

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Miloslav Hájek

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Miloslav Hájek

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**Specifika ošetrovatelské péče na jednotce dlouhodobé
intenzivní péče z pohledu zdravotnického záchranáře**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

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

V Plzni dne 27. 6. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval paní Mgr. Evě Pfefferové za trpělivost, odborné vedení práce a poskytování nezbytných rad.

Anotace

Příjmení a jméno: Hájek Miloslav

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Specifika ošetrovatelské péče na oddělení dlouhodobé intenzivní péče
z pohledu zdravotnického záchranáře

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

Počet stran: 91

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: Bazální stimulace – Ošetrovatelství - Dlouhodobá intenzivní péče -
Paliativní péče

Souhrn:

Bakalářská práce se věnuje specifikům ošetrovatelské péče na oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Tato práce se soustředí převážně na koncept bazální stimulace, které se věnuje i v praktické části.

Praktická část má formu výzkumu, který se zaměřuje na provádění bazální stimulace.

Výzkumné šetření bylo provedeno na odděleních dlouhodobé intenzivní péče. Součástí práce je též kazuistika soustředící se na pacienta dlouhodobé intenzivní péče a přibližující specifické postupy tohoto oddělení.

Annotation

Surname and name: Hájek Miloslav

Department: Paramedical rescue work and technical studies

Title of thesis: Nursing Care Specifications at the Long-term Intensive Unit from a
Paramedic's Point of View

Consultant: Mgr. Eva Pfefferová

Number of pages: 91

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 32

Key words: Basal stimulation – Nursing - Long-term intensive care – Palliative care

Summary:

This Bachelor paper deals with the specifics of nursing care in a long-term intensive care unit. I predominantly focus on the concept of basal stimulation to which I devote space also in the practical part of my paper.

The practical part takes form of a research which concentrates on people close to hospitalized patients and their own application of basal stimulation.

The research was carried out in a long-term intensive care. One of the part of this work is also case-report of patient hospitalized in the long-term intensit unit, which concentrates and helps to understand problematic of this kind of unit.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 INTENZIVNÍ PÉČE	11
1.1 Charakteristika oddělení dlouhodobé intenzivní péče.....	12
1.2 Personální obsazení na oddělení dlouhodobé intenzivní péče.....	12
1.1.2 Kompetence zdravotnického záchranáře na oddělení dlouhodobé intenzivní péče.....	13
1.3 Přístrojové a materiální vybavení na oddělení dlouhodobé intenzivní péče....	14
1.4 Kategorizace nemocných v intenzivní péči.....	15
2 SPECIFICKÉ OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY NA ODDĚLENÍ DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE	17
2.1 Péče o dýchací cesty zajištěné tracheostomickou kanylou.....	17
2.2 Rehabilitační techniky u dlouhodobě nemocných.....	19
2.2.1 Polohování nemocných.....	19
2.2.2 Vertikalizace a mobilizace pacienta.....	21
2.2.3 Respirační fyzioterapie.....	21
2.3 Výživa pacientů.....	22
2.3.1 Perkutánní endoskopická gastrostomie.....	23
2.3.2 Parenterální výživa.....	24
2.4 Péče o stomie.....	24
2.5 Péče o pacienta v terminálním stádiu onemocnění.....	26
3 BAZÁLNÍ STIMULACE	28
3.1 Somatická bazální stimulace.....	28
3.2 Vestibulární bazální stimulace.....	29
3.3 Vibrační bazální stimulace.....	29
3.4 Optická bazální stimulace.....	30
3.5 Auditivní bazální stimulace.....	31
3.6 Orální bazální stimulace.....	31
3.7 Olfaktorická bazální stimulace.....	32
3.8 Taktilně-haptická stimulace.....	32
4 KOMUNIKACE S PACIENTEM V PROSTŘEDÍ DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE	33
4.1 Specifika komunikace s pacienty na oddělení dlouhodobé intenzivní péče...	33

4.2 Komunikace s blízkými pacientů na oddělení dlouhodobé intenzivní péče....	34
PRAKTICKÁ ČÁST	36
5 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	36
5.1 Cíle práce.....	36
5.2 Hypotézy.....	36
6 METODIKA	37
6.1 Metodika.....	37
6.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
7 VÝSLEDKY	38
8 DISKUZE	63
ZÁVĚR	67
POUŽITÁ LITERATURA	69
SEZNAM ZKRATEK	72
SEZNAM TABULEK	74
SEZNAM GRAFŮ	75
PŘÍLOHY	76

ÚVOD

Vznik oddělení dlouhodobé intenzivní péče (dále jen DIP) je výsledkem pokračování další diferenciaci našeho zdravotnictví, kdy se péče o pacienty stále více specializuje a akreditaci získávají mnohá nová pracoviště. V současné době, kdy se počet oddělení DIP značně zvyšuje, se například uvažuje o zřízení dětské dlouhodobé intenzivní péče, přestože jsou tato oddělení značně neekonomická. Pracoviště DIP se podobně jako jiná oddělení, vyznačuje svými ošetrovatelskými specifiky. Ta jsou, dle mého názoru, natolik významná, že je potřeba jim věnovat více prostoru.

Tento druh oddělení hraje v následné péči o nemocné svou významnou roli. Neustále se zvyšující úroveň lékařské a ošetrovatelské péče, jež ovlivňuje délku průměrného věku obyvatel a tím i budoucí demografické složení populace, souvisí s potřebou takovýchto pracovišť, která nemocným lidem umožní s určitou nadějí a výstupní kvalitou života, překonávat mnohé kritické stavy, jež se právě bez specializované dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské a lékařské péče neobejdou. Mnohým pacientům pomáhá zaměření tohoto oddělení překlenout stavy, které se na první pohled jeví velmi nepříznivě, a zvrát k lepšímu trvá mnohdy měsíce i roky. A to nejen za přispění kvalitního vybavení oddělení, profesionality personálu, ale i za významného zapojení rodiny nemocných.

Naprostá většina oddělení DIP do své činnosti, kromě jiného, začlenila provádění bazální stimulace. Pracovníci mají možnost se neustále v této oblasti vzdělávat absolvováním certifikovaných kurzů, čímž se zvyšuje úroveň ošetrovatelské péče a kvalita života pacienta. Jedním z cílů této práce je proto snaha zhodnotit angažovanost příbuzných a známých pacientů v provádění konceptu bazální stimulace na odděleních DIP.

V práci byly stanoveny celkem tři cíle, k jejichž dosažení byl zvolen kvantitativní výzkum. Prvním cílem je zjištění, zdali se blízcí hospitalizovaných pacientů na oddělení DIP aktivně zapojují do konceptu bazální stimulace. Druhým cílem je zjistit postoje blízkých ke konceptu bazální stimulace jako takové. Třetí cíl se zabývá mírou podpory zdravotnického personálu k provádění bazální stimulace z pohledu blízkých rodinných příslušníků pacientů. Ke každému cíli se váže jedna hypotéza, kdy u cíle č. 1 předpokládám, že se většina blízkých hospitalizovaných pacientů aktivně zapojuje do konceptu bazální stimulace. V souvislosti s druhým cílem

předpokládám, že většina blízkých bude hodnotit koncept bazální stimulace pozitivně a u cíle č. 3 předpokládám, že zdravotnický personál poskytuje blízkým hospitalizovaných pacientů dostatečnou podporu při provádění bazální stimulace.

Kromě tématu bazální stimulace se práce podrobně zabývá intenzivní medicínou jako specifickým oborem, který klade vysoké nároky na personál ve smyslu odborných znalostí, praktických dovedností, schopností práce s přístrojovým vybavením a v neposlední řadě ochotou stále se vzdělávat v oboru intenzivní medicíny jako takové.

Téma práce jsem si zvolil z důvodu pracovní pozice na tomto oddělení, díky čemuž jsem měl dostatek možností a času seznámit se s chodem pracoviště. Zaujala mě snaha o cílené zapojení blízkých do ošetrovatelského procesu, se kterou jsem se na jiných odděleních nesešel, což nakonec ovlivnilo zaměření praktické části mé práce.

1 INTENZIVNÍ PÉČE

Intenzivní medicína je v současnosti nezbytnou specializací, která je nepostradatelná v téměř každém nemocničním zařízení. Intenzivní péče je určena těm pacientům, kteří jsou sužováni závažnými, život ohrožujícími onemocněními, jež však ve většině případů mají reverzibilní charakter. Péče je cílena na pacienty s život ohrožujícími stavy (kritičtí nemocní), u kterých je třeba zajistit poskytování nepřetržité péče zahrnující kontinuální sledování stavu nemocného a léčbu, které se na standardních odděleních pacientovi nedostane. Tato péče je určena pacientům, kteří jsou ohroženi selháním životně důležitého orgánu nebo jeho funkce. Často se během léčby využívá specialistů z několika oborů. Intenzivní péči můžeme dělit do tří stupňů, a to nižší, vyšší a nejvyšší – možno také označit jako resuscitační. (11, 24, 27)

Hlavní náplní nižšího stupně péče je kontinuální monitorování. Tento druh intenzivní péče by měl být dostupný v každé menší nemocnici a měl by zaručit důkladné sesterské sledování, možnost rozšířené resuscitace a krátkodobé umělé plicní ventilace. (27)

Pracoviště intenzivní medicíny středního stupně, nebo také II. stupně, by mělo fungovat ve větších všeobecných nemocnicích, kde lze zvládnout i dlouhodobou umělou plicní ventilaci. Toto oddělení musí mít stálého lékaře – intenzivistu a možnost navázání spolupráce v průběhu 24 hodin s dalšími obory, zejména s fyzioterapií a radiologií. Toto oddělení není schopné zajistit úplnou podporu nebo náhradu orgánů (např. hemodiafiltraci) a plné spektrum monitorování (monitorování intrakraniálního tlaku, zavedení Swann-Ganzova katétru). (27)

Oproti tomu nemocným, kterým selhává životně důležitý orgán, je poskytována ještě podpora či úplná náhrada selhávajícího životně důležitého orgánu. Tento úkol náleží výhradně na pracoviště vyšší intenzivní a resuscitační péče. Tato pracoviště se specializují na poskytování komplexní péče včetně specializovaných diagnostických, zobrazovacích, monitorovacích či léčebných postupů (kontinuální eliminační metody apod.). (24, 27)

1.1 Charakteristika oddělení dlouhodobé intenzivní péče

Oddělení DIP vzniklo pro ty pacienty, kteří překonali život ohrožující onemocnění, jsou ve stabilizovaném stavu, ale neobnovily se u nich ještě některé (jedna či více) ze základních životních funkcí. Pacient přijímaný na oddělení by měl pocházet z intenzivního nebo resuscitačního lůžka. Většinou se jedná o pacienty dlouhodobě závislé na umělé plicní ventilaci, u kterých je nutná dlouhodobá ošetrovatelská péče, čímž se rozumí hlavně toaleta dýchacích cest, nebulizace, odsávání, polohování. Dále sem můžeme zahrnout pacienty zotavující se po kranio-cerebrálních poraněních, neurologických onemocněních a těžkých septických stavech, u kterých se plně neobnovily mozkové funkce a kteří potřebují kromě komplexní intenzivní péče i nepřetržité sledování životních funkcí. Na oddělení DIP je nezbytná spolupráce s fyzioterapeuty, kteří s každým pacientem rehabilitují minimálně dvakrát denně 7 dní v týdnu. (29, 30)

Jakousi odnoží oddělení DIP je oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, které by mělo sloužit jako jakýsi mezistupeň mezi oddělením DIP a oddělením lůžek dlouhodobě nemocných. Naprostou samozřejmostí je dnes kontakt s příbuznými prakticky v kteroukoli denní dobu. Zaměstnanci se snaží příbuzným a známým vyjít maximálně vstříc v rámci možností. Jejich spolupráce na fyzikální rehabilitaci a při rehabilitaci mozkových funkcí je nenahraditelná. Toto oddělení není určeno pro akutní příjmy. (29, 30)

1.2 Personální zabezpečení v dlouhodobé intenzivní péči

K elementárnímu předpokladu pro práci na odděleních intenzivní péče patří odborná znalost a zaujetí pro práci na jednotce intenzivní péče. Tyto základní předpoklady rozhodují o kvalitě péče o pacienta v kritickém stavu. (27)

Z lékařského personálu musí být na oddělení DIP dostupný lékař se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicína v úvazku 1,0/10 lůžek a lékař s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru. Ústavní pohotovostní službu zabezpečuje lékař se specializovanou způsobilostí v

oboru anesteziologie a intenzivní medicína (jeden lékař na maximálně 15 lůžek). Na pracovišti DIP musí být tedy lékař dostupný 24 hodin denně. Z nelékařského zdravotnického personálu by měla být na oddělení přítomna staniční sestra specializovaná v intenzivní péči, všeobecné sestry či zdravotničtí záchranáři, kdy je alespoň polovina z nich s osvědčením MZ ČR o výkonu povolání bez odborného dohledu. Čtvrtina sester musí mít specializaci v intenzivní péči a sestry bez osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu musí pracovat vždy pod dohledem sestry s osvědčením. Péči o pacienty rovněž zajišťuje personál s nejnižší kvalifikací (ošetřovatel, sanitář). Dále má být dostupný psycholog nebo psychiatr, pravidelně musí na oddělení docházet fyzioterapeut pracující bez odborného dohledu na základě osvědčení MZ ČR. (29)

1.2.1 Kompetence zdravotnického záchranáře na oddělení dlouhodobé intenzivní péče

O kompetencích a činnostech zdravotnického záchranáře na odděleních dlouhodobé intenzivní péče spadajících pod anesteziologicko-resuscitační oddělení (dále jen ARO), hovoří vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb., která hovoří o kompetencích zdravotnického záchranáře. Tato vyhláška zcela nahradila vyhlášku č. 424/2004 sb. a přinesla kladný vývoj ve vztahu ke zdravotnickým záchranářům zaměstnaným na odděleních ARO a DIP. Po 3 letech je legislativně ustanovena jejich funkce na těchto odděleních a je aktualizován seznam činností, které mohou vykonávat. (31)

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků *„vykonává zdravotnický záchranář činnosti a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci anesteziologicko-resuscitační péče a v rámci akutního příjmu specifickou ošetřovatelskou péči. Přitom zejména může monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem, zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu, zajišťovat periferní žilní vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a*

provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií, provádět orientační laboratorní vyšetření určená pro urgentní medicínu a orientačně je posuzovat, polohování, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu, zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého, přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu, přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu. Zdravotnický záchranář v rámci anesteziologicko-resuscitační péče může bez odborného dohledu na základě indikace lékaře vykonávat činnosti při poskytování diagnostické a léčebné péče. Přitom zejména může zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci, podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů, asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji, provádět katetrizaci močového měchýře dospělých a dívek nad 10 let, odebírat biologický materiál na vyšetření, asistovat při porodu a provádět první ošetření novorozence, zajišťovat intraoseální vstup.“ (32)

