na kvalitu života u nemocných s apalickým syndromem?

„Samozřejmě, že život pacientů s apalickým syndromem by nikdo nechtěl. Kvalita života těchto pacientů není dobrá.“

Respondent č. 3

Janě je 26 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a teď studuje druhý ročník bakalářského studia obor všeobecná sestra. Ve zdravotnictví pracuje šest let. Dva roky pracovala na interním oddělení. Poslední čtyři roky je zaměstnaná na oddělení dlouhodobé intenzivní péče.

1. Co Vás vedlo k volbě pracovat na tomto oddělení?

„Myslela jsem si, že to bude hodně podobné jako péče o pacienty na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Chtěla jsem si udělat takový mezistupeň, abych nešla rovnou na ARO a zároveň abych získala praxi na dlouhodobé intenzivní péči. Chtěla jsem získat nové zkušenosti z toho oboru. Vedly mě k tomu také peníze, protože máme příplatky.“

2. Kolik pacientů s apalickým syndromem je hospitalizováno u vás na oddělení?

„Máme vlastně dvě oddělení, s tím, že na každé straně oddělení pracují dvě sestry. Takže dohromady tam máme 16 pacientů. Na jedné straně vychází na jednu sestru tři a na druhou čtyři pacienti, na druhé straně má jedna sestra pět a druhá čtyři pacienty. Někdy je to náročné to všechno stihnout. Záleží, jestli jsou stabilní. Přejde mi, že je to jako ARO. S apalickým syndromem tam máme pět pacientů. Zatím to vychází a je to rozdělené rovnoměrně. Někdy si samozřejmě musíme mezi sebou pomáhat. To vše záleží na situaci, stavu pacientů a taky lidech, se kterými člověk slouží. Ale pomáháme si a nějak se to vždy zvládne.“

3. Co považujete za největší problém v ošetrovatelské péči o nemocného s apalickým syndromem?

„S apalickými pacienty se špatně komunikuje. Nejde od nich odezírat, žádná zpětná odezva. Člověk si k nim nevytvoří žádný vztah. Vytváří se k nim vztah spíš jako k věci než k pacientovi. Když není žádná reakce, na nic nereaguje, je to takový na nic. V podstatě to ve většině případů s tím nemocným nekončí dobře. Já vím, že spouště kolegyně to, že nemocný nemluví, zrovna vyhovuje. Takže co sestra to názor.“

4. *Jste proškoleni v přístupu k nemocným s postižením mozku, víte jak s nimi komunikovat?*

„S pacientem se komunikuje jako s normálním pacientem při vědomí. Nad hlavou u postele mají cedulku s tím, kde se mu provádí iniciální dotek. Má to poznamenané i v dokumentaci. Iniciální dotek se stanovuje po rozhovoru s někým blízkým z rodiny. Dotazujeme se rodinných příslušníků na to, co mají rádi a co nemají rádi. Například kde nemají rádi dotýkání a kde ano. Někteří pacienti nemají třeba rádi dotyk na rameno nebo na hlavu. Každý, kdo k němu přijde, pozdraví, a měl by mu vždy říkat, co se s ním bude dít.“

5. *Jak probíhá komunikace mezi Vámi a pacientem?*

„Snažím se na něj mluvit, ale nevěřím, že mě nějak vnímá. Přiznám se, posledních pár hodin směny už nemám ani sílu mluvit s nimi, jako by mi rozuměli.“

6. *Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?*

„Kurz bazální stimulace jsem neabsolvovala.“

7. *Vnímáte práci s apalickým pacientem jako psychicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?*

Psychicky je to o 100%, aspoň tedy pro mě, náročnější. Víc než na interně, kde jsem pracovala. Lepší je mít 15 pacientů na interně než čtyři pacienty u nás na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Někomu může vyhovovat, že ti pacienti nemluví. Mě to ale poslední dobou začíná vadit. Chybí mi ta zpětná vazba.“

8. *Vnímáte práci s apalickým pacientem jako fyzicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?*

„Od doby co pracuji na tomto oddělení, mám problémy s páteří. Záda mě někdy dost bolí, už jsem s tím i marodila. Fyzicky je to náročná práce, pro mě určitě hodně.“

9. *Dosahují nemocní viditelných zlepšení? Pokud odpovíte ano, tak v jakých oblastech?*

„Na chvíli tam nějaké zlepšení být může. Nemocným může hodně pomáhat účast a pomoc rodiny. Na to nemocní dobře reagují. Velký zlepšování jsem v praxi bohužel nezažila.“

10. Co Vás motivuje v práci s apalickým pacientem?

„Jsem v takovém stadiu, že mě nic nemotivuje. Začíná mi to vadit čím dál víc. Lidi se téměř nezlepšují a nekomunikují. Asi jsem vyhořela a měla bych zvážit přestup na jiné oddělení. Momentálně ale nemám žádnou možnost. Vybírat u nás si moc nemohu.“

11. Jaké máte zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu u apalického pacienta?

„V ošetrovatelském procesu rodina neexistuje. Rodina nám naopak zadává, co máme udělat, třeba ostříhat nehty, vlasy. Málokdy se setkáš se zapojením rodiny do procesu. Nechci zase všem křivdit, zažila jsem taky několik aktivních rodinných příslušníků, co pacientovi pomáhali, snažili se. Ale moc dlouho jim to taky nevydrželo. Člověk se jim ani nediví, když pacient neudělá žádné pokroky. Musí to být pro ně taky náročný.“

12. Jak pohlížíte na kvalitu života u těchto nemocných?

„Kvalita života pro toho člověka podle mě není žádná. Je to zatěžující pro rodinu, léčba je finančně náročná.“

Respondent č. 4

Milan je všeobecný ošetřovatel. Je mu 40 let. Do zdravotnictví se dostal jako voják. Na civilní službě, pracoval jako sanitář. Práce ho bavila, proto vystudoval střední zdravotnickou školu a poté i bakalářské studium v oboru všeobecná sestra. V současnosti Milan pracuje již 14 let v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Předtím pracoval 6 let v ústavu sociální péče.