1.3 Přístrojové a materiální vybavení oddělení dlouhodobé intenzivní péče

Personální zajištění a technické vybavení je upraveno vyhláškou č. 493/2005 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovým ohodnocením, ve znění pozdějších předpisů. Oddělení DIP disponuje jednak komplexně vybavenými resuscitačními lůžky (viz obr. 1), tak i vybavením zohledňující dlouhodobou hospitalizaci pacientů. Každé lůžko je vybaveno monitorem, jehož součástí je pulzní oxymetr, EKG, NIBP. Dále různé druhy nebulizací (ultrazvuková, trysková), lineární dávkovače, infuzní pumpy, enterální pumpy, odsávačka. Samozřejmostí je defibrilátor a EKG přístroj pro snímání 12-ti svodového EKG. Oddělení musí být klimatizováno pro udržování stálého tepelného komfortu, s centrálním rozvodem medicínálních plynů. Nutný je i transportní ventilátor, který se využívá při převozu pacientů do koupelny. Nezbytnou součástí tohoto vybavení je antidekubitární matrace a lůžka s možností bočního náklonu a dalších rehabilitačních a léčebných poloh zahrnujících například

polohou Trendelenburgovu a anti-Trendelenburgovu. Pro pacienty neschopné chůze jsou k dispozici elektrifikovaná mobilní zdvihací zařízení, která slouží zároveň jako váhy a transportní zařízení pro přesun pacientů, např. Viking (viz obr. 7). Výborně se takové zařízení může osvědčit například při seznamování pacientů s oddělením, kdy je možné s pacienty v síťovém závěsném vaku snadno pohybovat. Dále je oddělení vybaveno různými rehabilitačními pomůckami pro bazální a audiovizuální stimulaci. K těmto účelům jsou k dispozici různé míčky, podložky a hračky (viz obr. 5). Každý pokoj je vybaven televizním přijímačem. (29, 30)

1.4 Kategorizace nemocných v intenzivní péči

Vývoj v posledních letech nepostihl jen obor intenzivní medicíny, který přinesl rozvoj diagnostických a terapeutických postupů, ale přinesl s sebou také problematiku etiky týkající se péče o dlouhodobě kriticky nemocné. Současná intenzivní péče již není hodnocena pouze z hlediska přežití, ale i úrovní kvality života pacienta po eventuálním opuštění nemocnice. Kategorizace nemocných v intenzivní péči se snaží naplno využít všech možností diagnostiky a terapie u těch pacientů, kteří vykazují reálnou možnost na zlepšení stavu nebo návrat akceptovatelné kvality života. Zároveň však kategorizace nemocných omezuje nebo upravuje léčbu u těch pacientů, kde by pokračující plná léčba vedla k prohloubení utrpení bez naděje na příznivý výsledek. Během příjmu se každý pacient zařadí do kategorie číslo 1 (o případné změně rozhoduje vedoucí lékař). Příjmová kategorie je přehodnocována v průběhu hospitalizace. V případě změny zdravotního stavu podá ošetřující lékař pacienta návrh ke zhodnocení a diskusi, která probíhá v rámci kolektivu lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků. Přiřazení k určité kategorii pacienta najdeme jako součást jeho zdravotnické dokumentace. (11)

Pacientům zařazeným do první kategorie je věnována maximální terapie se všemi možnými diagnostickými a terapeutickými postupy. Pacient je v případě srdeční zástavy resuscitován. (11)

Pacienti v druhé kategorii mají maximální terapii pouze do okamžiku selhání základních životních funkcí. V případě jejich selhání se pacient neresuscituje. Toto je ve zdravotnické dokumentaci zapsáno jako pokyn „Do Not Resuscitate“ (dále jen DNR). Resuscitaci je třeba zahájit v případě, že je příčinou selhání funkcí iatrogenní poškození

pacienta. (11)

Ve třetí kategorii je používáno takových medikamentů a diagnostických postupů, které jsou nezbytným minimálním standardem v terapii daného stavu. Samozřejmostí je i ordinace DNR. (11)

V kategorii 4a se nerozšiřuje nastavená terapie (např. nezvyšování dávky katecholaminů při zhoršující se hypotenzi), trvá nerozšiřování terapie. Samozřejmou součástí je maximální ošetrovatelská péče a ordinace DNR. (11)

Kategorie 4b se vyznačuje celkovým vysazením terapie. Aplikuje se pouze analgosedace, infuzní terapie a ventilace. Opět se dbá na maximální ošetrovatelskou péči a zůstává ordinace DNR. Jedná se o tzv. bazální terapii. (11)

Požadavek k neprovádění resuscitace může dát i sám terminálně nemocný pacient. Tento pokyn se pak obnovuje pod vedením lékaře každých 48 – 72 hodin. Nelékařský zdravotnický personál (dále jen NLZP) v případě zástavy srdeční činnosti či dýchání resuscitaci nezahajuje, pokyn však musí být zaznamenán ve zdravotnické dokumentaci. Pokyn DNR je zakotvený v zákoně a NLZP nenesou v případě nezapočetí resuscitace žádnou zodpovědnost za pacientův skon. I v terminálním stádiu je ze strany ošetrujícího personálu nutné učinit vše, aby poskytovaná péče byla lege artis. (11)

2 SPECIFICKÉ OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY NA ODDĚLENÍ DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE

Každé oddělení se vyznačuje specifiky ve všech oblastech své činnosti. Tato specifika jsou dána rozličnými stavy, s kterými jsou pacienti na jednotlivých odděleních hospitalizováni. Oddělení dlouhodobé intenzivní péče není z tohoto pohledu výjimkou. Naopak zde nalezneme značné množství specifik, které toto oddělení jasně definuje. Zřejmě hlavní jedinečnost tohoto oddělení spočívá v tom, že se zde setkává intenzivní resuscitační péče s péčí paliativní, velký důraz se klade na rehabilitaci a spolupráci s rodinou pacienta. Jedním příkladem za všechny je dále popisovaný koncept bazální stimulace.

2.1 Péče o dýchací cesty zajištěné tracheostomickou kanylou

Jako tracheostomii označujeme stav, kdy je umělým způsobem spojena průdušnice s tělesným povrchem. K tomuto stavu dochází po tracheopunkci nebo tracheotomii, což je na odděleních DIP plánovaný chirurgický výkon. K udržení umělého spojení průdušnice s povrchem těla se používají tracheostomické kanyly, které jsou zároveň nejčastějším způsobem zajištění dýchacích cest na odděleních DIP. Důvodů a výhod je mnoho. Jejich provedením dojde ke zmenšení odporu v dýchacích cestách tím, že se vyřadí část anatomického mrtvého prostoru, usnadní se hygiena dýchacích cest a zabrání se vzniku pozdních komplikací dlouhodobé orotracheální intubace. Pacient s tracheostomickou kanylou navíc může mluvit, po nasazení speciálního nástavce na tuto kanylu. U pacienta se nahrazuje tracheální intubace plánovanou tracheostomií v případě, že ji bude zapotřebí déle než 10 dnů. Takovým tracheostomiím se říká elektivní a tento způsob zajištění dýchacích cest je nezbytný pro téměř každého pacienta na oddělení DIP. Tracheostomie umožňuje jednodušší odpojení od umělé plicní ventilace a přispívá k rychlejšímu obnovení spontánní ventilace a k následné dekanylaci. Elektivní tracheostomie se často provádějí na jednotkách intenzivní péče, přímo na lůžku. (8, 17)

Nevýhodami tracheostomie je, že dochází nejenom k vyřazení funkce hrtanu, ale

i k řadě dalších somatických nebo psychických problémů (strach z vývoje choroby, ohrožení života, z nutnosti další péče a omezení soběstačnosti) Vlastní ošetrovatelská péče se liší u nemocných schopných spolupráce a u nemocných s poruchou vědomí. Pacienti mají zhoršenou schopnost expektorace, polykací obtíže, které znesnadňují a znepříjemňují příjem potravy, zvyšuje se u nich výskyt gastroezofageálního refluxu, bolest a diskomfort v průběhu odsávání z dýchacích cest. Kůže v okolí operační rány se může poškodit, pacienta může sužovat subjektivní pocit ucpaného nosu. To vše souvisí s psychickými obtížemi různého typu. (8, 17)

Zmíněné odsávání z dýchacích cest je jeden z nejčastějších výkonů v průběhu ošetrovatelské péče u pacientů s tracheostomií na oddělení DIP. Základním cílem tohoto ošetrovatelského výkonu je udržení průchodnosti dýchacích cest při snížené účinnosti fyziologických čistících mechanismů, tedy zejména kašle. Při odsávání sledujeme charakter sputa, barvu a podle toho přizpůsobíme frekvenci odsávání. Rovněž můžeme podporovat vykašlávání z tracheostomatu, k čemuž používáme mukolytika a inhalaci teplého aerosolu. Dáváme pozor na příměsi krve a dodržujeme ošetrovatelské standardy. Pokud nedodržujeme stanovené zásady, tracheostomie může být spojena s řadou časných i pozdních komplikací. (17, 23)

Mezi příčiny těchto komplikací řadíme nedostatečné zvlhčování dýchací směsi, které způsobuje poruchu funkce epitelu dýchacích cest, což má za následek zvýšené riziko infekce, retenci a zasychání sekretu s tvorbou krust a případnou obstrukci tracheostomické kanyly nebo dýchacích cest. K prevenci vzniku těchto komplikací máme možnost volby z několika druhů zvlhčovačů. Průtokový se vyznačuje tím, že proud plynu probublává pod hladinou vody, průtokový tepelný je vybaven vyhřívanou nádobou, kterou prochází proud plynu nad hladinou tekutiny. Dále máme zvlhčovače tryskové a ultrazvukové, které vytvářejí pomocí tlaku a ultrazvukového vlnění mlhovou substanci. Další komplikace může způsobit nesprávná technika při odsávání z dýchacích cest. Během tohoto ošetrovatelského procesu je jednou z nejčastějších chyb nedodržení sterility. Během odsávání nezapomínáme kontrolovat hladinu podtlaku, který může v průběhu odsávání vést ke kolapsu alveolů nebo poškodit sliznici trachey. Během zasouvání odsávací cévky do tracheostomie a do dýchacích cest neodsáváme a při odporu v průběhu zasouvání je třeba informovat lékaře. Mezi další nedostatky řadíme nedostatečnou fixaci tracheostomické kanyly, která by měla být utažená tak, abychom pod její fixaci v podobě fixačního pásku nebo tkalounu snadno vložili jeden prst,

Rovněž přeměřujeme tlak v těsnící manžetě, aby v případě vysokého tlaku nedocházelo k porušení sliznice a v případě nízkého tlaku ke zvýšení rizika aspirace. (17)

O okolí tracheostomické kanyly je třeba náležitě pečovat. Kanyla je u stomie podložena nastřiženým sterilním čtvercem, který se nemusí měnit pravidelně, ale stačí tzv. dle potřeby. To znamená v případě prosáknutí, znečištění od hlenů nebo jiného zašpinění. To samé se týká fixujícího tkalounu nebo speciální pásky na suchý zip, která se mění převážně po ranní hygieně, kdy nasákne vodou. Okolí tracheostomie se velmi snadno osídluje bakteriemi, proto je nutné dbát na aplikaci ochranných mastí a dezinfekčních roztoků. (17)

2.2 Rehabilitační techniky u dlouhodobě nemocných

Rehabilitace má na oddělení dlouhodobé intenzivní péče velký význam. Většina hospitalizovaných pacientů nemá zachovalou spontánní aktivitu z nejrůznějších důvodů. Oddělení má vlastní fyzioterapeutické pracovníky, kteří své pacienty dobře znají a vědí, jaké rehabilitační techniky jsou pro ně nejvhodnější.

2.2.1 Polohování nemocných

Pacienti, kteří mají z různých důvodů omezený nebo nulový pohyb na lůžku, potřebují pravidelné polohování. Tento proces pomáhá pacientům udržovat senzorické funkce díky tomu, že každá změna polohy je doprovázena vznikem celé řady stimulů. Ty pak pomáhají rozvoji i funkcí motorických. Správné polohování má zásadní význam na pacientův zdravotní stav. Polohování tedy chápeme jako uložení pacienta do určité polohy a za určitým cílem. Tím cílem je hlavně prevence dekubitů, jelikož polohování je nejúčinnějším prostředkem proti jejich vzniku a zároveň základním kamenem všech terapeutických aktivit. Pro pacienty neschopné samostatného pohybu, je polohování jednou z prvních léčebných intervencí. Polohování se musí provádět v pravidelných intervalech po dvou až třech hodinách. Polohování je třeba provádět tak dlouho, než pacient znovu nabude vědomí a je schopen spontánního pohybu a změn polohy. (12, 16, 20)

K základním polohám patří poloha na zádech neboli supinační poloha. U této polohy je třeba dbát na riziko některých nebezpečí. Je totiž třeba zamezit vhodnou podložkou hlavy hyperextenzi krční páteře, která může mít neblahý vliv na tonus extenzorů v celém těle a způsobit vznik kontraktur. Tento druh polohování také přináší riziko vzniku dekubitů na patách a v sakrální oblasti. Tato poloha by při plánování terapeutického postupu neměla převažovat. (16)

Dále můžeme praktikovat polohu semisupinační, což je kompromis mezi polohou na boku a na zádech. Touto polohou se vyvarujeme tomu, aby spodní rameno bylo nevhodně stlačeno vahou trupu. Ten totiž musí být rotován dozadu a podepřen polštářem v celé jeho délce. Polohováním na straně (na boku) můžeme pozitivně působit proti spastickému tonu svalstva a zároveň působit proti vzniku dekubitů v sakrální oblasti. Poloha na straně má také vliv na drenáž broncho-pulmonálních sekretů. Před každou změnou polohy a okamžitě po ní je nutné, aby bylo provedeno odsávání z dýchacích cest. U pacienta v bezvědomí je třeba, aby byl polohován s pomocí minimálně dvou osob. Pokud to pacientovi jeho stav dovoluje, je vhodné ho do polohovacího procesu co nejaktivněji zapojit, protože motorické složky pohybu otáčení na stranu a zpět jsou nutné pro pozdější mobilizaci do sedu a stoje. (12, 16)

Mezi specifické druhy poloh korespondující s konceptem bazální stimulace patří poloha „mumie“ a poloha „hnízdo“. Poloha hnízdo umožňuje pacientovi pocítit vjem svého vlastního těla a tím mu pomoci uvědomit si jeho existenci a stanovit si své tělesné hranice. Tato poloha najde užitek u pacientů v deliriu, u dospávajících pacientů po narkóze, u pacientů v komatu a u dlouhodobě upoutaných na lůžko z dalších příčin. Takto polohujeme na zádech pomocí srolovaného ložního prádla. Doba této polohy by neměla překračovat 20 minut. Po provedení této polohy se pacienti zklidní a my jim musíme zabezpečit klidovou fázi, k čemuž můžeme použít polohu zvanou „hnízdo“. Ta dovoluje pacientům odpočinout si a zároveň jim poskytuje pocit bezpečí. Rovněž zlepšuje vnímání hranic jejich těla. Jako pomůcku k vytvoření této polohy volíme měkký polštář, tři povlečené deky a matraci. Tuto polohu můžeme aplikovat v pozici vleže, na zádech i vleže na boku. (4, 12, 16)

2.2.2 Vertikalizace a mobilizace pacienta

Vertikalizací se rozumí posazování a postavování pacienta, které se provádí v případě normálních hodnot intrakraniálního tlaku a schopnosti kardiopulmonálního systému tolerovat vyšší polohu. Začínáme zvyšováním horní poloviny těla a až poté provádíme celkovou vertikalizace. Během tohoto procesu současně monitorujeme srdeční frekvenci a krevní tlak. Brzká vertikalizace je důležitou formou vestibulární stimulace působící preventivně před vznikem osteoporózy, pneumonie, dekubitů a kontraktur. Během vertikalizace se zlepšuje činnost močového měchýře, střev a bránice, což má vliv na ventilační parametry a usnadňuje odvod sekretu z dýchacích cest. (16, 20)

Déle trvající nehybnost se negativně odráží v dalším vývoji onemocnění a znesnadňuje následný rehabilitační proces. Cílem vertikalizace a mobilizace je preventivně působit vůči atrofiím svalstva, které se u pacientů upoutaných na lůžko vyvíjejí nejčastěji. Během jednoho měsíce může tělo ztratit až 60% svalové hmoty, osteoporóza se vyvíjí už po několika týdnech. K mobilizaci dolních končetin se mohou užívat např. motodlahy (viz obrázek 2), u kterých lze nastavit rychlost posunu a míru extenze končetiny. (12, 16)

2.2.3 Respirační fyzioterapie

Hlavní funkcí respiračního systému je transport kyslíku do těla a eliminování odpadního produktu, kterým je oxid uhličitý. Tento systém také zajišťuje nespecifickou obranu proti nemocem, pomáhá udržovat stálé pH a dovoluje mluvení. Respiraci ovšem nemůžeme chápat pouze jako výměnu plynů mezi zevním prostředím a prostředím organismu. Fyzioterapie pohlíží na respiraci jako na zásadní stereotypní pohyb, který zajišťuje a ovlivňuje dýchání. (1)

Termín respirační fyzioterapie se nově používá jako označení všech léčebných prostředků, které můžeme aplikovat v souvislosti s respiračním systémem a které lze využít u stavů, kdy je systém postižen jako celek nebo jen jeho část. Respirační fyzioterapii užíváme i u pacientů bez poškození dýchacího systému. K respirační fyzioterapii řadíme hygienu dýchacích cest, dechovou gymnastiku, autogenní drenáž a použití instrumentálních technik. Autogenní drenáží rozumíme techniku, kdy se pacient

učí odstraňovat hlen bez cizí pomoci. K tomu si můžeme vypomoci instrumentálními technikami, jakými jsou například oscilační flutter, což je nádoba s kuličkou, jejíž vibrace pomáhají uvolňovat hlen v dýchacích cestách. Tato technika se doplňuje s inhalací přírodních látek jako je vincentka nebo mukolytik na zmenšení viskozity hlenu. (6, 7)

Zvláštní a často používanou techniku doplňující respirační fyzioterapii je míčková facilitace, zjednodušeně míčkování, což je komplexní masážní technika povzbuzující a usnadňující nádech a zpomalující výdech. Tato technika uvolňuje hladké svaly průdušek a usnadňuje expektoraci. Míčkování má pozitivní vliv na respirační parametry vitální kapacity plic a vteřinového výdechu. (10)

2.3 Výživa pacientů

Výživa pacientů je na jednotkách intenzivní péče vedena převážně uměle buďto enterální nebo parenterální cestou. S příjmem per os se začíná až u pacientů, kteří nabyli vědomí a jejich zdravotní stav je odpovídající těmto snahám. Začíná se aplikací čaje do úst pomocí injekční stříkačky. Enterální výživa je indikována v případě funkčnosti trávicího ústrojí, ale neschopností pacienta uspokojit dostatečný příjem potravy per os. Indikací je rovněž stav, kdy dochází ke vzniku malnutrice nebo tam, kde malnutrice hrozí a zároveň je zřejmé, že nemocný nebude schopen přijímat potravu po dobu delší než tři dny. Nejčastější příčinou této neschopnosti, je vedle neprůchodnosti v gastrointestinálním traktu (dále jen GIT) nebo narušení funkčních schopností traktu trávit a resorbovat živiny, také porucha vědomí. (11, 28)

Nejlepší cesta k zajištění příjmu je samozřejmě cesta perorální, proto je nutné k němu přivést co nejrychleji. Při nefunkčnosti trávicího ústrojí je nezbytné zvolit cestu parenterální. Oba způsoby výživy se ale mohou ve vhodných případech úspěšně kombinovat. Kriticky nemocní pacienti jsou zpočátku vyživováni výhradně parenterálně a enterálně. Teprve po nabytí vědomí se začíná po malých dávkách s krměním per os. Perorální příjem je nejlepším způsobem výživy, proto veškeré kroky v oblasti výživy vedou ke snaze navrátit pacienta k tomuto druhu příjmu potravy. I nepatrný perorální příjem má veliký efekt, jelikož vede k sekreci GIT a udržuje jeho funkční bakteriální flóru. Příjem potravy per os je navíc pro pacienta po psychologické stránce velmi podporujícím momentem, který v něm probouzí víru v uzdravení. Ve všech

nemocnicích je používán jednotný dietní systém obsahující základní diety (kašovitá, tekutá) a speciální diety (tekutá výživná, s přísným omezením tuků apod.). (11, 13, 28)

2.3.1 Perkutánní endoskopická gastroskopie

Perkutánní endoskopická gastrostomie (dále jen PEG) je tenká sonda procházející dutinou břišní, jejíž dva otvory ústí jednak na povrch břicha a jednak do žaludku. Tento způsob výživy je vhodný pro ty pacienty, u kterých se plánuje podávání umělé výživy dlouhodobě a není vhodné podávání jinou cestou. PEG nevylučuje přijímání potravy per os. Podávání potravy cestou PEG pak jen doplňujeme požadovaný denní příjem. Pokud není možné podávání potravy per os, můžeme kompletní příjem potravy nahradit cestou PEG, která nijakým závažným způsobem nenarušuje kvalitu života pacienta. Výživu lze do sondy podávat v jednotlivých dávkách nebo kontinuálně s použitím enterální pumpy. Sondu je nutné propláchnout čajem nebo vodou před každým podáním výživy. Nesmí se používat kyselé roztoky ve formách ovocných šťáv, které by mohly způsobit sražení potravy a ucpaní sondy. PEG umožňuje rovněž podávání léků, které je nejlépe zředit vodou nebo čajem. Tabletky je nutné pečlivě rozdrtit, abychom sondu neucpali. Pokud dojde k ucpaní sondy, zkusíme ji propláchnout vlažnou vodou ze stříkačky spíše menšího obsahu opakovaným nasáváním a vstříkáváním. Dobře může posloužit i voda s bublinkami. V případě přetrvávajícího problému je možno do sondy napustit vlažný roztok pankreatických enzymů. (9, 13, 28)

PEG je nutné ošetřovat každý den. Nejrizikovější období je cca 4 – 6 týdnů po výkonu, kdy ještě není vytvořen gastrokutánní kanál. Všimáme si všech změn v okolí sondy – zarudnutí, hnisání, vytékání výživy apod. V případě vytékání výživy je nutná lékařská intervence. V prvních dnech lze pod přítlačnou silikonovou destičku pokládat sterilní čtverec. V případě komplikací informujeme lékaře. Obvykle po dvou týdnech kolem setu vznikne vazivový kanálek a sondu můžeme ošetřovat pouze dvakrát týdně. To ovšem neznamená, že bychom na okolí sondy přestali brát zřetel. Ve srovnání s parenterální výživou je enterální výživa pomocí této sondy nejen daleko méně náročná, ale hlavně je při tomto druhu výživy nižší riziko vzniku komplikací. Pokud už nějaké vzniknou, dají se rychle a účinně řešit. Enterální výživa navíc vychází několikanásobně levněji. Tento vstup se zakládá v případě, že je výživa sondou plánována na dobu delší než 4 – 6 týdnů. Z chirurgického hlediska se výkon považuje

za jednoduchý. Sondy lze do žaludku zavést punkční technikou v lokální anestezii. Enterální výživa se pak podává nejčastěji bolusově pomocí stříkačky. Lze ji ovšem podávat i kontinuálně. Často se ale kombinuje výživa pomocí PEG s perorálním příjmem, který ovšem u dlouhodobě a vážně nemocných není dostačující. (9, 13, 23, 28)

2.3.2 Parenterální výživa

Parenterální výživa se využívá jako léčebný postup převážně tam, kde došlo k selhání funkce trávicího ústrojí, například při střevní obstrukci nebo závažné malabsorpci živin. I zde je třeba zdůraznit, že se parenterální a enterální výživa může úspěšně kombinovat, dovoluje-li to stav pacienta. Pak je efekt těchto způsobů umělého vyživování podstatně vyšší. Pouze parenterálně se tedy vyživují pacienti v nejtěžších stavech, až při zlepšení se může přejít na enterální výživu. Při totální závislosti na parenterální výživě je výhodné zavádět pomocí tenké sondy do jejuny malé množství výživy, čímž je zajištěna příznivá stimulace GIT. Parenterální výživa má různorodou skladbu (aminokyseliny, tuky, glukóza, vitaminy a stopové prvky). Dříve byly jednotlivé složky podávány v samostatných lahvích, což znamenalo zvýšenou spotřebu zdravotnického materiálu a zvyšovalo riziko infekčních komplikací. Dnes je kompletní parenterální výživa obsažena v jediném speciálním vaku. Tyto směsi označujeme jako all-in-one, tedy vše v jednom (cukry, tuky i aminokyseliny). (23, 28)

2.4 Péče o stomie

Stomii chápeme jako umělé vyústění dutého orgánu na tělesný povrch. Přestože medicína došla v oblasti chirurgie velkých úspěchů, problematika střevních vývodů je stále aktuální. Chirurgové jsou schopni provádět nejrůznější operace zabraňující nutnosti zavádění stomií, nemocí vyžadujících stomii naopak přibývá. Zvyšuje se výskyt střevních nádorů, u nás zejména karcinom tlustého střeva a další nemoci, často zánětlivého charakteru. Střevní vývod je pak jednou z terapeutických možností. Označení stoma pochází z řeckého slova znamenajícího ústa, vyústění. Cílem zavedení stomie je zkvalitnit život nemocného. Dle umístění dělíme stomie na ileostomie a kolostomie, podle způsobu konstrukce na nástěnnou střevní stomii, axiální

(dvouhlavňovou) stomii, terminální (jednohlavňovou) stomii. (23, 26)

Zavedení stomie s sebou přináší četná rizika časných a pozdějších komplikací, kterým musí ošetrovatelský personál věnovat pozornost. Příčinami může být chybná konstrukce stomie, její nevhodné umístění, nedostatečná ošetrovatelská péče o stomii a nesprávně zvolené stomické pomůcky. Po čerstvém zhotovení vývodu se může objevit krvácení, které lze téměř vždy snadno vyřešit. Je nutné ho ale vždy nahlásit lékaři. Jako prevence se používá měkká, flexibilní podložka, u tužších podložek je třeba pečlivě přesně vystříhnout otvor v podložce před jejím nalepením kolem stomie. Krvácení se může spustit při omývání vodou nebo při kontaktu s žínkou. Většinou se ale krvácení samovolně zastaví. Při pozdním krvácení je třeba vyšetřit střevo endoskopicky výkonem. Další komplikací je nekróza okrajů střevního vývodu. Ošetřujícího personálu by měl umět odhadnout, do jaké míry lze postupovat v léčebném procesu konzervativním způsobem. Po důkladné hygieně vývodu a jeho okolí se nekróza bez problémů odloučí. Zřídka se setkáváme se zánětem kůže v blízkosti stomie, avšak pro pacienty nemá tento stav žádné neblahé následky. Změny v oblasti stomie ale nelze podceňovat. Někdy zánětlivé příznaky odezní až po nanesení silných dezinfekčních prostředků. Časnou komplikací je i nevhodné umístění a provedení stomie. K pozdním komplikacím řadíme parastomální kýlu, která je zároveň nejčastější komplikací vývodu. Její léčba nebývá pokaždé jednoduchá. Úkolem ošetřujícího personálu je vyhodnocovat, jaké potíže kýla způsobuje, například bolestivost. Dále infekce v okolí stomie, stenóza a retrakce, která může být následkem parastomální kýly. (23, 26)

Před ošetřováním stomie zajistíme vhodnou polohu nemocného a připravíme si všechny potřebné pomůcky (rukavice, mýdlo, ručník, buničinu na osušení, stomickou podložku, stomický sáček a další příslušenství). V podložce se vystřihuje otvor, který by měl být o centimetr širší než průměr stomie. Stomii očišťujeme omytím a osušením. Zarudlá místa ošetříme ochranným krémem a necháme zaschnout. Poté přiložíme vystřiženou podložku, z které předem odstraníme papírovou fólii. Podložku přimáčkneme a dobře přilepíme v okolí stomie. Někdy se stává, že stomický set špatně přilne ke kůži pacienta. V tomto případě lze užít ochranné pasty, které mají dezinfekční a lepivý účinek. Poté můžeme aplikovat adhezivní pastu, která chrání kůži v okolí stomie a zabraňuje zatékání. U dvoudílného systému nasazujeme stomický sáček. Ten by neměl být slepený, ale měl by obsahovat trochu vzduchu. Po provedeném výkonu odstraníme znečištěný použitý materiál a zaznamenáme jeho průběh do ošetrovatelské

dokumentace. Pacienti se stomií by měli rovněž dbát na správnou výživu. Vyhýbat by se měli nadýmavým jídlům jako je čočka, hrách, fazole, čerstvá kynutá těsta a vůbec jídlům, která způsobují trávicí potíže. Stomický pacient nemá určenou zvláštní dietu. Může jíst vše, co mu nedělá problémy. (11, 18, 23)

2.5 Péče o pacienta v terminálním stádiu onemocnění

Urgentní a paliativní péče může mít z pohledu zdravotnického záchranáře tolik odlišností, že ho tyto dva rozdílné přístupy k péči ani nenapadne dávat dohromady. Přesto mají několik společných rysů. Oba přístupy se věnují kriticky nemocným pacientům, Zdravotničtí pracovníci musí čelit vysoké úmrtnosti přinášející psychickou náročnost a zároveň musí pečovat a pomáhat blízkým pacientů. Paliativní péče na rozdíl od urgentní péče nebere smrt za čistě negativní jev, který měl být maximální terapií co nejdéle oddalován, ale chápe ji jako očekávanou událost, která se u nevléčitelně nemocných bere za přirozenou a její oddalování maximální terapií je naopak chápáno za negativní. (21, 23)