1. Co Vás vedlo k volbě pracovat na tomto oddělení?

„Dostal jsem se do zdravotnictví úplnou náhodou. Nikdy předtím mě ani nenapadlo, že bych mohl jako zdravotník pracovat. Ale díky civilní službě jsem zjistil, že práce ve zdravotnictví mě baví a že to určitě chci dělat dál. Proto jsem začal dálkově studovat střední zdravotnickou školu. Nedávno jsem vystudoval bakalářské studium v oboru všeobecná sestra a rád bych ve studiu ještě dál pokračoval.“

2. Kolik pacientů s apalickým syndromem je hospitalizováno u Vás na oddělení?

„U nás se teď momentálně žádný pacient s apalickým syndromem nenachází. Ale už jsem jich několik ošetřoval. Teď musím přemýšlet, kolik jsem jich za celou dobu, co pracuji, mohl ošetřovat. Počítám něco kolem patnácti pacientů. Myslím si, že to bylo možná víc než patnáct lidí. Není to sice moc, ale leželi u nás většinou dlouhou dobu, tak jsem měl možnost poznat, co obnáší jejich ošetřování.“

3. Co považujete za největší problém v ošetřovatelské péči o nemocného s apalickým syndromem?

„První co mě napadá je marnost a bezvýchodnost. Nemocní s apalickým syndromem které jsem ošetřoval, nakonec podleli nějaké komplikaci, která se vyskytla v průběhu hospitalizace. Je těžké hledat v péči o tyto nemocné smysl. Kdyby člověk viděl zlepšování stavu a účelnost. Tak to ale nechodí nebo jsem to alespoň já nezažil.“

4. Jste proškoleni v přístupu k nemocným s postižením mozku, víte jak s nimi komunikovat?

„Nejsem proškolen, ale vím, o co jde. Hodně se teď používá bazální stimulace. Při bazální stimulaci se dbá na určité postupy při komunikaci a celkovém zacházení s nemocným nejen v průběhu ošetřovatelského procesu. Sám ale nemám s bazální

stimulací žádné zkušenosti. U nás jsem zažil, že se pouštěla muzika z rádia. Ze strany personálu není zase tolik času, aby se prováděla bazální stimulace nebo zvláštní metody komunikace. Pacienty jsme oslovovali křestním jménem a snažili jsme se ve většině případů povídat, co se s nimi bude dít. Ale abych řekl pravdu, předcházení dekubitům, dostatečná hydratace a výživa a pravidelná stolice, to je pro nás tak nějak prioritní. Při celkovém počtu 35 pacientů na oddělení a například odpolední směny odsloužené ve dvou jsme rádi, že zajistíme tyto priority.“

5. Jak probíhá komunikace mezi Vámi a pacientem s apalickým syndromem?

„Pacienti nás nevnímají. Nepoužíváme žádnou speciální komunikaci. Říkáme jim, co budeme dělat a používáme nonverbální komunikaci. Dotyky a polohování. Nic speciálního.“

6. Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?

„Ne“

7. Vnímáte práci s apalickým pacientem jako psychicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?

„Psychicky... nevím, jak bych to řekl, prostě někdy mi to přijde takový zbytečný se o tyto lidi starat. Ta prognóza není dobrá. S pacienty si rád popovídám. Ale nemocný s apalickým syndromem to je trochu víc psychicky náročnější. Je to můj pohled, jak to vnímám já.“

8. Vnímáte práci s apalickým pacientem fyzicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?

„Za sebe mohu říct, že je to s apalickými pacienty trochu fyzicky náročnější. Ale neřekl bych, že je to nějak výrazné. Jsou u nás i jiní ležící nemocní, kteří vyžadují péči podobnou.“

9. Dosahují nemocní viditelných zlepšení? V jakých oblastech?

„Nesetkal jsem se u těchto nemocných se zlepšením. Hospitalizace byla individuálně dlouhá. Hádám většinou tak kolem dvou až pěti let. U nemocných dochází k postupné degradaci těla. Možná bych to neměl ani vyslovovat, ale lepší snad umřít, než tato bezvýchodná situace.“

10. Co Vás motivuje v práci s apalickým pacientem?

„Motivace? Snažím se, abych zajistil pacientovi kvalitní ošetrovatelskou péči.“

11. Jaké máte zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu?

„Já bych řekl, že rodina se snažila vesměs vždy zapojit, spolupracovali hodně dobře. Ale do ošetrovatelského procesu si nepamatuji, že by se někdo z příslušníků zapojoval. Možná jedna maminka občas čistila synovi zuby a občas mu zastříhávala nehty. Ta se starala hodně, vždy mu přinesla i jídlo, které měl rád. Snažila se ho krmit. Chodila na návštěvy téměř každý den po práci. Je to individuální, záleží to vždy na konkrétní rodině.“

12. Jak pohlížíte na kvalitu života těchto nemocných?

„Kvalita jejich života je špatná, situace bezvýchodná a naděje na uzdravení malá.“

Respondent č. 5

Jakubovi je 24 let a vystudoval vyšší odbornou školu v oboru zdravotnický záchranář. Pracuje tři roky na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

1. Co Vás vedlo k volbě pracovat na tomto oddělení?

„Rád bych získal praxi na intenzivní péči lůžkového oddělení. V současné době bych se chtěl intenzivní péči dál věnovat. Je to tady pro mě dobrá škola. Po získání dostatečné praxe a zkušeností by mě to bavilo třeba na emergency nebo u letecké záchranné služby. Takové mám plány teď, ale budoucnost může být jiná.“

2. Kolik pacientů s tímto syndromem je hospitalizováno u Vás na oddělení?

„U nás nejsou pacienti s apalickým syndromem hospitalizováni zase až tak často. Můj odhad je zhruba asi 4 osoby za rok.“

3. Co považujete jako největší problém v ošetrovatelské péči o nemocného s apalickým syndromem?

„Hned mi nic nenapadá. U nás se u nemocných věnujeme hlavně zvládnutí kritických stavů. Možná, že je špatná návaznost na již zavedenou bazální stimulaci. Školením bazální stimulace by měli projít všichni, kdo se o apaliky starají. Dobré by také bylo, aby kurzem prošli i rodinní příslušníci.“

4. Jste proškoleni v přístupu k nemocným s postižením mozku, víte jak s nimi komunikovat?

„Proškolení jsme, komunikaci celkem zvládám, v bazální stimulaci jsem také proškolen, ale nemám za sebou vzdělávací certifikovaný kurz. Zkušenosti nám podávají kolegyně, které kurzem prošly.“

5. Jak probíhá komunikace mezi Vámi a nemocným s apalickým syndromem?

„Nevím jak to jednoduše popsat, v podstatě smíšená komunikace. Je to velmi obtížná komunikace. Na pacienty mluvím normálně, komunikuji i pomocí doteků. Někteří nereagují ani na slova ani na dotyk. Je těžké poznat, jak a zda vůbec pacient reaguje na mojí komunikaci. Ale myslím, že může slyšet i vnímat. Ale když s pacientem mluvím, mám dobrý pocit z toho, že s pacientem dobře zacházím.“

6. Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?