Umírání je konečná část lidského života, která může trvat až týdny. Tato fáze lidského života má svůj psychologický, sociální a spirituální rozměr. Za terminální fázi onemocnění označujeme poslední dny a týdny života pacienta. V těchto chvílích dochází k neodvratnému selhávání lidského organismu. Na tento proces nepohlížíme pouze z patofyziologické stránky. Je třeba chápat i to, že se jedná o poslední část zcela jedinečného života. V těchto chvílích se snažíme maximalizovat pacientův komfort a umožnit mu klidné umírání. Smrti předchází zhoršení klinického stavu, které může trvat několik sekund až minut (např. masivní krvácení z karotidy, plicní embolie), několik hodin (krvácení do GIT, oběhové selhání u sepse při bronchopneumonii) nebo několik dní (narůstající intrakraniální hypertenze, jaterní encefalopatie atd.). Právě u této skupiny nemocných jsou nejvíce rozpracovány postupy paliativní péče. (19)

Hlavní doménou péče o pacienta v terminálním stádiu je léčba bolesti. Ta se u umírajících pacientů vyskytuje nejčastěji. Až u 60 % pacientů v terminální fázi nádorového selhávání organismu se vyskytuje bolest, kterou je třeba tlumit. U nádorově nemocných je toto číslo až 90 %. Bolest a její příčiny by se neměly podceňovat. U pacientů v bezvědomí sledujeme grimasy obličeje a podle toho konzultujeme možnosti nasazení analgetik. U pacientů při vědomí máme možnost

použít různé druhy číselných škál, kterými pacient označuje intenzitu bolesti. Toto vyhodnocování by mělo patřit k hlavním činnostem NLZP, jejichž důležitost by se neměla podceňovat (19, 21)

Mezi další časté stavy objevující se v péči o umírajícího pacienta patří dušnost, která se objevuje z mnoha příčin a která má celou řadu farmakologických řešení. Její výskyt se podle výzkumů pohybuje v rozmezí od 15 % do 79 %. Čím déle terminální fáze trvá, tím více se na projevu dušnosti podílejí psychické problémy, které se přidávají k problémům způsobeným například orgánovým poškozením. Pacienta ovládá strach, deprese a úzkost. Tyto stavy máme možnost efektivně léčit. U terminálně nemocných se často využívají benzodiazepiny s dlouhodobým účinkem. Svou pozitivní roli rovněž sehrávají antidepressiva. (19, 21)

Ohledně výživy je nutné mít na paměti, že během umírání přichází doba, kdy pacient začíná ztrácet chuť k jídlu a pití. Svůj vliv na tom může mít i psychická stránka, kdy pacient může být úzkostný a mít strach ze smrti. V tuto chvíli musí zdravotnický personál rozlišit malnutrici a dehydrataci od hladu a žízně. Podávání výživy a tekutin se poté rozhoduje s ohledem na vyjádření rodiny. Vždy se snažíme zhodnotit výhody i nevýhody našeho rozhodnutí. Základem péče o pacienta v terminálním stádiu je citlivý přístup, který věnujeme nejen pacientům, ale i rodině nemocného. (19, 21)

3 BAZÁLNÍ STIMULACE

Provádění bazální stimulace pomáhá rozvíjet lidské vnímání v té nejzákladnější rovině. Základem konceptu je stimulace smyslových orgánů rozličnými způsoby. Původ tohoto konceptu bazální stimulace je v oblasti speciální pedagogiky. Na počátku 70. let minulého století propracoval tento koncept Prof. Dr. Fröhlich, který pracoval s dětmi vykazujícími velmi těžká omezení v mentální a tělesné oblasti. Po více než 10letých zkušenostech s integrací tohoto vývoj podporujícího konceptu byl koncept transferován do ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně a také následné péči. Do České republiky se koncept dostal za výrazného přispění Karoliny Friedlové, která s tímto konceptem seznámila zdravotnické pracovníky pomocí časopisu sestra a v roce 2003 také lektorovala první základní kurz bazální stimulace. Od té doby se s konceptem pracuje v České republice a v současnosti je v zemích evropské unie koncept brán za uznáný v oboru speciální pedagogiky i ošetrovatelství. V konceptu bazální stimulace je na pacienta pohlíženo jako na člověka rovnocenného, kterému je třeba poskytovat individuální, efektivní, léčebnou a lidskou péči. Tímto konceptem dostává ošetřující personál do ruky další možnost léčebné intervence. Součástí ošetrovatelské dokumentace pacienta je i dotazník s názvem „Ošetrovatelská anamnéza v konceptu bazální stimulace“ (viz Příloha 2). (2, 4)

3.1 Somatická bazální stimulace

Somatické vnímání umožňuje pociťovat vjemy z povrchu těla, které zprostředkovává kožní percepční orgán. Citlivá ale není jen kůže, ale i svaly a klouby. Právě s citlivostí svalů a kloubů souvisí propriorecepce, která úzce souvisí se somatickým a s kinestetickým vnímáním. Somatická stimulace pomáhá pacientovi uvědomovat si vjemy vlastního těla a tyto vjemy stimulovat, aby si je pacient zařadil do svého tělesného schématu. Vnímání vlastního těla je hlavní předpoklad pro uvědomění si okolního světa a navázání komunikace s ním. (2, 3)

Základním kamenem somatické stimulace je dotek zajišťující zkušenost se svým tělem, který je formou přirozené neverbální komunikace. Pomocí doteků formujeme vztahy k věcem a lidem a těmto dotekům tak dáváme určitý význam a důležitost. Předpokladem kvalitního doteku je klid, dostatečně vyvinutá síla a tlak a pravidelné

opakování. Takto prováděná stimulace je pomocníkem v orientaci pacienta a poskytuje mu pocit bezpečí. Chaotické doteky prováděné nepřiměřenou silou mohou vést ke zvýšení svalového tonu a vůbec k nežádoucí reakci organismu. (2, 3)

Somatickou stimulaci lze použít i jako koupel začleněnou do hygienické péče o pacienty. Při každém mytí pracujeme s pacientem a dotýkáme se ho oběma rukama. I během tohoto koupání bychom měli zajistit klid v místnosti a tepelný komfort. Neměli bychom nikam odbíhat a svou péči věnovat výhradně pacientovi, nikoli hovorům s třetí osobou. (2, 3)

3.2 Vestibulární bazální stimulace

Znakem každého zdravého jedince je, že se nepřetržitě pohybuje a mění své polohy, čímž se stimuluje jeho rovnovážné ústrojí. Naopak jsou na tom lidé v bezvědomí nebo s neschopností pohybu jiné etiologie. Člověk přestává vnímat vlastní tělesné hranice už po půl hodině nehybného ležení. Úkolem vestibulární bazální stimulace je proto nahradit u pacientů pohybový deficit a podpořit stimulaci jejich rovnovážného ústrojí, které z důvodů imobilizace ztrácí schopnost reagovat na změny polohy. Pacientům pomáhá provádění vestibulární stimulace orientovat se v prostoru. Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat všechny druhy pohybů v prostoru. U pacientů s počínajícím prováděním vestibulární stimulace musíme počítat i s komplikacemi - nauzeou, kolapsem, bolestí hlavy. Vestibulární stimulaci provádíme u pacientů upoutaných na lůžko delší dobu než 3 dny. Význam má i u pacientů ve vigilním kómatu a u lidí s mentální retardací. Vestibulární stimulaci můžeme provádět na lůžku pomocí zcela nepatrných pohybů pacientovy hlavy. V tomto případě nezakrýváme obličejovou část a pohyb stačí opakovat 3 – 5krát. Vhodné je provádět vestibulární stimulaci před každým polohováním. (2, 3)

3.3 Vibrační bazální stimulace

Úkolem vibrační stimulace je pomocí vibrací stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací. Vibrační stimulaci lze stimulovat i proprioreceptory, tedy receptory hluboké citlivosti ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vibrační

stimulace zajišťuje intenzivní vjem z pacientova těla, ale citlivost pro tento druh stimulace je zcela individuální. Vibrační stimulaci praktikujeme opět hlavně u lidí ve vigilním kómatu, ale můžeme ji užít i jako přípravný stupeň k vnímání pohybu před následující vertikalizací a mobilizací. K vibrační stimulaci můžeme použít různé technické předměty (bateriové vibrátory, holicí strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, vibrující lehátka a sedátka) nebo pouze vlastní ruce. Elektrické vibrátory nepoužíváme v péči o gerontologické pacienty z důvodu fragility vazů a možnosti mikrotraumatizace. (2, 3)

3.4 Optická bazální stimulace

Spolu se sluchem je vidění nejdůležitějším smyslem, pomocí kterého nepřetržitě reagujeme na okolí, které je nekonečně pestré. Hospitalizace v nemocničním prostředí nabízí při dlouhodobém pobytu pravý opak. Nízká míra vizuálních podnětů je nestimulující, což je pro pacienta často velmi stresující. Proto se oddělení DIP snaží o výzdobu stropů a zdí pokojů (viz obr. 4 a 6). Nezbytná je pro optickou stimulaci orientace v prostoru, čemuž napomáháme polohováním, kdy měníme tělesné polohy. Každou změnou pacientovy hlavy mu umožňujeme vnímat jiné zorné pole. To mu umožňuje sledovat dění v okolí, čímž se posílí jeho pocit jistoty. Změna polohy znamená současně stimulaci vestibulární a somatickou. (2)

Při optické stimulaci je důležité dodržovat následující zásady: nabízet podněty, které jsou zřetelně světlé a zřetelně tmavé. Nabídnou pacientovi možnost uvědomit si denní dobu, rozdíl mezi dnem a nocí. U pacientů s demencí nebo mentální retardací jsou vhodné obrázky, které pacient zná. Používá-li pacient brýle, nezapomeneme mu je nasadit. Sledování televize a videa patří k formám optické stimulace kombinované s auditivní stimulací, je ale nutno dodržovat zásadu úměrné expozice, aby nedošlo k opačnému efektu, kdy se televize stane homogenním polem. Pro stimulaci paměťové stopy a umožnění orientace v denní době jsou vhodné známé pořady pacienta. (2, 5)

3.5 Auditivní bazální stimulace

Sluch člověka je nezbytný pro kvalitní komunikaci. Auditivní stimulace má proto rovněž své místo v konceptu bazální stimulace. Tato stimulace nám pomáhá navázat kontakt s pacientem, vyvolat u něj vzpomínky, stimulovat vnímání. Při provádění auditivní stimulace můžeme využít rozličných zdrojů zvuku (hlas, hudební nástroje, reprodukováné zvuky). Při provádění auditivní stimulace bereme rovněž ohled na biografickou anamnézu pacienta. Důležité jsou informace o sluchové nedostatečnosti a užívání kompenzačních pomůcek (naslouchátko). (2)

3.6 Orální bazální stimulace

Ústa patří mezi nejcitlivější a s ohledem na vnímání nejaktivnější zónu. Ústa bereme rovněž za místo velmi intimní a spolu s rukou jsou ústa těmi nejaktivnějšími místy na těle. Prokazuje se to již v 9. týdnu embryonálního vývoje, kdy plod cucá zárodek svého palce a získává tak zkušenost se svými ústy. Dítě na počátku svého vývoje poznává skrze ústa svět. Těchto poznatků koncept bazální stimulace využívá u pacientů s těžkými vadami vědomí. Ústa mohou sloužit k navázání komunikace, chuťovou stimulací můžeme podpořit chuť k jídlu. (2)

Předpokladem pro úspěšnost orální stimulace je zvolení správné polohy, umožnění ochutnat to, co je pacientovi příjemné (zjistíme autobiografickou anamnézou). Bedlivě pozorujeme pacienta a sledujeme jeho reakce. Orální stimulaci neprovádíme, je-li zřejmá zřetelná únava (např. po výkonu potřebuje nemocný fázi odpočinku). U těch, kteří neotvírají ústa, volíme iniciální dotek, čichovou stimulaci, dotek na hlavě, vestibulární stimulaci, somatickou stimulaci obličeje, manuální stimulaci slinných žláz, lehkou stimulaci rtů, orofaciální stimulaci. (2, 5)

Během orální stimulace se nekombinují více než tři různé chutě a také platí zásada nevnikat násilím do úst. Je nutné mít stále na paměti, že je to jedno z nejintimnějších míst na těle. Invazivním vstupem do dutiny ústní lze vyvolat u pacienta nepříjemný zážitek, který se může projevit v následné péči o dutinu ústní a další stimulaci. (2, 5)

3.7 Olfaktorická bazální stimulace

Tato forma stimulace zahrnuje stimulaci pomocí vůní a pachů. Ty jsou pro člověka vyvolavatelem určitých vzpomínek, jelikož každý člověk má vůně, které si během života oblíbí. Proto je nutné před expozicí pacienta různými vůněmi zjistit, které vůně jsou oblíbené, jinak lze vyvolat negativní stimulaci a navázání nežádoucí nebo také nulové odezvy. Například po aplikaci neznámé vůně. Olfaktorické stimuly by se stejně jako další neměly provádět nepřetržitě, neboť by si na ně pacient zvykl. (2, 5)

3.8 Taktilně-haptická stimulace

Taktilně - haptická stimulace si bere za objekt svého zájmu lidskou ruku a schopnost rozpoznávat předměty a uchovat je v paměti. Ruka je spolu s ústy nejaktivnější částí těla, proto je taktilně – haptická stimulace velmi významná. Neklidní, hyperaktivní pacienti, kteří často tahají za EKG svody a katétry tak činí z důvodu potřeby identifikovat nahmataný předmět a uspokojují základní lidskou potřebu aktivity. Koncept bazální stimulace bere tyto aktivity za známku nedostatku taktilně – haptické stimulace. Pacienti se snaží neznámé nemocniční předměty někam zařadit, ale jelikož ne všechny před tím znali, vyvolávají u nich pocity nejistoty. K provádění takticko – haptické stimulace lze použít oblíbených předmětů, předmětů užívaných k výkonu povolání, teplé a chladné předměty, aj. (2, 5)

4 KOMUNIKACE S PACIENTEM V PROSTŘEDÍ DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE

Záměrem každé komunikace je vyvolání určité odpovědi. Komunikace je tedy děj, jež je základem pro fungování mezilidských vztahů. Komunikace v ošetrovatelství je projev sociální komunikace, kdy NLZP vystupuje v roli komunikátorů a zároveň edukátorů. Bez schopnosti edukovat a komunikovat nelze poskytovat řádnou ošetrovatelskou péči. Pacient přijímaný na jednotku intenzivní péči při vědomí může být celým procesem velmi stresovaný a úzkostný. Vznikají totiž obavy o vážnost jeho zdravotního stavu a vývoje. Pacient přichází do nového a s ohledem na vybavení jednotek intenzivní péče i nevlídného prostředí, které není zrovna nejvhodnější ke komunikaci. Může trpět velkou bolestí nebo mít zajištěné dýchací cesty tracheální intubací, což jsou další aspekty ztěžující komunikaci. Po stabilizaci pacienta se doporučuje jasná, stručná, vlídná, ohleduplná a srozumitelná komunikace přesvědčivým hlasem, při které získá náhled na svůj stav a dozví se více o poskytované péči. To pomůže překonat pacientovu zmatenost. Neopomíjíme používání neverbální komunikace. (11, 14, 15, 25)