„V bazální stimulaci jsem proškolen, ale nemám za sebou vzdělávací certifikovaný kurz.“

7. Vnímáte práci s apalickým pacientem jako psychicky náročnější než práci s jinými klienty? Proč?

„Psychicky možná tak trochu víc, ale nic výjimečného.“

8. Vnímáte práci s apalickým pacientem jako fyzicky náročnější než práci s jinými klienty? Proč?

„Já jí nevnímám jako náročnější a nemyslím, že je fyzicky náročnější než práce s ostatními pacienty.“

9. Dosahují nemocní viditelných zlepšení? V jakých oblastech?

„Nedokážu to posoudit, protože si myslím, že u nás tito pacienti dlouhodobě nikdy neleží, překládáme je na jiná pracoviště. Z našeho pohledu je důležitá stimulace a rehabilitace nemocného hned od počátku.“

10. Co Vás motivuje v práci s apalickým pacientem?

„Nerozeznávám diagnózy, moje péče je vždy stejná, takže těžko říct, prostě je to pro mne pacient, nepřemýšlím o motivaci, jsem v práci.“

11. Jaké máte zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu?

„U dětí je to určitě jiné, což je dost pochopitelné. U dospělých zapojení rodiny spíše ne. Rodinní příslušníci nejsou moc zvyklí komunikovat s člověkem v bezvědomí nebo spíš neví jak na to. Někteří jen stojí u lůžka a bojí se ho dotknout, jen na něj koukají, nejsou schopní se přiblížit, ani nemluví. My se příbuzným snažíme pomoci, informujeme je o péči a o okolí lůžka, odpovídáme na jejich dotazy v rámci naší kompetence. Lékaři je informují o zdravotním stavu.“

12. Jak pohlížíte na kvalitu života u těchto nemocných?

„Já osobně jsem pro eutanázii, nikdy bych takhle nechtěl dopadnout a být v takovém stavu.“

Respondent č. 6

Josef vystudoval střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium ARIP. Je mu 33 let a ve zdravotnictví pracuje 14 let. Předtím pracoval 11 let na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Nyní pracuje třetím rokem na oddělení dlouhodobé intenzivní péče.

1. Co Vás vedlo k volbě pracovat na tomto oddělení?

„Chtěl jsem nejdřív vyzkoušet pracovat na ARU. Pracoval jsem tam dlouho. Potom se mi naskytla příležitost pracovat přímo v místě bydliště na oddělení DIP.“

2. Kolik pacientů s tímto syndromem je hospitalizováno u Vás na oddělení?

„U nás jsou teď 4 pacienti.“

3. Co považujete za největší problém v ošetrovatelské péči o nemocného s apalickým syndromem?

„Je to dlouhodobá záležitost a péče vyžaduje dlouhodobou přístrojovou monitoraci a specializačně vzdělané sestry a lékaře. Vyžaduje navyšování antibiotické léčby kvůli nozokomiálním nákazám.“

4. Jste proškoleni v přístupu k nemocným s postižením mozku, víte jak s nimi komunikovat?

„Žádná speciální školení, ani kurz bazální stimulace.“

5. Jak probíhá komunikace mezi Vámi a nemocným s AS?

„Snažím se manipulovat s nemocným pomalu, mluvím klidně. Připravím ho například na polohování. Oznamím mu, že ho přetočím na druhý bok.“

6. Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?

„Jak jsem již řekl, ne.“

7. Vnímáte práci s apalickým pacientem jako psychicky náročnější ve srovnání s jinými pacienty? Proč?

„Psychicky to pro mě není nějak víc zatěžující. Práce na tomto oddělení mi vyhovuje. Máme tu i dobrý kolektiv, pacienty známe, leží u nás dlouhou dobu. Staráme se o ně podle mého názoru velmi dobře.“

8. Vnímáte práci s apalickým pacientem jako fyzicky náročnější ve srovnání s jinými pacienty? Proč?

„Práce mi nyní nepřípadá fyzicky náročnější.“

9. Dosahují nemocní viditelných zlepšení? V jakých oblastech?

„Neřekl bych, že dochází k nějakým zlepšením. Při provádění bazální stimulace se zlepšuje spasticita a je s nimi lepší manipulace a přestávají tolik slinit.“

10. Co Vás motivuje v práci s apalickým pacientem?

„Do práce chodím, abych si něco vydělal a nebyl chudý. Nevím, jestli bych se něčím jiným uživil, nic jiného totiž neumím. Práci s apalickými nemocnými беру jako potřebnou a důležitou. Motivují mě rodinní příslušníci. Když vidím, jak je pro ně člen jejich rodiny pořád ještě důležitý.“

11. Jaké máte zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu?

„Většinou dobré. Někdy se s danou situací nemohou dobře vyrovnat a potřebují pomoc nebo radu. Tak k nim i přistupuji. Povídám jim o pacientovi, oni se často ptají na různé informace. Například čemu nepochopili, když mluvili s doktorem.“

12. Jak pohlížíte na kvalitu života u těchto nemocných?

„Zeptejte se koho chcete, podle mě vám nikdo neřekne, že je kvalita života u těchto lidí uspokojivá. Ale jsme společnost, která se zatím o tyto nemocné dokáže postarat a to je dobře. Jenom doufám, že to tak i nadále zůstane. Nejsem pesimista, ale stát se může v dnešní době cokoliv.“

10.2 Souhrn informací o respondentech

Respondentka č. 1: 36 let, 16 let na ARO, SZŠ -všeobecná sestra, ARIP, Mgr. v oboru ošetrovatelství

Respondentka č. 2: 30 let, 11 let praxe, poslední 2 roky Oddělení dlouhodobé intenzivní péče, SZŠ- všeobecná sestra, ARIP, Bc - všeobecná sestra, přerušené studium

Respondentka č. 3: 26 let, 6 let praxe, poslední čtyři roky na Oddělení dlouhodobé intenzivní péče, SZŠ -všeobecná sestra, Bc - všeobecná sestra - studuje

Respondent č. 4: 40 let, 20 let praxe, posledních 14 let na LDN, SZŠ – všeobecná sestra, Bc - všeobecná sestra

Respondent č. 5: 24 let, 2,5 roku na ARO, VZŠ - zdravotnický záchranář

Respondent č. 6: 33 let, 14 let praxe, poslední tři roky na Oddělení dlouhodobé intenzivní péče, SZŠ - všeobecná sestra, ARIP

10.3 Analýza cílů bakalářské práce

Prvním hlavním cílem bylo zjistit, co považují všeobecné sestry za největší problém v ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem.

Při vyhodnocování rozhovorů jsem zjistila, že za největší problém považují tři respondenti žádné nebo minimální zlepšení zdravotního stavu, chybějící zpětnou vazbu od pacienta a vysoké riziko infekce s následnou antibiotickou léčbou. Dva respondenti uvedli nedostatek času na bazální stimulaci, snižující se motivaci ošetřujícího personálu a dlouhodobou péči o tyto nemocné, zbytečnost péče a těžké hledání smyslu v péči o tyto nemocné a finanční náročnost léčby a péče. Nepochopení rodiny a její malé zapojení do ošetrovatelského procesu uvedla jedna respondentka a nedostatečný počet ošetřujícího personálu uvedla též jedna z respondentek.

Druhým hlavním cílem bylo porovnat, zda a jakým způsobem ovlivňuje přístup k apalickému pacientovi skutečnost, poskytuje-li ošetrovatelskou péči žena nebo muž.

Při porovnání odpovědí respondentů žen a respondentů mužů na všechny položené otázky jsem zjistila rozdíly u odpovědí na tyto otázky:

- *Vnímáte práci s apalickým pacientem jako psychicky náročnější než práci s jinými pacienty?*
- *Vnímáte práci s apalickým pacientem jako fyzicky náročnější než práci s jinými pacienty?*
- *Co Vás motivuje v práci s apalickým pacientem?*
- *Jaké máte zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu u apalického pacienta?*

Ve zbývajících odpovědích respondentů rozdělených podle pohlaví jsem neshledala větší rozdíly.

„Vnímáte práci s apalickým pacientem jako psychicky náročnější než práci s jinými pacienty?“

Dvě všeobecné sestry považují péči o apalicky nemocné vždy za psychicky náročnou. Jedna sestra nepovažuje práci za psychicky náročnou. Jeden z mužů na otázku odpověděl, že péče o tyto nemocné je vždy trochu psychicky náročnější. Další z mužů odpověděl, že je tato péče trochu psychicky náročnější, ne však výjimečně a poslední muž odpověděl, že péče o apalicky nemocné není pro něj psychicky zatěžující. Z toho usuzuji, že všeobecné sestry považují péči o nemocné s apalickým syndromem jako více psychicky náročnou než všeobecní ošetrovatelé.

„Vnímáte práci s apalickým pacientem jako fyzicky náročnější než práci s jinými pacienty?“

Všechny všeobecné sestry ženy odpověděly, že považují práci o apalicky nemocné za fyzicky náročnou. Všeobecní ošetrovatelé ji nepovažují za více fyzicky náročnou, než péči o jiné pacienty.

„Co Vás motivuje v práci s apalickým pacientem?“

Jednu všeobecnou sestru motivuje, že se pacient přeloží na jiné oddělení. Druhou sestru motivuje každé, i malé zlepšení zdravotního stavu nemocného. Třetí sestru nemotivuje nic. Jeden z mužů se otázce podívil a konkrétně neodpověděl. Druhý z mužů odpověděl, že o motivaci nepřemýšlí a třetí odpověděl, že ho motivují rodinní příslušníci nemocného a do práce chodí, aby si něco vydělal. Pouze jedna žena a jeden muž odpověděli, že je motivuje zlepšující se zdravotní stav nemocného nebo rodina nemocného.

„Jaké máte zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu u apalického pacienta?“

Dvě všeobecné sestry uvedly, že mají spíše záporné zkušenosti se zapojením rodiny do péče o apalického nemocného. Třetí všeobecná sestra s kurzem bazální stimulace uvedla, že rodiny vesměs spolupracují velmi dobře. Muži ve dvou případech uvedli, že mají dobrou zkušenost se snahou rodiny zapojit se do péče o apalicky nemocného. Jeden muž uvedl, že rodina se do péče spíše nezapojuje. Poukázal na to, že rodina neumí komunikovat s nemocným v bezvědomí.

Třetím hlavním cílem bylo zjistit vliv délky praxe v oboru a jejího promítání do přístupu k nemocným s apalickým syndromem.

Na základě provedených rozhovorů jsem se pokusila zhodnotit přístup jednotlivých respondentů v souvislosti s délkou jejich praxe. Hodnocení je mým subjektivním názorem, získaným na základě získaných rozhovorů.

Respondentka s praxí 16 let na ARO, (s atestací v oboru ARIP a absolventka magisterského studia ošetrovatelství). Toto pracoviště si sama zvolila. K nemocným s apalickým syndromem přistupuje tak, že jsou zátěž pro společnost a jejich péče je finančně nákladná. Péče o tyto pacienty je pro ni demotivující, psychicky náročná, občas se vyskytne nechuť ošetřovat pacienta s neměnným stavem, práce se jí někdy zdá zbytečná. Je zvyklá na péči o pacienty s život ohrožujícími stavy. Vyčerpává ji práce s rodinou, která jí „vycucává energii“. Zkušenosti s rodinou hodnotí negativně. Motivuje ji to, že brzy apalického nemocného přeloží na jiné oddělení. Apalictí nemocní jsou podle ní přítěží pro rodinu i společnost. V souvislosti s kvalitou života

těchto nemocných ji napadá, jestli by sama byla nebo nebyla pro eutanázii. Závěrem řekla, že je toto onemocnění neštěstí.

Respondentka s praxí 11 let, nyní pracující na oddělení dlouhodobé intenzivní péče, (s atestací v oboru ARIP a studentka bakalářského studia ošetrovatelství, nyní přerušené). Na toto oddělení nastoupila, protože jiný výběr nebyl. Absolvovala jako jediná ze všech respondentů kurz bazální stimulace. Péči o tyto nemocné snáší psychicky velmi dobře, nemá s tím problém. Motivuje jí každé i mírné zlepšení stavu nemocných. Snahu rodiny zapojit se do péče hodnotí kladně. Vadí jí, že jedna sestra má na starosti až pět pacientů. Bazální stimulaci považuje za dobrou, ale zmiňuje, že ne vždy je na ni čas. Uvádí, že od doby, kdy začali bazální stimulaci používat, jsou nemocní s apalickým syndromem klidnější a spokojenější. Kvalitu života těchto pacientů hodnotí jako nedobrou a konstatuje, že by život pacientů s apalickým syndromem nikdo nechtěl.

Respondentka s praxí šest let nyní pracuje na oddělení dlouhodobé intenzivní péče, (studentka bakalářského studia ošetrovatelství). Toto oddělení si sama vybrala jako mezistupeň před tím, než půjde pracovat na ARO a z finančních důvodů, protože na tomto oddělení jsou příplatky. Její přístup k těmto pacientům je takový, že si nevytvoří k pacientům žádný vztah. Přistupuje k nim jako k věci, snaží se komunikovat, jakoby byli tito pacienti při vědomí, ale nevěří, že ji vnímají. Koncem směny už nemá sílu s pacienty hovořit, jakoby byli při vědomí. Vadí jí, že pacienti nekomunikují, chybí jí zpětná vazba. Také jí vadí, že se rodina nezapojuje a úkoluje ošetřující personál. V práci jí nic nemotivuje, domnívá se, že je vyhořelá. Nemá možnost přejít na jiné pracoviště. Kvalita života těchto nemocných není podle ní žádná. Léčba je podle ní finančně náročná.

Respondent s praxí 20 let, nyní 14 let v LDN, (absolvent bakalářského studia ošetrovatelství). Ve zdravotnictví začal pracovat po náhradní vojenské službě, kterou absolvoval ve zdravotnictví jako „civilkář“. Práce ho baví. Uvádí, že je těžké v péči o tyto nemocné najít smysl. Někdy mu přijde péče o tyto nemocné i zbytečná. Domnívá se, že pacienti ošetřující personál nevnímají. Myslí si, že je snad lepší zemřít, než žít jako apalický pacient. Kvalitu života těchto pacientů hodnotí jako špatnou, jejich situaci bezvýchodnou a naději na uzdravení malou.