4.1 Specifika komunikace s pacienty na oddělení dlouhodobé intenzivní péče

Na odděleních DIP jsou v naprosté většině případů hospitalizováni pacienti, kteří vyžadují speciální formu komunikace. Mají rozličně omezené některé ze schopností kognitivních a smyslových. Tito pacienti jsou znevýhodněni převážně z důvodu poruch vědomí. Tělesné znevýhodnění je dáno dlouhodobým vyřazení fonace z důvodu zajištění dýchacích cest pomocí tracheostomické kanyly, nezřídka kdy jsou ale přijati pacienti s tělesným postižením různé etiologie, jež má často charakter trvalého poškození. Bez ohledu na druh znevýhodnění mají všichni tyto pacienti stejná práva. Snahou ošetřujícího personálu by mělo být nalezení co nejvhodnějšího komunikačního nástroje a zachování si profesionálního přístupu bez předpojatosti a předsudků. Je třeba si uvědomit a mít na paměti, že u každého pacienta je často třeba použít jinou formu

komunikace. Při komunikaci nebo k jejímu navázání máme k dispozici obrázky, abecední tabulku, psací desku, komunikační karty vystihující časté potřeby pacientů, takzvané „mluvící kanyly“ vhodné pro pacienty, kteří již nepotřebují ventilační podporu. (11, 15)

Právě komunikace s pacienty majícími dýchací cesty zajištěné tracheostomickou kanylou patří mezi specifickou skupinu oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Zde využíváme řadu komunikačních způsobů a technik. Často je využíváno odezírání ze rtů, které ale vyžaduje velkou míru koncentrace, praktickou zkušenost, kvalitní artikulaci a hlavně trpělivost. Často se stává, že se pacient a ošetřující personál tímto způsobem nedomluví. Často je to z důvodu sdělování příliš dlouhých vět. Pak je potřeba zvolit jinou techniku. Užitečným pomocníkem je abecední tabulka. Právě ta je velkým pomocníkem například u pacientů s kvadruplegií, kteří mají navíc vyřazenu fonaci. Pokud pacient něco potřebuje, často stačí nalézt pár počátečních písmenek a ošetřujícímu personálu už je jasné, v čem tkví například pacientova nepohoda. Bez tabulkové abecedy můžeme u pacienta strávit třeba půl hodiny a ani po této době vám nedojde, že se nám pacient pomocí očních grimas snaží říci, že potřebuje nasadit brýle. U lidí v bezvědomí vycházíme z takzvané pasivní komunikace, kdy je komunikace vedena jen ze strany ošetřovatelského personálu. Ten na pacienta hovoří, popisuje mu prováděné výkony, upozorňuje ho na blížící se vyšetření, popřípadě zákrok. Tato komunikace je bez zpětné vazby. (5, 11, 22, 24)

4.2 Komunikace s blízkými pacientů na oddělení dlouhodobé intenzivní péče

Nemoc nezasahuje pouze pacienta, ale má vliv na celou jeho rodinu a známé. Blízcí pacientů čelí velkému psychickému tlaku, když si uvědomují nastalou situaci a jsou často svědky toho, jak se stav jeho blízkého dostává do terminálního stádia. Je dobré pracovat s vědomím, že blízcí pacientů patří spolu s pacientem a zdravotnickými pracovníky do jednoho týmu, kterému jde v první řadě o nemocného. Zároveň je nutné si připustit, že i blízcí pacientů mají své vlastní potřeby, jejichž neuspokojení se odráží v jejich snaze pomoci. Členy rodiny nejčastěji zajímá, zdali nemá pacient bolesti,

k tomu potřebují dostatek informací, mohou mít snahu naučit se praktické dovednosti v péči o blízkého. K tomu všemu je nutná komunikace. Funkce rodiny v ošetrovatelském procesu je a stále bude nenahraditelnou. Rodina nám poskytuje důležité informace o pacientovi, po vhodné edukaci se podílí na péči o pacienta, kterému tak poskytuje psychickou a fyzickou podporou. Přesto představuje komunikace s rodinou pacienta pro mnoho pracovníků nejnáročnější úlohu. Zdravotnický pracovník by se měl naučit vhodně odpovídat na dotazy a vést aktivní komunikaci od prvopočátku. Během komunikace však musí zdravotník respektovat své omezené kompetence a nevysslovovat se o vážnosti stavu a prognóze onemocnění. Vždy respektujeme informovaný souhlas pacienta. (21, 25, 26)

Blízkým pacientů je třeba podávat informace o stavu pacienta šetrně. Často se totiž jedná o závažné stavy s nepříliš příznivou, přinejlepším neznámou prognózou. Ze zákona je tato úloha svěřena pouze lékařům. Nelékařský zdravotnický pracovník ale s příbuznými navazuje úzkou spolupráci, během které je nutno komunikovat. V případě možnosti komunikace pacienta v době příjmu respektujeme výčet osob, kterým je možné podávat informace o zdravotním stavu. Úlohou nelékařských zdravotnických pracovníků by mělo být hlavně motivování blízkých pacientů k efektivní podpoře nemocného a edukace o způsobu chování na oddělení. Důležité je dbát na používání ochranných pomůcek a to také kontrolovat. NLZP by měl být vždy nablízku a být blízkým v případě nutnosti oporou. Na oddělení dlouhodobé intenzivní péče příbuzní rovněž vyplňují formulář ošetrovatelské anamnézy v konceptu bazální stimulace (viz Příloha 2), kde zaškrťávají různé zvyklosti, které pacient měl a které by bylo vhodné zařadit do konceptu. Blízké pak můžeme rovnou zasvětit do provádění tohoto konceptu. Na oddělení DIP FN Plzeň je umístěna informační nástěnka, kde jsou vyvěšeny různé letáky a obrázky týkající se bazální stimulace (viz obr. 3) (5, 25)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

5.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zdali se blízcí hospitalizovaných pacientů na dlouhodobé intenzivní péči aktivně zapojují do konceptu bazální stimulace.

Cíl 2: Zjistit postoj blízkých pacientů ke konceptu bazální stimulace.

Cíl 3: Zjistit, zdali blízcí pacientů cítí dostatečnou podporu od zdravotnického personálu.

5.2 Hypotézy

H1: Předpokládám, že se většina blízkých hospitalizovaných pacientů aktivně zapojuje do konceptu bazální stimulace.

H2: Předpokládám, že většina blízkých bude hodnotit koncept bazální stimulace pozitivně.

H3: Předpokládám, že zdravotnický personál poskytuje blízkým hospitalizovaných pacientů dostatečnou podporu při provádění bazální stimulace.

6 METODIKA

6.1 Metodika

K dosažení cílů této práce byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření určeného blízkým hospitalizovaných pacientů na odděleních DIP a DIOP. Anonymní dotazník je složen z 16 otázek, které jsou orientovány na dosažení stanovených cílů. V dotazníku je zahrnuta možnost napsání vlastní odpovědi, výběr z více možností nebo označení předvolené odpovědi.

Součástí praktické části je i kvalitativní výzkum zahrnující ošetrovatelskou kazuistiku týkající se pacienta ve vigilním kómatu.

Dotazníkové šetření probíhalo ve třech nemocnicích. Ve Fakultní nemocnici v Plzni, na oddělení DIP, v Městské nemocnici Plzeň Privamed a.s., na oddělení DIOP a v Nemocnici Ostrov, na odděleních DIP a DIOP. V plzeňské nemocnici jsem dotazníky rozdával osobně a obratem je přijímal zpět vyplněné. O zbytek distribuce se postaraly vrchní sestry zbývajících nemocnic.

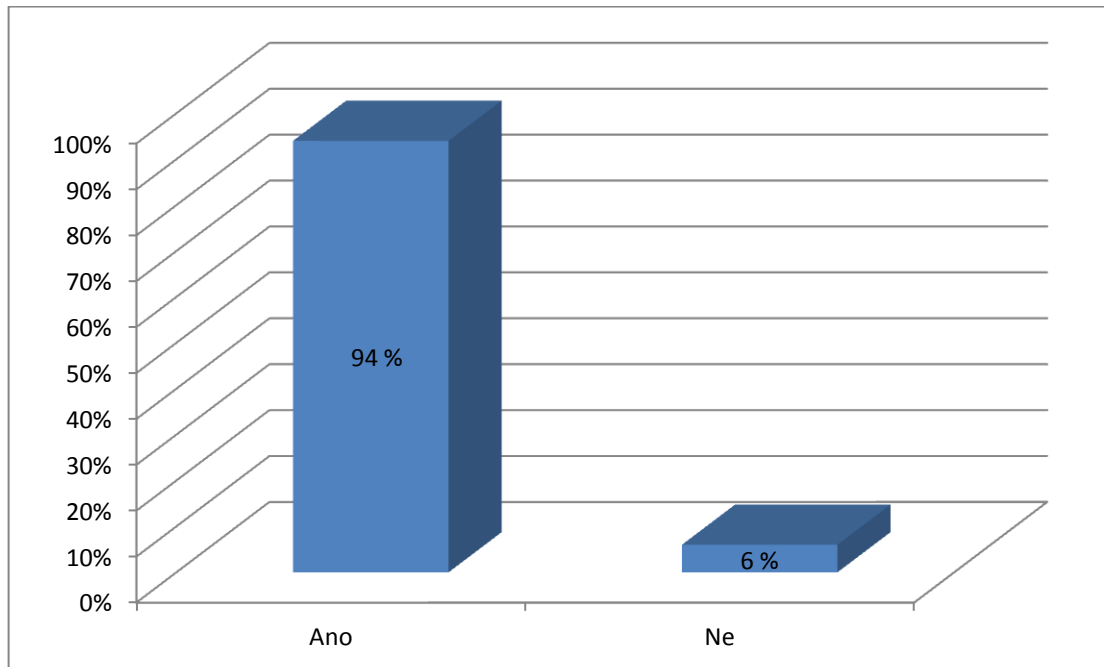
Získaná data jsem třídil a vyhodnocoval pomocí tabulkového procesoru Microsoft Excel 2007 a textového procesoru Microsoft Word 2007.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníky byly určeny těm blízkým, jejichž příbuzní byli ve stavu vigilního kómatu. O tomto požadavku byly informovány i vrchní sestry, kterým jsem dotazníky předával. Celkem jsem distribuoval 115 dotazníků, vyplněných jsem jich nashromáždil 80, z nichž ani jeden nemusel být vyřazen. Celková návratnost tedy byla 70 %. Výzkum probíhal v únoru a březnu roku 2012.

7 Výsledky

Graf 1 Zájem o vzdělávání

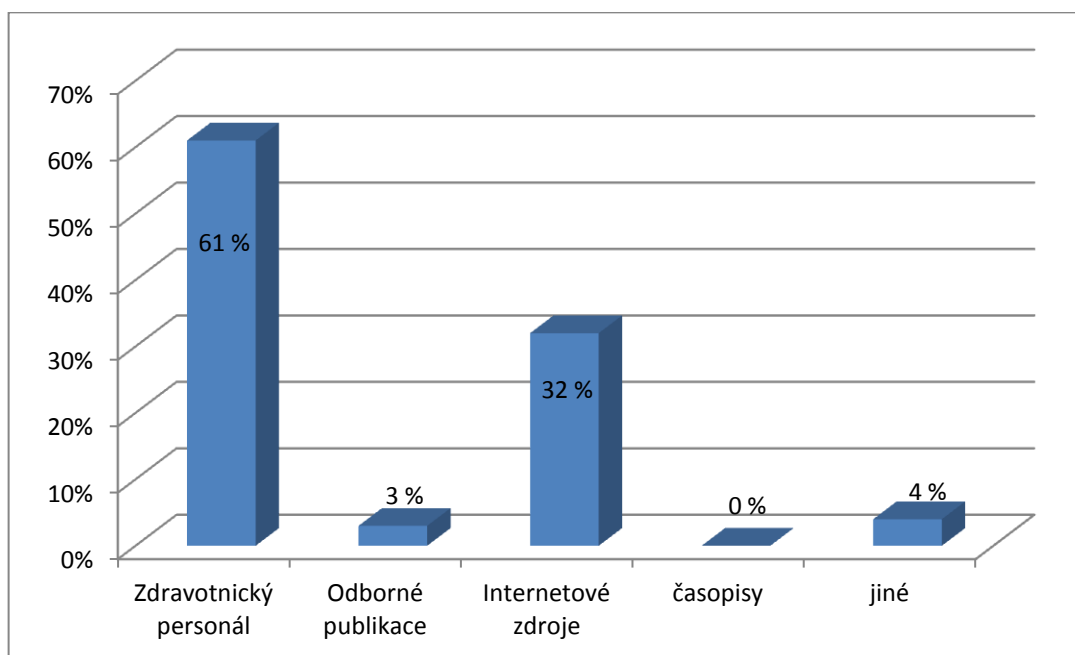


Tabulka 1 Zájem o vzdělávání

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano	94 %	75
Ne	6 %	5
Celkem	100 %	80

V otázce 1 jsem zjišťoval zájem dotazovaných o získávání nových poznatků z oblasti bazální stimulace. 75 respondentů (94 %) odpovědělo, že mají zájem získávat nové poznatky z oblasti bazální stimulace. Zbýlých 5 respondentů (6 %) odpovědělo negativně.