Respondent s praxí 2,5 roku na ARO, (absolvent VZŠ, obor Zdravotnický záchranář), toto oddělení si vybral. Jeho přístup k apalicky nemocným je takový, že nerozlišuje péči o tyto nemocné od péče o jiné nemocné. Řekl, že tito nemocní

nejsou u nich na oddělení dlouhodobě hospitalizovaní. Myslí si, že je velmi důležitá bazální stimulace. Domnívá se, že apaličtí nemocní ošetřující personál vnímají. Má dobrý pocit z toho, že s pacienty dobře zachází, když s nimi komunikuje. O motivaci nepřemýšlí, uvádí, že je prostě v práci. Na kvalitu života apalicky nemocných pohlíží tak, že je pro eutanázii. Nikdy by nechtěl být v takovém stavu jako apaličtí nemocní.

Respondent s praxí 14 let, nyní na oddělení dlouhodobé intenzivní péče (s atestací v oboru ARIP). Práci na tomto oddělení si chtěl vyzkoušet a zůstal, protože ho to zde baví. Jeho přístup k apalicky nemocným je takový, že se snaží s nimi komunikovat pomalu, klidně. Uvádí, že bazální stimulace zlepšuje u nemocných s apalickým syndromem jejich spasticitu, poté je s nimi snazší manipulace. Do práce chodí, aby si vydělal peníze. Motivací mu je rodina nemocného. Od rodiny nic neočekává, říká, že rodina má mnohdy co dělat sama se sebou. Na kvalitu života nemocných s apalickým syndromem pohlíží jako na neuspokojivou, ale je rád, že naše společnost se o tyto nemocné dokáže postarat. Doufá, že to tak zůstane i nadále.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak probíhá komunikace všeobecných sester s apalickým pacientem a jejich úskalí.

Čtyři respondenti uvedli, že nebyli proškoleni v komunikaci s nemocnými s apalickým syndromem. Ví ale, jak s těmito nemocnými komunikovat. Všichni respondenti do odpovědi na otázku komunikace s apalicky nemocnými zahrnuli i koncept bazální stimulace.

Rozborem všech rozhovorů jsem zjistila, že respondenti uvádějí, že komunikují s nemocnými s apalickým syndromem verbálně i neverbálně. Všichni uvedli, že pacientům vysvětlují, co se s nimi bude dít. Jedna respondentka a jeden respondent uvedli, že nevěří, že apaličtí nemocní je při komunikaci vnímají, ale přesto s nimi komunikují, jako by byli při vědomí. Jedna respondentka (absolventka kurzu bazální stimulace) zmínila, že se před pacienty sestry vyhýbají komunikaci o osobních věcech mezi sebou.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda se školí všeobecné sestry pečující o apalické pacienty v bazální stimulaci.

Na tuto otázku pouze jedna respondentka odpověděla, že absolvovala kurz bazální stimulace. Dva respondenti sdělili, že je školí kolegové, kteří kurz absolvovali. Tři respondenti nebyli žádným způsobem školeni v bazální stimulaci. Ale vyšlo najevo, že všichni o konceptu bazální stimulace vědí, dokonce ho sami zmínili v odpovědích na otázky týkajících se komunikace s apalicky nemocnými. Jeden respondent, který byl proškolen v bazální stimulaci, ale neabsolvoval certifikovaný kurz, doporučil, aby se v bazální stimulaci proškolili všichni, kdo pracují s apalicky nemocnými, a jejich rodina také.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit aspekty psychické a fyzické náročnosti doprovázející ošetrovatelskou péči, kterou tito nemocní vyžadují.

Vyhodnocením všech odpovědí na tyto otázky mohu shrnout, že ženy považují péči o apalicky nemocné za psychicky náročnější (dvě ženy ze tří) než muži. Muži ji hodnotí jako trošku psychicky náročnější, nebo více psychicky náročnější. Ne však výjimečně a v posledním případě ji nehodnotí jako psychicky zatěžující.

Fyzickou náročnost péče o nemocné s apalickým syndromem vnímají všechny všeobecné sestry – ženy jako velkou. Muži ji nepovažují za fyzicky náročnější než péči o jiné pacienty.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda se rodina zapojuje do ošetrovatelského procesu těchto nemocných.

V této odpovědi dvě ženy ze tří hodnotily zapojování rodiny do péče o apalicky nemocné jako nedostatečné. Tři respondenti (z toho jedna žena) uvedli, že se rodina snaží zapojit a dobře spolupracuje. Zbývající muž uvedl, že rodina se spíše nezapojuje do péče o apalicky nemocného.

11 DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala úskalí péče o pacienta s apalickým syndromem. Ke zpracování praktické části této práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, techniku polostandardizovaného rozhovoru. Šetření bylo provedeno u šesti respondentů, kteří mají zkušenosti s ošetřováním apalických pacientů. Tři z nich jsou ženy - všeobecné sestry a tři muži. Dva muži jsou všeobecní ošetřovatelé a jeden zdravotnický záchranář. Z hlediska rozmanitosti pracovišť, na kterých respondenti pracují, jsou tři respondenti zaměstnání na oddělení DIP, dva na ARO a jeden na oddělení LDN. Dva respondenti z ARO a dva respondenti z oddělení DIP jsou ze stejného oddělení.

Na základě těchto rozhovorů mohu shrnout, že čtyři respondenti měli zájem pracovat na oddělení intenzivní péče. Je zajímavé, že respondentka, která chtěla pracovat původně v jiném oboru než v intenzivní péči, uvedla, že nepovažuje péči o apalicky nemocné jako psychicky zatěžující. Naopak jedna žena z respondentek, která si intenzivní péči dobrovolně vybrala, si myslí, že pravděpodobně trpí syndromem vyhoření.

Pacienti s apalickým syndromem jsou v první fázi hospitalizováni na ARO či JIP. Po stabilizaci jejich zdravotního stavu jsou obvykle přeloženi na oddělení dlouhodobé intenzivní péče a zařízení péče následné. Na oddělení ARO, kde pracují dva z respondentů, je v průměru hospitalizováno pět pacientů ročně. Na oddělení DIP je hospitalizováno v našem případě na jednom oddělení 4 a na druhém 5 pacientů s apalickým syndromem současně.

Respondenti považují za největší problémy v péči o pacienty s apalickým syndromem hlavně minimální nebo žádné zlepšování zdravotního stavu a chybějící zpětnou vazbu v péči o apalicky nemocné a vysoké riziko infekce u těchto nemocných. To uvedli tři respondenti. Dále dotazovaní udávají potřebu dlouhodobé péče u apalicky nemocných, nedostatek času na bazální stimulaci, snižující se motivaci ošetřujícího personálu v péči, finanční náročnost léčby a péče, nepochopení a malé zapojení rodiny do ošetřovatelského procesu a nedostatečný počet ošetřujícího personálu.

V otázce ohledně komunikace s apalicky nemocnými všichni respondenti uvedli, že komunikují s nemocnými verbálně i neverbálně. Jak z šetření vyplývá, většina respondentů uvádí, že s pacienty komunikuje. Myslím, že se jedná spíše o slovní doprovod jednotlivých výkonů. Jak respondenti přiznali, s pacienty komunikují pouze

při výkonu a manipulaci s ním. Nesetkala jsem se s případem, že by pacientům někdo z ošetřujícího personálu například vyprávěl, povídal, popisoval či jinými slovy stimuloval mozkovou tkáň v době, co není ošetřován. V odpovědi na tuto otázku se také všichni respondenti zmínili o bazální stimulaci. Dva respondenti se domnívají, že apalictí nemocní je při komunikaci nevnímají. Jedna respondentka uvedla, že se všeobecné sestry vyhýbají komunikaci o osobních věcech mezi sebou před pacientem. To hodnotím velmi pozitivně. Otázkou je, zda se jedná o běžnou praxi a ostatní respondenti tento fakt pouze nezmínili, protože na něj nebyli dotazováni. Je ale možné, že se zde opět projevuje vliv kurzu bazální stimulace, který tato respondentka jako jediná ze všech respondentů absolvovala. Jeden respondent uvedl, že byl v bazální stimulaci proškolen, ale neabsolvoval certifikovaný kurz. Tento respondent je toho názoru, že by se v bazální stimulaci měli proškolit všichni, kdo pracují s apalicky nemocnými, včetně rodinných příslušníků. S tímto názorem se ztotožňuji.

Dvě respondentky – ženy vnímají práci s apalickým pacientem jako psychicky náročnější než práci s jinými pacienty. Respondenti – muži péči o apalicky nemocné nehodnotí jako psychicky náročnější nebo zatěžující.

Výzkum také potvrdil mé očekávání, že všechny respondentky - ženy péči o apalicky nemocné vnímají jako fyzicky náročnou, zatímco muži péči o apalicky nemocné nehodnotí jako fyzicky náročnější než péči o jiné pacienty.

V otázce zda nemocní s apalickým syndromem dosahují viditelného zlepšení zdravotního stavu, se všichni respondenti shodli, že nedochází k výraznějším změnám jejich zdravotního stavu.

Zajímavé pro mne byly odpovědi na otázku týkající se motivace k péči o apalicky nemocné. Jedna ze všeobecných sester nedokázala určit nic, co by ji motivovalo v práci s apalickými nemocnými. Pro jednu to byla možnost brzkého překlady nemocného na jiné oddělení. Pouze jedna z dotazovaných uvedla, že ji motivuje sebemenší zlepšení stavu nemocného. Z mužů respondentů dva konkrétně neodpověděli a jeden odpověděl, že ho motivuje rodina nemocného.

Ze získaných odpovědí usuzuji, že pro všeobecné sestry je profesní motivace důležitější než u mužů, všeobecných ošetřovatelů. Ti péči o nemocné vnímají více jako jakýkoliv jiný druh práce. Domnívám se, že tento rozdíl je dán celkově větší citlivostí a empatií žen oproti mužům. Díky těmto informacím jsem přesvědčena, že všeobecné sestry jsou více ohrožené syndromem vyhoření než všeobecní ošetřovatelé.

Zajímavé byly také odpovědi na otázku týkající se zapojování rodiny do péče o apalicky nemocné. Vyšlo najevo, že respondentky - ženy hodnotily zapojování rodiny do péče o apalicky nemocné jako nepostačující. Respondenti muži hodnotili většinou snahu rodiny o zapojení do péče o pacienty s apalickým syndromem pozitivně. Domnívám se, že všeobecné sestry na rozdíl od mužů chtějí, aby se rodina více zapojovala do péče o apalicky nemocného. Ženy mají větší očekávání od rodiny. Jedna z respondentek hodnotila spolupráci rodiny jako dobrou. Tato dotazovaná je absolventkou kurzu bazální stimulace. Je možné, že ji tento kurz mohl ovlivnit i v pohledu zapojování rodiny do péče o nemocné. Muži rodiny nekritizovali, spíše od rodiny zapojování do péče neočekávají.

Na poslední otázku, která se týká kvality života nemocných s apalickým syndromem všichni respondenti odpověděli, že jí hodnotí jako nedobrou. Opravdu velmi mne překvapilo hodnocení zejména žen – respondentek. Uvedly, že pacient s apalickým syndromem je přítěží pro rodinu a v jednom případě i pro společnost. Ženy zmínily také finanční zátěž léčby těchto nemocných. Tři respondenti dokonce uvažovali o otázce eutanázie. Pouze jeden respondent sdělil radost z toho, že naše společnost se dokáže o tyto nemocné postarat.

Porovnáním přístupu k problematice péče o apalického pacienta z pohledu všeobecné sestry – ženy a muže, jsem zjistila, že kromě odpovědí na otázky týkající se psychické a fyzické náročnosti této péče, motivace a zkušeností ošetřujícího personálu se zapojením rodiny do ošetřovatelského procesu u apalického pacienta, nejsou větší rozdíly v odpovědích rozdělených podle pohlaví respondentů.

Porovnáním délky praxe v oboru a jejího promítání do přístupu k nemocným s apalickým syndromem se domnívám, že délka praxe nemá význam v přístupu ošetřujícího personálu k nemocným s apalickým syndromem.

Všeobecné sestry, které si samy vybraly oddělení, kde se s apalicky nemocnými setkávají, tyto nemocné neošetřují rády. Považují je za přítěž. Jedna ze sester má praxi šestnáct let a druhá jen šest let. Je zajímavé, že sestra, která si oddělení, kde jsou hospitalizováni nemocní s apalickým syndromem nevybrala dobrovolně je celkově pozitivněji laděná než ostatní sestry. Má praxi jedenáct let a snáší péči o tyto nemocné psychicky dobře. Motivuje jí zlepšení stavu nemocných a přístup rodiny hodnotí kladně. Výsledkem šetření u mužů jsem zjistila, že respondent s dvacetiletou praxí má problém najít smysl péče o tyto nemocné, ale zároveň uvedl, že ho práce baví. Domnívám se, že to je pochopitelné stanovisko. Muž s praxí 2,5 roku je podle mého názoru zatím

nezatížen péčí o tyto nemocné. Práci s apalicky nemocnými nehodnotí negativně. Muže s praxí 14 let, motivuje rodina nemocného, pro rodinu má pochopení a jediný vyjádřil názor, že je dobře, že se naše společnost o tyto pacienty dokáže postarat.

Jsem si ale vědoma toho, že výzkum je tvořen z poměrně malého výzkumného vzorku, proto by bylo vhodné navázat prací rozsáhlejší.

ZÁVĚR

Problematika péče o nemocné s apalickým syndromem má mnoho úskalí. Ve své práci jsem se pokusila na některá úskalí zaměřit a zjistit, jak o nich přemýšlí ošetřující personál. Snažila jsem se zviditelnit problém ošetřování nemocných s apalickým syndromem, kteří nemají dobrou prognózu a jejichž léčba je opravdu dlouhá a nákladná.