Graf 2 Zdroj informací o bazální stimulaci



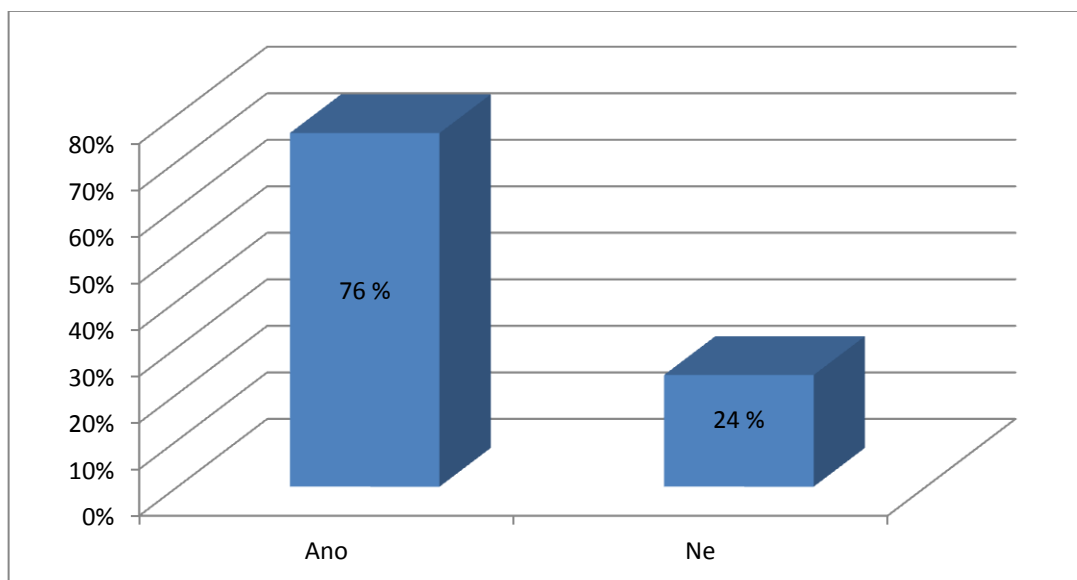
Tabulka 2 Zdroj informací o bazální stimulaci

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Zdravotnický personál	61 %	49
Odborné publikace	3 %	2
Internetové zdroje	32 %	26
Časopisy	0 %	0
Jiné	4 %	3

Naprostá většina dotazovaných uvedla za svůj hlavní zdroj získávání informací o bazální stimulaci zdravotnický personál, což značí vysokou důvěru v tyto pracovníky. Tuto možnost označilo 49 respondentů (61 %). Pouze dva dotazovaní (3 %) uvedli za zdroj odborné publikace. Druhým nejčastějším zdrojem informací je internet, na kterém hledá informace 26 dotazovaných (32 %). Časopisy jako zdroj informací nevyhledává žádný z respondentů. Pozn.: Jako „jiné“ celkově tři dotazovaní uvedli příbuzné, známé a kamarádka – fyzioterapeutka.

H1: Předpokládám, že se většina blízkých hospitalizovaných pacientů aktivně zapojuje do konceptu bazální stimulace.

Graf 3 Provádění iniciálního doteku



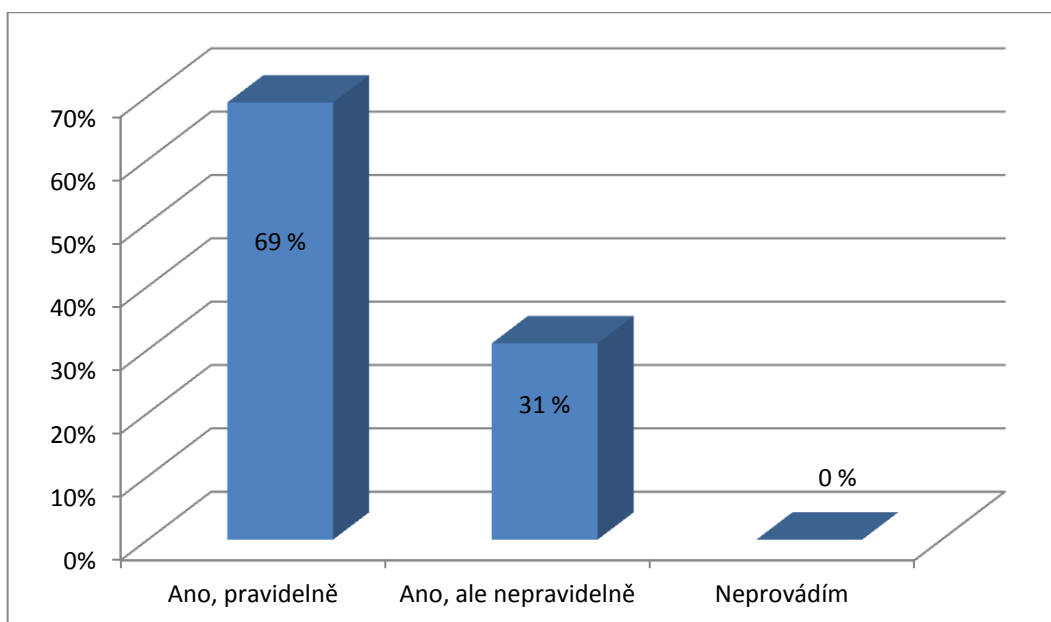
Tabulka 3 Provádění iniciálního doteku

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano	76 %	61
Ne	24 %	19
Celkem	100 %	80

Otázka 3 potvrzuje hypotézu č. 1 ve znění: Předpokládám, že se většina blízkých hospitalizovaných pacientů aktivně zapojuje do konceptu bazální stimulace. Zde 61 dotazovaných (76 %) uvedlo, že se aktivně zapojují do konceptu bazální stimulace. 19 dotazovaných (24 %) uvedlo, že se do tohoto konceptu nezapojují.

H1: Předpokládám, že se většina blízkých hospitalizovaných pacientů aktivně zapojuje do konceptu bazální stimulace.

Graf 4 Provádění bazální stimulace

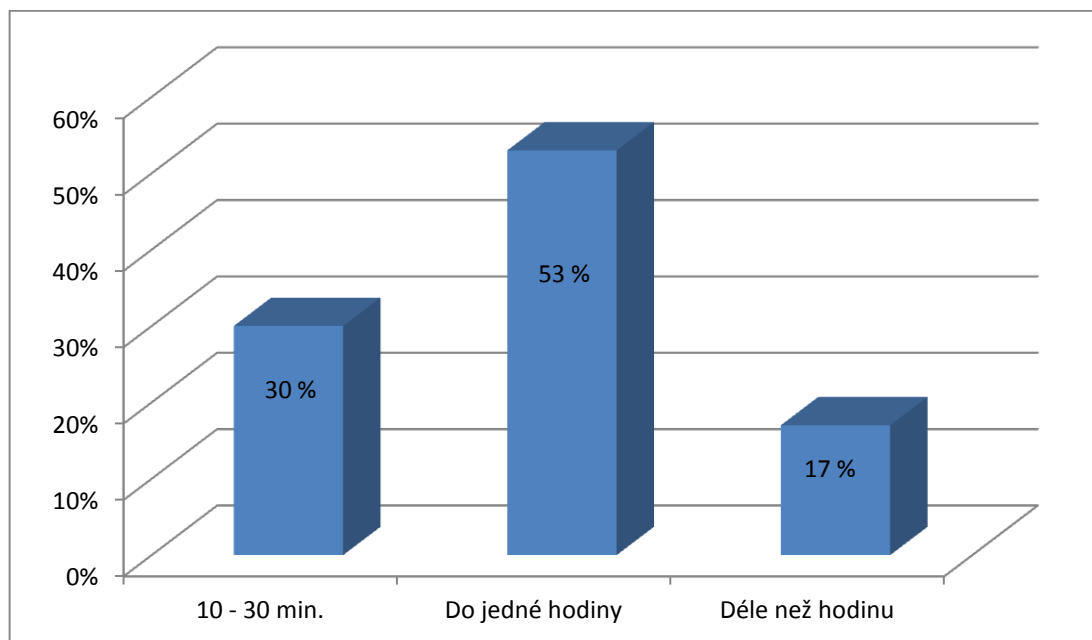


Tabulka 4 Provádění bazální stimulace

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano, pravidelně	69 %	55
Ne, nepravidelně	31 %	25
Neprovádím	0 %	0
Celkem	100 %	80

Otázka 4 vede společně s předchozí otázkou k potvrzení hypotézy číslo 1. V tomto případě 55 respondentů (69 %) uvedlo, že se na provádění aktivní bazální stimulace podílí pravidelně. 25 respondentů (31 %) uvedlo, že bazální stimulaci provádí nepravidelně. Nikdo z dotazovaných neuvedl, že bazální stimulaci neprovádí.

Graf 5 Čas věnovaný provádění bazální stimulace



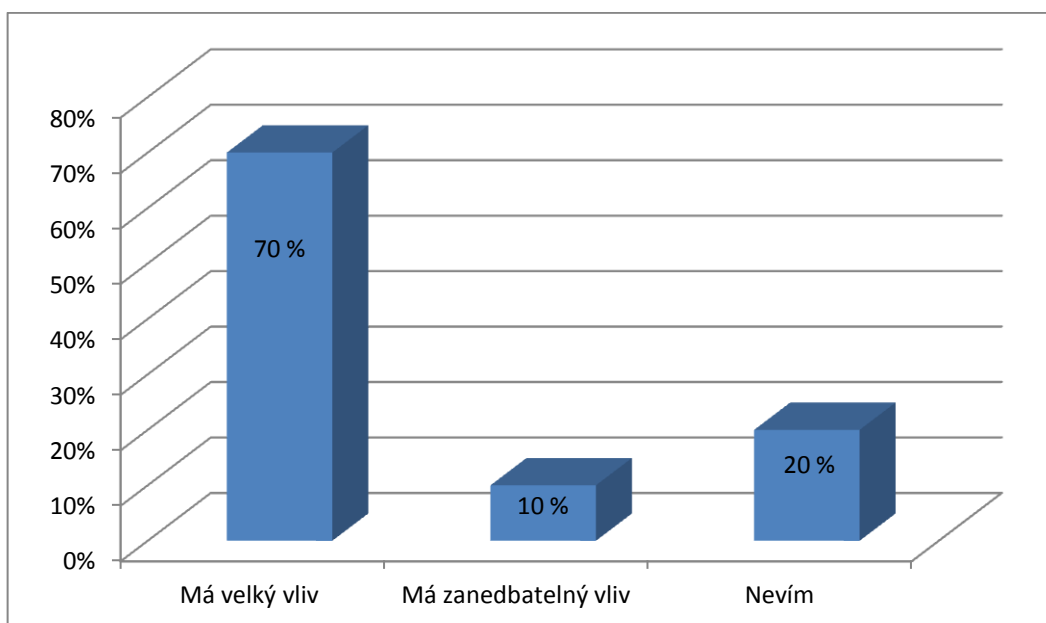
Tabulka 5 Čas věnovaný provádění bazální stimulace

	Relativní četnost	Absolutní četnost
10 - 30 min.	30 %	24
Do jedné hodiny	53 %	42
Déle než hodinu	17 %	14
Celkem	100 %	80

Otázka pět měla za úkol zjistit, jak dlouhý časový úsek věnují blízcí pacientovi při provádění bazální stimulace. Nejčastěji je jím úsek dlouhý do jedné hodiny, kdy takovou možnost označilo 42 dotazovaných (53 %). Možnost 10 – 30 min. označilo 24 dotazovaných (30 %). Déle než hodinu věnuje provádění bazální stimulace 14 dotazovaných (17 %).

H2: Předpokládám, že většina blízkých bude hodnotit koncept bazální stimulace pozitivně.

Graf 6 Vliv bazální stimulace na zlepšení stavu pacienta

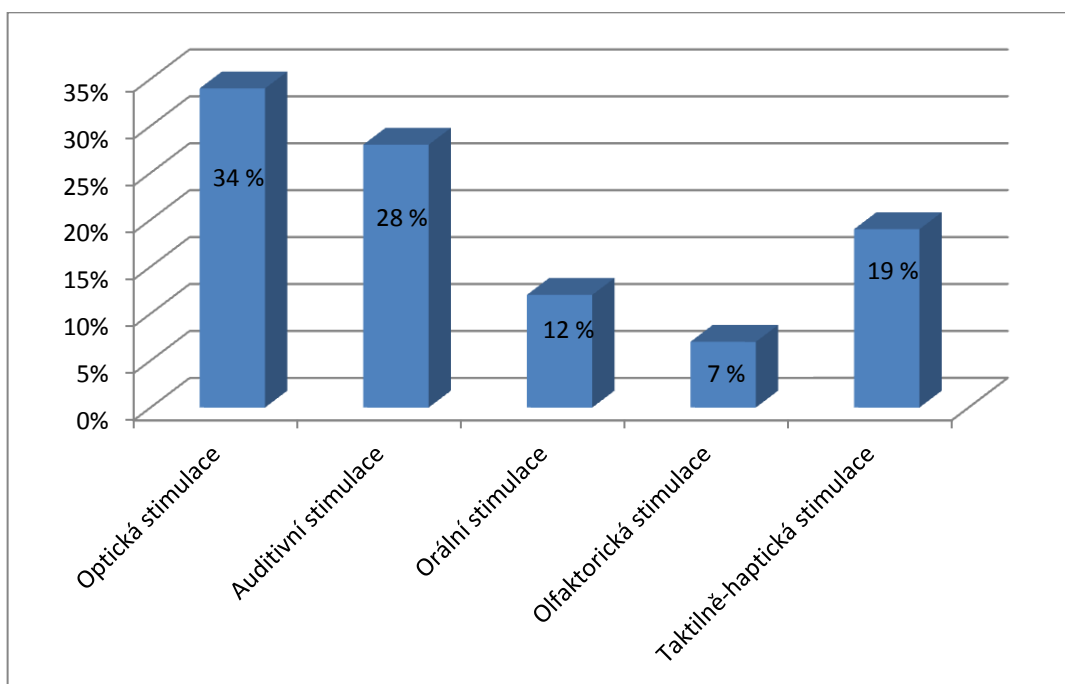


Tabulka 6 Vliv bazální stimulace na zlepšení stavu pacienta

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Má velký vliv	70 %	56
Má zanedbatelný vliv	10 %	8
Nevím	20 %	16
Celkem	100 %	80

Otázka 6 potvrzuje hypotézu číslo 2. 56 respondentů (70 %) uvedlo názor, že provádění bazální stimulace má velký vliv na zlepšení stavu pacienta. Pouhých 8 dotazovaných respondentů (10 %) uvedlo, že provádění tohoto konceptu má zanedbatelný vliv. 16 dotazovaných respondentů (20 %) nedokázalo vybrat ani jednu z předešlých možností.

Graf 7 Nejčastěji používané druhy bazální stimulace

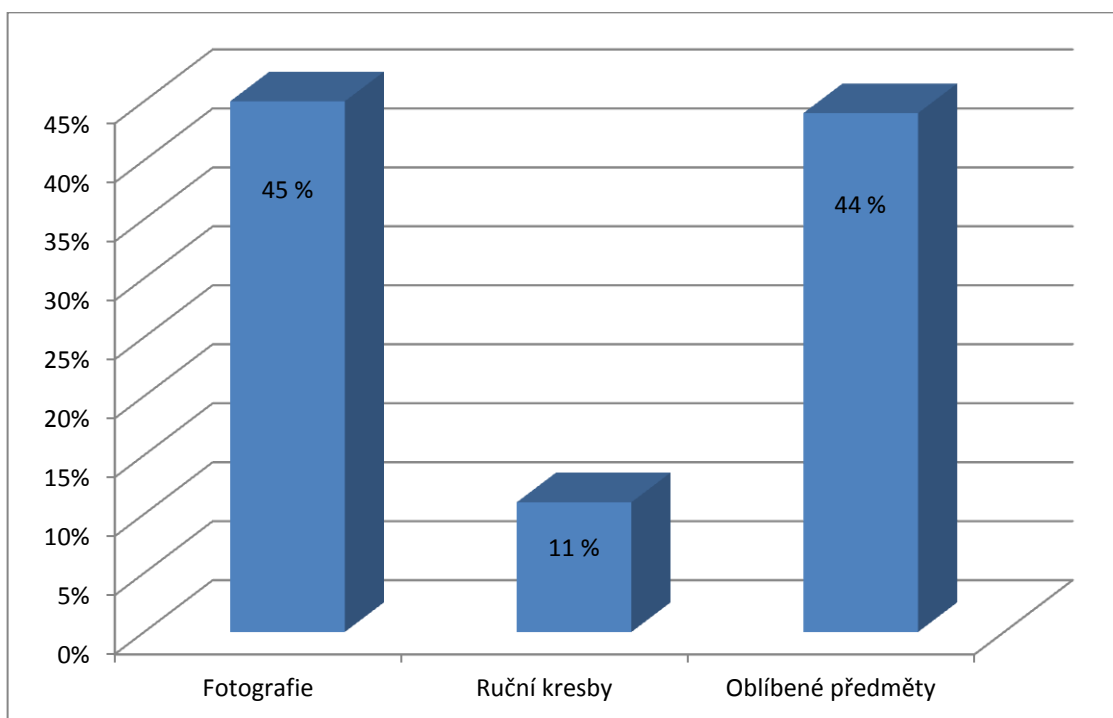


Tabulka 7 Nejčastěji používané druhy bazální stimulace

Odpověď	Relativní číslo	Absolutní číslo
Optickou stimulaci	34 %	64
Auditivní stimulaci	28 %	54
Orální stimulaci	12 %	23
Olfaktorickou stimulaci	7 %	14
Taktile-haptickou stimulaci	19 %	35
Celkem	100 %	190

Otázka 7 ukázala, že nejčastější formou bazální stimulace na oddělení DIP je stimulace optická, kterou ve svých odpovědích označilo 64 respondentů (34 %). Jako druhá nejčastější forma se objevila stimulace auditivní, kterou označilo 54 dotazovaných respondentů (28 %). Třetí se umístila stimulace orální, kterou praktikuje 23 dotazovaných (12 %) a nejméně se dotazovaní věnují olfaktorické stimulaci – pouhých 14 dotazovaných (7 %).

Graf 8 Nejčastěji používané pomůcky k optické stimulaci

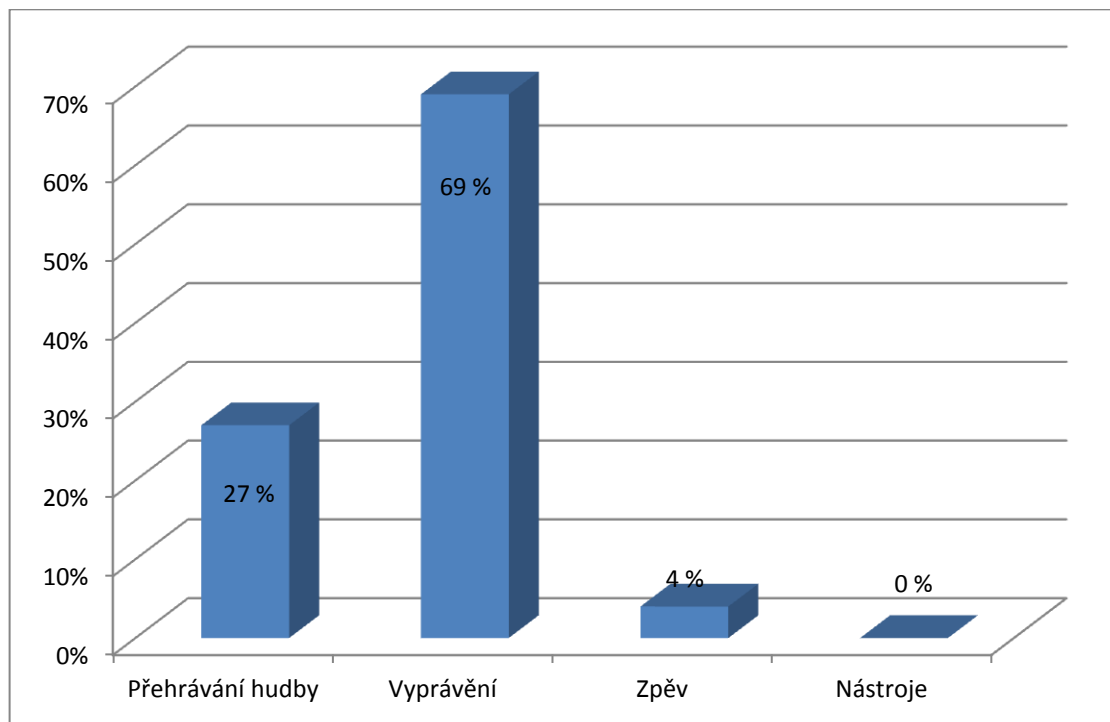


Tabulka 8 Nejčastěji používané pomůcky k optické stimulaci

	Relativní četnost	Absolutní četnost
Fotografie	45 %	36
Ruční kresba	11 %	9
Oblíbený předmět	44 %	35
Celkem	100 %	80

Otázka 8 vede ke zjištění, že nejčastějšími pomůckami k optické stimulaci jsou fotografie a oblíbené předměty. Fotografie volilo 36 dotazovaných (45 %), oblíbený předmět 35 dotazovaných (44 %). Nejméně užívaným je ruční kresba s 9 respondenty (11 %).

Graf 9 Nejčastější způsob auditivní stimulace

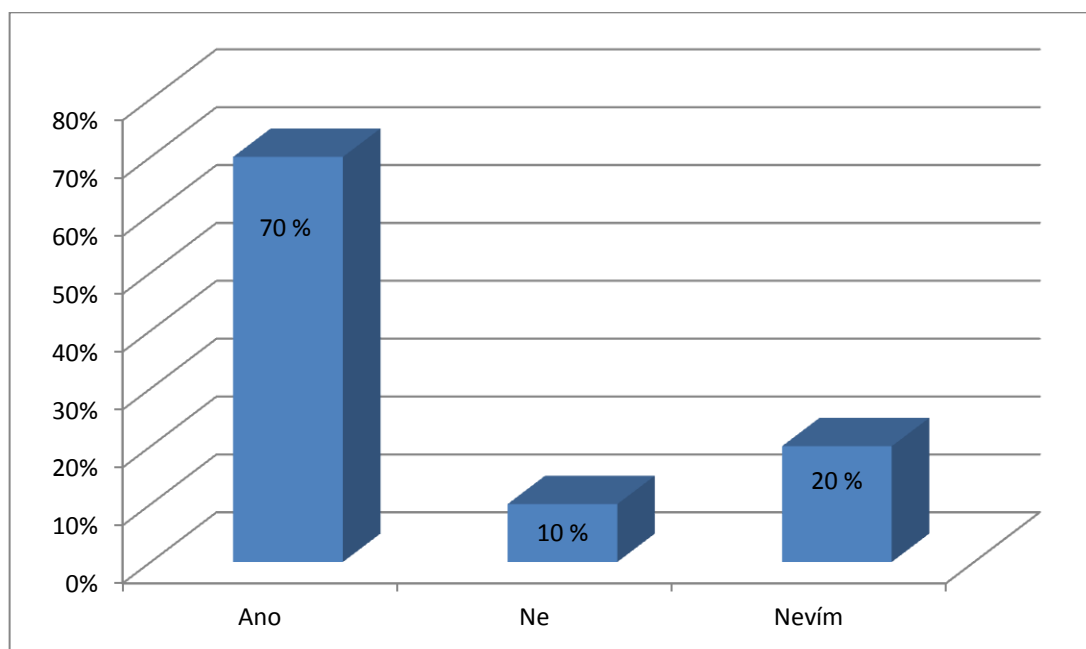


Tabulka 9 Nejčastější způsob auditivní stimulace

Odpověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
Přehrávání hudby	27 %	22
Vyprávění	69 %	55
Zpěv	4 %	3
Nástroje	0 %	0
Celkem	100 %	80

V otázce 9 zvolili respondenti za nejčastější způsob auditivní stimulace stimulaci pomocí vyprávění – a to 55 respondentů (69 %). Přehrávání hudby volilo 22 respondentů (27 %) a pouze 3 respondenti (4 %) zvolili zpěv.

Graf 10 Zaznamenávání změn reakcí před započítáním bazální stimulace

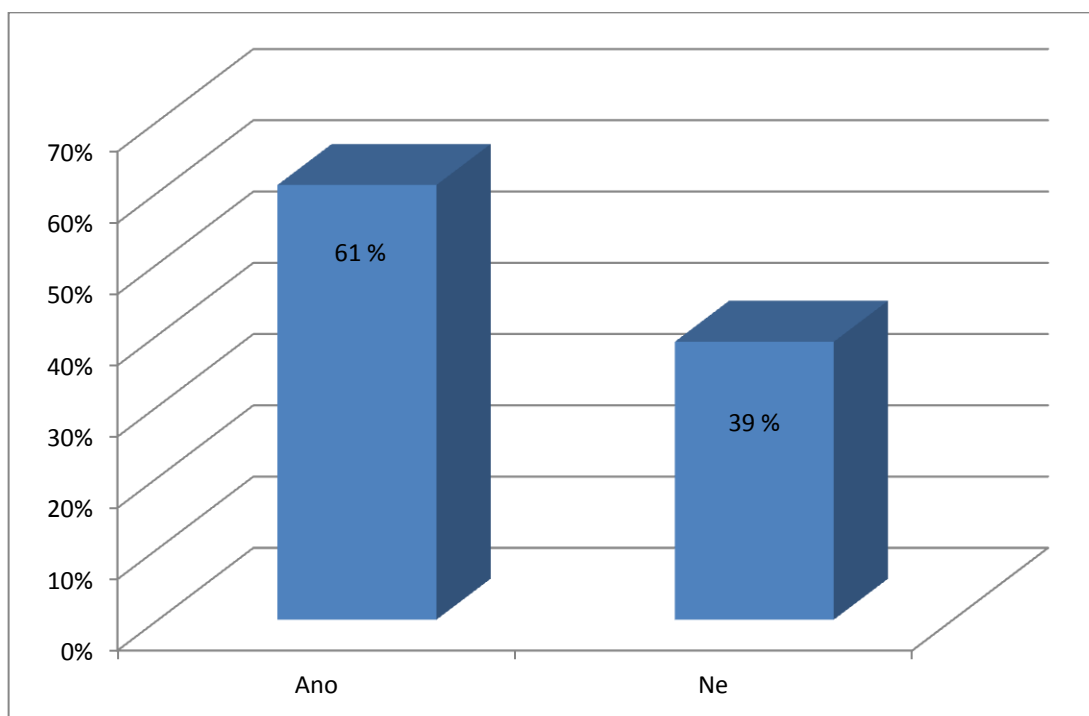


Tabulka 10 Zaznamenávání změn reakcí před započítáním bazální stimulace

Odpořed'	Relativní řetnost	Absolutní řetnost
Ano	70 %	56
Ne	10 %	8
Nevím	20 %	16
Celkem	100 %	80

V otázce 10 uvedlo 56 respondentů (70 %), že zaznamenává změny reakcí. 8 respondentů (10 %) uvedlo, že žádné změny nepozoruje a zbylých 16 dotazovaných respondentů (20 %) uvedlo, že neví.

Graf 11 Správnost provádění bazální stimulace



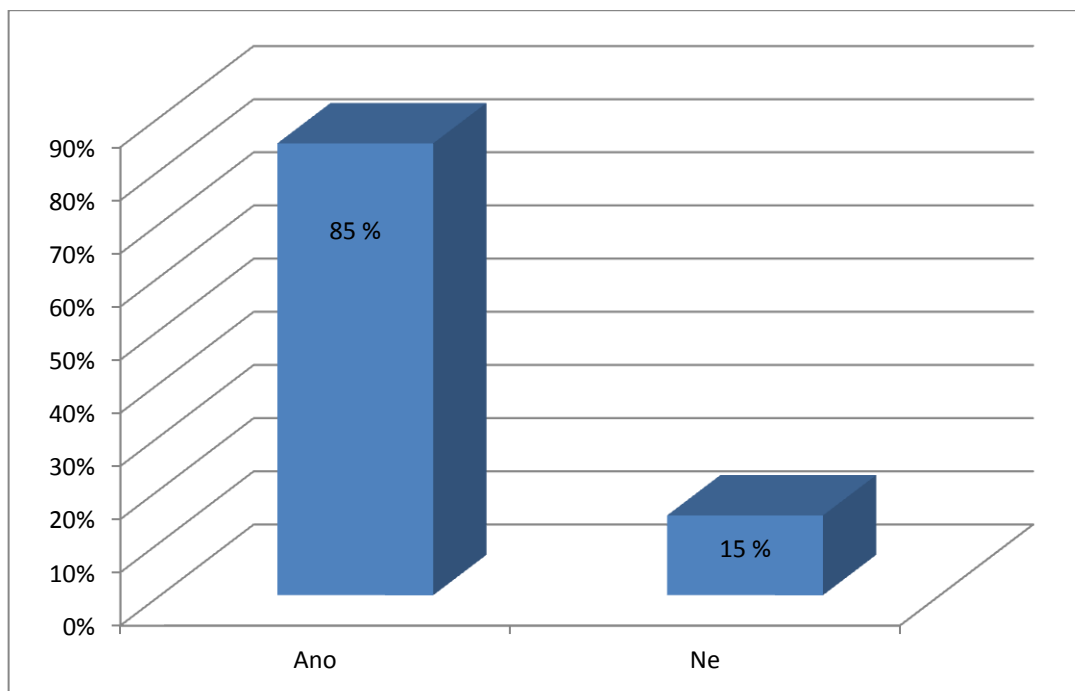
Tabulka 11 Správnost prováděné bazální stimulace

Odpoověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano	61 %	49
Ne	39 %	31
Celkem	100 %	80

V této otázce zjišťuji, zdali blízcí pacientů diskutují se zdravotnickým personálem o správnosti provádění bazální stimulace. 49 respondentů (61 %) uvádí, že ano. 31 respondentů (39 %) odpovědělo negativně.

H 3: Předpokládám, že zdravotnický personál poskytuje blízkým hospitalizovaných pacientů dostatečnou podporu při provádění bazální stimulace.