Myslím si, že péče o nemocné s apalickým syndromem má i rezervy. Podle mého názoru je poněkud opomíjena péče o vyšší potřeby nemocných, jako je např. potřeba komunikace.

Jedním z důvodů může být i to, že ošetřující personál není dostatečně školen v komplexní ošetrovatelské péči o apalicky nemocné. Personál není podle mého názoru dostatečně motivován a oceňován za péči o tyto nemocné. Myslím si, že je více ohrožen syndromem vyhoření než ošetřující personál pracující s jinými nemocnými. Dlouhodobý nedobrá zdravotní stav těchto pacientů syndrom vyhoření ještě podporuje. Bylo by vhodné více motivovat ošetřující personál k péči o tyto pacienty. Zaměstnavatelé by měli zavést preventivní opatření syndromu vyhoření. Všichni respondenti se zmínili o bazální stimulaci, i když tento kurz absolvovala pouze jedna respondentka. Certifikovaný kurz bazální stimulace bych doporučila absolvovat všem, kteří péči nemocným s apalickým syndromem poskytují. Také by bylo vhodné, aby ošetřující personál mohl absolvovat psychologické kurzy, které by pomohly docílit lepší komunikace s rodinou a blízkými pacientů. Ze zjištěných informací se domnívám, že v rámci ošetrovatelského procesu není péče o rodinu těchto nemocných zajištěna.

Navrhuji, aby se stalo standardem zapojování rodiny do ošetrovatelského procesu těchto nemocných. V ošetrovatelském procesu by se měly vyskytovat intervence směřující k rodině. Pokud by měla rodina zájem, měla by se také školit v péči o svého nemocného. Jsem si vědoma toho, že ošetřujícího personálu je obvykle málo, a že má co dělat, aby zvládl provádět u nemocných komplexní ošetrovatelskou péči, bazální stimulaci a rehabilitaci. Dostatek podnětů z vnějšího prostředí a také spolupráce s členy rodiny mohou mít v léčebném procesu nezastupitelnou úlohu. Polovina respondentů, a z toho dvě třetiny žen, očekávají zapojení rodiny do péče o tyto nemocné. Tito nemocní jsou téměř vždy dlouhodobě hospitalizovaní. Podle mého názoru by nebyla investice do školení rodiny a aktivního zapojování rodiny do ošetrovatelského procesu zbytečná. Investice by se mohla brzy vrátit pomocí s péčí o tyto nemocné.

Možná by potom někteří rodinní příslušníci zvážili možnost ošetřovat apalického nemocného v domácím prostředí a tím zvýšili kvalitu života těchto nemocných.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4
2. FIALA, Pavel; VALENTA, Jiří; EBERLOVÁ, Lada. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 1. dotisk 2. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5.
3. KOTT, Otto. *Anatomie pro fyzioterapeuty: nervová soustava*. Plzeň: Škola Dr. Ilony Mauritzové, 2000. 50 s. ISBN 80-902876-2-X
4. MYSLIVEČEK, Jaromír. *Základy neurověd*. 2. vyd. Praha: Triton, 2009. 390 s. ISBN 978-80-7387-088-1
5. KASAL, Eduard a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. Praha: Karolinum, 2003. 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
6. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa; RŮŽIČKA, Evžen; TICHÝ, Jiří a kol. *Neurologie*. Praha: Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.
7. KAŇOVSKÝ, Petr; HERZIG, Roman et al. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 336 s. ISBN 978-80-244-1664-9.
8. SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav; VORLÍČEK Jiří a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
9. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela. *Neurorehabilitace*. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.
10. STRNAD, Pavel; STRNADOVÁ, Věra. *Traumatický apalický syndrom*. Praha: Avicenum, 1987. 192 s. ISBN neuvedeno
11. MILOTOVÁ, Kateřina; Jana BENDÍKOVÁ. Péče o nemocné s apalickým syndromem a jeho specifika. Praha: *Mladá fronta/zdravotnické noviny: sestra* [online]. 2009. č.7- 8. [cit. 2011-12-29]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-apalickym-syndromem-a-jeho-specifika-435466>
12. DOLEŽIL, David; CARBOLOVÁ, Kamila. Vegetativní stav (Apalický syndrom). *Neurologie pro praxi*. [on-line]. 1/2007. [citováno 2010-12-16]. Str. 22-27. Dostupný z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>

13. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9
14. SMRČKA, Martin a kol. *Poranění mozku*. Praha: Grada, 2001. 272 s. ISBN 80-7169-820-2.
15. LIPPERTOVÁ- GRÜNEROVÁ. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha: Galén, 2009. 148 s. ISBN 978-80-7262-569-7
16. SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Neurologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 161 s. ISBN 80-8063-218-9.
17. DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Mozek – alfa a omega života*. Praha: *Mladá fronta/Zdravotnické noviny: Zdravotnické noviny* [on-line]. 2001. č.23 [cit. 2011-11-28]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/mozek-alfa-a-omega-zivota-136491>
18. SEIDL, Zdeněk; OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7
19. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6
20. KLUSOŇOVÁ, Eva; PITNEROVÁ Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 117. s. ISBN 80-7013-423-2
21. RICHARDS, Ann; EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
22. WORKMAN, A., Barbara, BENNETT, L., Clare. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X
23. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: NCONZO, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4
24. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2
25. CHMMELÍKOVÁ, Romana. *Ošetrovatelská péče o pacienta s tracheostomií*. Praha: *Mladá fronta/Zdravotnické noviny: sestra* [online]. 2005 [cit. 2012-02-21]. Dostupné z:<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-peco-pacienta-s-tracheostomii-298075>
26. ŠAMÁNKOVÁ Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7

27. ŠEVČÍK, Pavel; SKŘIČKOVÁ, Jana; ŠRÁMEK, Vladimír, a kol. *Záněty plic v intenzivní medicíně*. Praha: Galén, 2004. 189 s. ISBN 80-7262-278-1
28. ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd Praha: Grada, 2008. 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5
29. ŽEŽULKOVÁ, Jaroslava; MATOUŠEK, David. PEG-Perkutánní endoskopická gastrostomie. Praha: *Mladá fronta/zdravotnické noviny: sestra* [online]. 2008, č.3 [cit. 2012-02-21]. ISSN 1214-7664. Dostupné z:<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/peg-percutanni-endoskopicka-gastrostomie-353949>
30. SCHMIDTOVÁ, Zuzana; LIŠKOVÁ, Miroslava. Péče o pacienta s permanentním (retenčním) katetrem. Praha: *Mladá fronta/Zdravotnické noviny: sestra* [online]. 2005 [cit.2012-02-21]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-s-permanentnim-retencnim-katetrem-298722>
31. SAS, Igor. Nozokomiální infekce a infekce multirezistentními organismy v podmínkách intenzivní péče. Praha: *Mladá fronta/zdravotnické noviny:postgraduální medicína* [on-line]. 2010 [cit. 2012-02-22]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/nozokomialni-infekce-a-infekce-multirezistentnimi-organismy-v-podminkach-intenzivni-pece-455567>
32. ŠÁNDOROVÁ, Ilona. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. Praha: *Mladá fronta/Zdravotnické noviny: sestra* [on-line]. 10.9.2008 [cit. 2012-02-21]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/bazalni-stimulace-u-klientu-s-dg-perzistentniho-vegetativniho-st-383389>
33. I pacienti ve vegetativním stavu dokážou komunikovat. Praha: *Mladá fronta/Zdravotnické noviny: Zdravotnické noviny* [on-line]. 2010. [cit. 2012-02-22]. ISSN 1214-7664. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/i-pacienti-ve-vegetativnim-stavu-dokazou-komunikovat-449703?category=ze-zahranici>
34. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
35. FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace. *Sestra*. 2000, 5, 6-8. ISSN 1210-0404.

SEZNAM ZKRATEK

ARIP – specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelské péče v anestézii, resuscitaci a intenzivní péči

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

CT - výpočetní tomografie

CŽK- centrální žilní katétr

DIP – dlouhodobá intenzivní péče

EV - enterální výživa

GCS - Glasgow coma scale

HBO - hyperbarická oxygenoterapie

MRSA - Methicilin rezistentní Staphylococcus aureus

NGS – nazogastrická sonda

NN – nozokomiální nákazy

OCHRIP - oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče

PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ - perkutánní endoskopická jejunostomie

PŽK - permanentní žilní katétr

SPECT - jednofotonová emisní výpočetní tomografie

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - *Glasgow Coma Scale*

Příloha č. 2 - *Klasifikace tíže flebitis dle Maddona*

Příloha č. 3 - *Odsávání otevřeným způsobem*

Příloha č. 4 – *Perkutánní endoskopická gastrostomie*

Příloha č. 5 - *Bazální stimulace - poloha „hnízdo“*

Příloha č. 6 – *Bazální stimulace – poloha „mumie“*

Příloha č. 7 – *Otázky z rozhovorů s respondenty*

PŘÍLOHY

Příloha č.1 - *Glasgow Coma Scale*

Glasgowská stupnice – dospělí		
Otevření očí	Slovní odpověď	Motorická odpověď
1 - bez reakce	1 - bez reakce	1 - bez reakce
2 - na bolestivý podnět	2 - nesrozumitelné zvuky	2 - necílená extenze (napřímení) končetiny (decerebrační rigidita)
3 - na slovní podnět	3 - jednotlivá nesouvisející slova	3 - necílená flexe (ohnutí) končetiny (dekortikační rigidita)
4 – spontánní	4 - zmatená	4 - úniková reakce (pohyb směřuje od podnětu)
	5 - normální	5 - lokalizace podnětu (pohyb směřuje k podnětu)
		6 - cílený pohyb podle instrukcí

(Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Glasgowsk%C3%A11_stupnice)

Příloha č. 2 - *Klasifikace tíže flebitis dle Maddona*

Stupeň	Reakce
0	není bolest ani reakce v okolí
I.	pouze bolest, není reakce v okolí
II.	bolest a zarudnutí
III.	bolest, zarudnutí, otok a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV.	hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

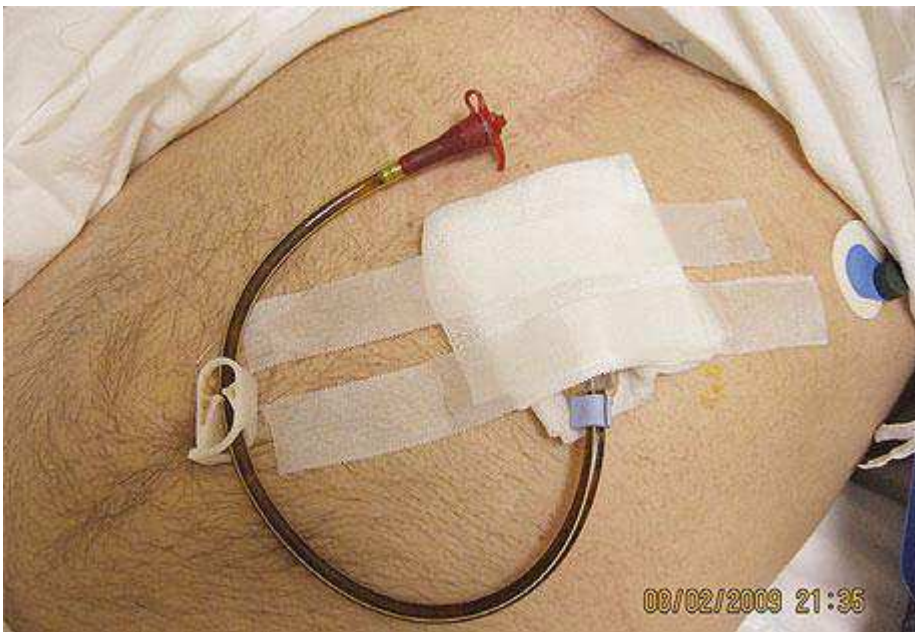
(Zdroj: <http://www.lefa.sk/internet/nozokom/2005/2005-2/03.pdf>)

Příloha č. 3 - *Odsávání otevřeným způsobem*



(Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-apalickym-syndromem-a-jeho-specifika-435466>)

Příloha č. 4 – Perkutánní endoskopická gastrostomie



(Zdroj: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-apalickym-syndromem-a-jeho-specifika-435466>)

Příloha č. 5 - Bazální stimulace - poloha „hnízdó“



(Zdroj: <http://www.svetluska.info/images/bazalnistimulace/polohovani/hnizdo.jpg>)

Příloha č. 6 – Bazální stimulace – poloha „mumie“



(Zdroj: <http://www.svetluska.info/images/bazalnistimulace/polohovani/mumie.jpg>)

Příloha č. 7 – Otázky z rozhovorů s respondenty

1. Co Vás vedlo k volbě pracovat na tomto oddělení?
2. Kolik pacientů s apalickým syndromem je hospitalizováno u vás na oddělení?
3. Co hodnotíte jako největší problém v ošetrovatelské péči o nemocného s apalickým syndromem?
4. Jste proškoleni v přístupu k nemocným s postižením mozku, víte jak s nimi komunikovat?
5. Jak probíhá komunikace mezi Vámi a nemocným s apalickým syndromem?
6. Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace?
7. Vnímáte práci s apalickým pacientem jako psychicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?
8. Vnímáte práci s apalickým pacientem jako fyzicky náročnější než práci s jinými pacienty? Proč?
9. Dosahují nemocní s apalickým syndromem viditelného zlepšení? Pokud odpovíte ano, tak v jakých oblastech?
10. Co Vás motivuje v práci s apalickým pacientem?
11. Jaké jsou Vaše zkušenosti se zapojením rodiny do ošetrovatelského procesu u apalického pacienta?
12. Jak pohlížíte na kvalitu života nemocných s apalickým syndromem?