Graf 12 Poskytování podpory blízkým ze strany zdravotnického personálu

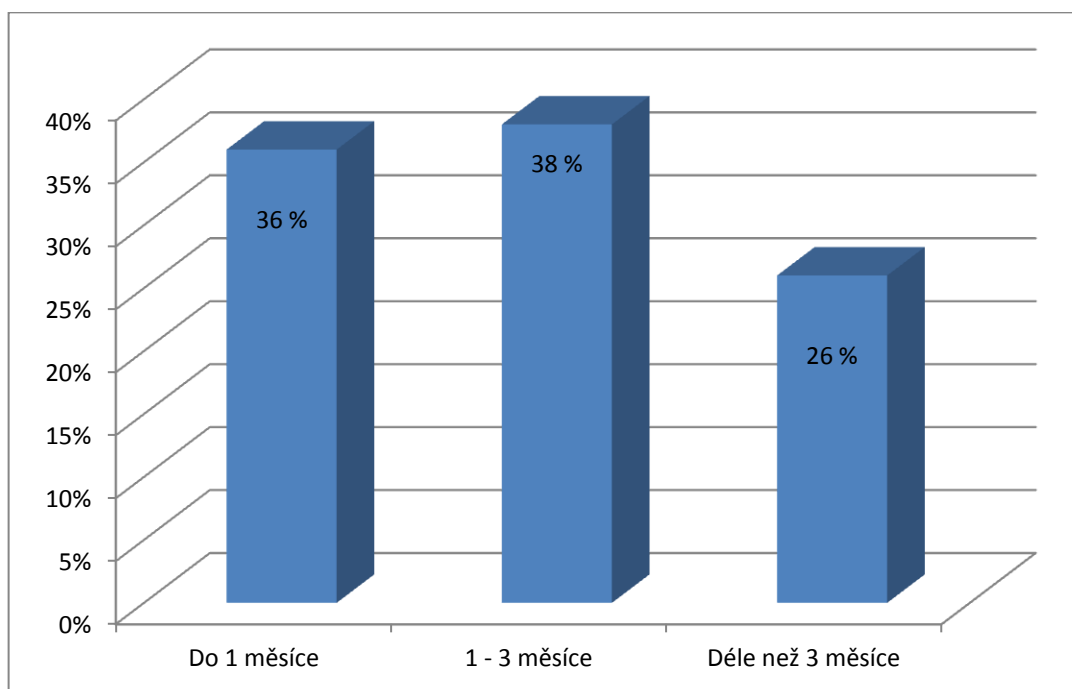


Tabulka 12 Poskytování podpory blízkým ze strany zdravotnického personálu

Odpověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
Ano	85 %	68
Ne	15 %	12
Celkem	100 %	80

V této otázce zjišťuji, že naprostá většina dotazovaných uvádí, že cítí dostatečnou podporu od zdravotnického personálu k provádění bazální stimulace. Potvrzuje se tak hypotéza č. 3 ve znění: Předpokládám, že zdravotnický personál poskytuje blízkým hospitalizovaných pacientů dostatečnou podporu při provádění bazální stimulace. Toto uvedlo celkem 68 dotazovaných (85 %). Zbylých 12 respondentů (15 %) uvedlo, že tuto podporu necítí.

Graf 13 Doba provádění bazální stimulace



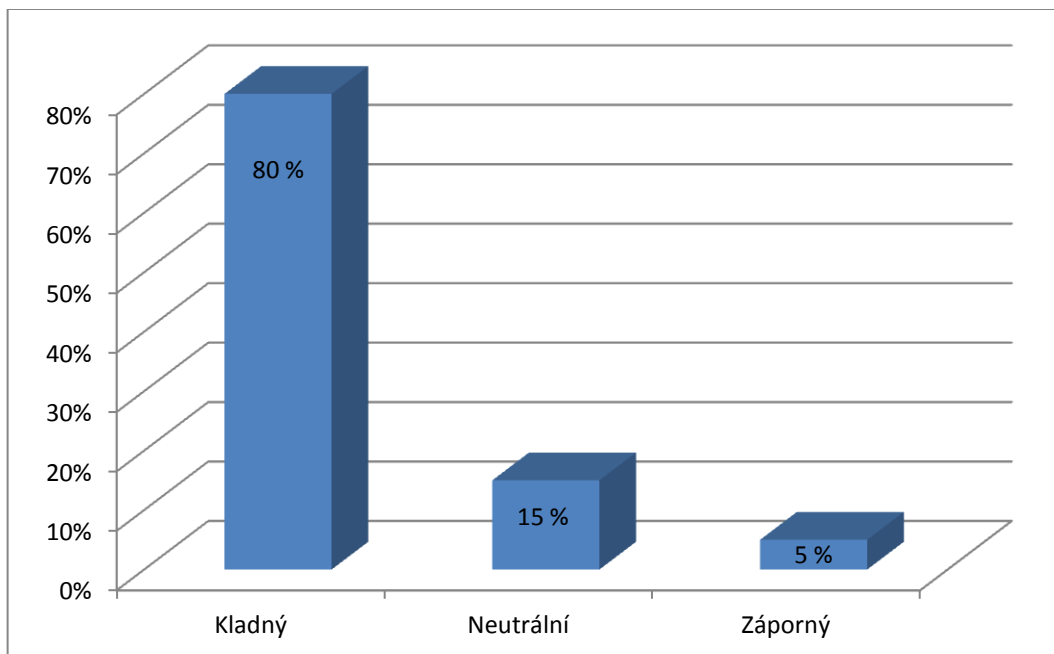
Tabulka 13 Doba provádění bazální stimulace

Odpověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
Do 1 měsíce	36 %	29
1 - 3 měsíce	38 %	30
Déle než 3 měsíce	26 %	21
Celkem	100 %	80

V otázce 13 jsem se zaměřil na dobu provádění bazální stimulace u jednotlivých pacientů. 29 dotazovaných (36 %) uvedlo, že u jejich blízkých se provádí bazální stimulace v časovém úseku do 1 měsíce. 30 dotazovaných (38 %) uvedlo dobu 1 – 3 měsíce, 21 dotazovaných (26 %) uvedlo dobu provádění delší než 3 měsíce. Výsledky ukazují, že koncept bazální stimulace se ve velké míře provádí u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

H2: Předpokládám, že většina blízkých bude hodnotit koncept bazální stimulace pozitivně

Graf 14 Vztah ke konceptu bazální stimulace

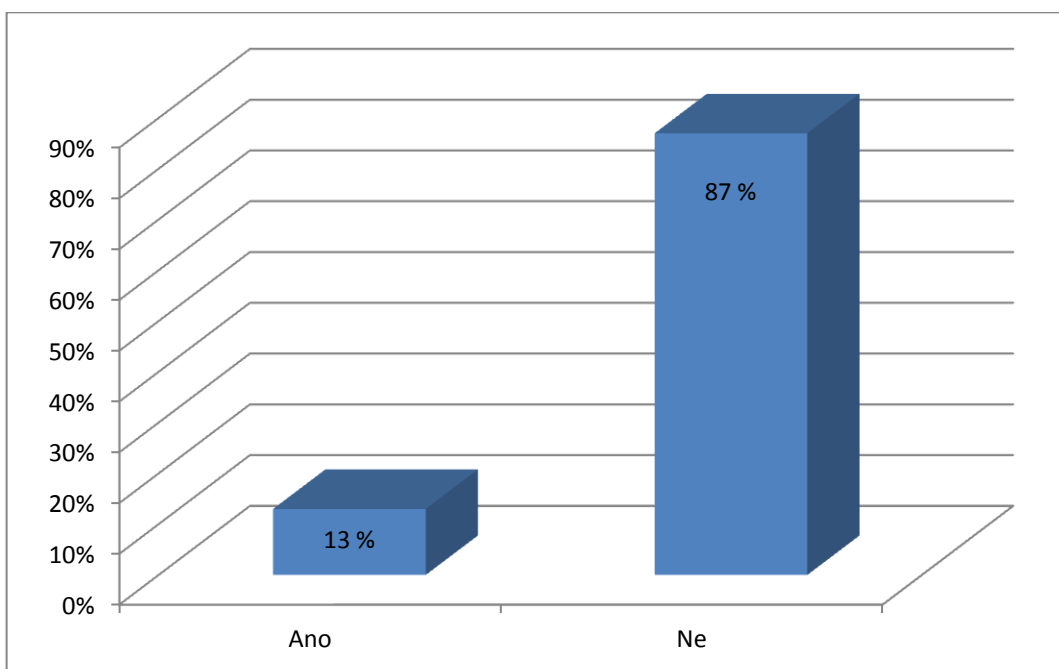


Tabulka 14 Vztah ke konceptu bazální stimulace

Odpověď	Relativní četnost	Absolutní četnost
Kladný	80 %	64
Neutrální	15 %	12
Záporný	5 %	4
Celkem	100 %	80

V otázce 14 se mně stejně jako u otázky 6 potvrdila druhá hypotéza zabývající se postojem blízkých pacientů ke konceptu bazální stimulace. 64 dotazovaných (80 %) uvedlo kladný vztah k tomuto konceptu. 12 dotazovaných (15 %) uvedlo vztah neutrální a 4 dotazovaní (5 %) uvedlo vztah záporný.

Graf 15 Vzdělání v oblasti zdravotnictví

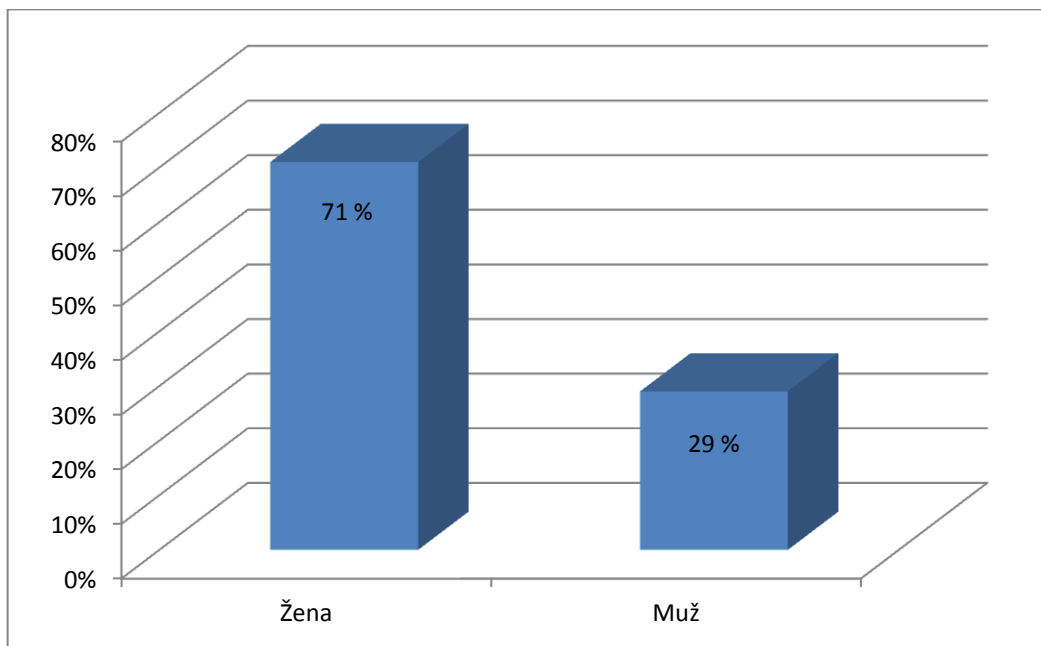


Tabulka 15 Vzdělání v oblasti zdravotnictví

Odpověď	Relativní číslo	Absolutní číslo
Ano	13 %	10
Ne	87 %	70
Celkem	100 %	80

Z otázky 15 vyplývá, že 70 respondentů (87 %) z celkových 80 nemá zdravotnické vzdělání. To podtrhuje nutnost trpělivé edukace lidí, kteří nemají se zdravotnickým prostředím žádné zkušenosti a nová neznámá situace je pro ně často stresující.

Graf 16 Pohlaví respondentů



Tabulka 16 Pohlaví respondentů

Odpověď	Relativní číslo	Absolutní číslo
Žena	71 %	57
Muž	29 %	23
Celkem	100 %	80

V poslední otázce dotazující se na pohlaví respondentů měly silnou převahu ženy. V průběhu výzkumu jich dotazník vyplnilo 57 (71 %). Mužů bylo pouze 23 (29 %).

KAZUISTIKA

Na následujícím kvalitativním výzkumu zaměřeném na pacienta po autonehodě s posthypoxickým poškozením mozku v důsledku náhlé zástavy oběhu, bych chtěl poukázat na nutnost dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.

1 Úvod

Muž 46 let, s potraumatickým těžkým organickým psychosyndromem a levostrannou hemiparezou po autonehodě v září 2008, kdy byl přijat přes Emergency do FN Plzeň na oddělení JIP. Další hospitalizace byla v lednu 2012 po cca 10 minutové asystolii způsobené aspirační příhodou zresuscitován. Vzhledem k trvání OTI z důvodu minimální spontánní ventilace byla založena tracheostomie. Domluven překlad na ARO – DIP FN Plzeň v únoru 2012.

2 Stanovené cíle

Poukázat na důležitost:

- Komplexní ošetrovatelské péče u pacienta s nepříznivou prognózou
- Mezioborové spolupráce
- Věnování zvýšené pozornosti pacientovi s neznámou alergickou anamnézou
- Aktivního provádění bazální stimulace

3 Anamnéza

Muž 46 let, afebrilní, mírně hypertenzní s hodnotami krevního tlaku 140/100 mmHg, normosaturovaný na umělé plicní ventilaci v režimu CPAP+PSV, dýchání čisté. Akce srdeční je pravidelná s tepovou frekvencí 70/min, porucha vědomí s diagnózou coma vigile. Od příjmu na DIP spastická levá dolní končetina, levá horní končetina ve flekční kontraktuře, jinak celkově slabý svalový tonus. Významně lze hodnotit pouze čilé pohyby očních bulbů. Pacient je vyživován pomocí nasogastrické sondy, moč je odváděna pomocí PMK.

Odběr anamnézy doplněn matkou pacienta.

Rodinná anamnéza (RA): svobodný, žije sám.

Osobní anamnéza (OA): Nezjištěna

Pracovní anamnéza (PA): Pracující jako dělník

Alergická anamnéza (AA): Neznámá

Invazivní vstupy: CŽK, PMK, TSK, NGS

Lékařské diagnózy:

I460 Stav po srdeční zástavě po aspiraci potravy s úspěšnou resuscitací

J690 Oboustranná aspirační pneumonie

G968 Mozková hypoxie, parciální konvulzivní záchvaty z pravé hemisféry

R402 Coma vigile, apalický syndrom

S0660 Stav po úrazovém subarachnoideálním krvácení

4 Katamnéza

Muž 46 let, s potraumatickým těžkým organickým psychosyndromem a levostrannou hemiparezou po autonehodě v září 2008, kdy byl přijat přes Emergency do FN Plzeň. Došlo ke kontuzi hlubokých struktur mozku a k traumatickému subarachnoideálnímu krvácení. Pacient byl stabilizován a převezen do pečovatelského domu. Tam byl částečně mobilní, podle jedné z ošetřovatelek dokázal omezeně verbálně komunikovat. V lednu 2012 byl po cca 10 minutové asystolii způsobené aspirační příhodou zresuscitován. Po zajištění dýchacích cest posádkou RLP převezen na Emergency Fakultní nemocnice Plzeň, již hemodynamicky stabilizovaný. Na Emergency provedena sanace dýchacích cest s odsátím potravy, zajištěna ATB terapie a na následném CT vyšetření popsána rozsáhlá aspirační pneumonie. Další léčba upravována ve spolupráci s ATB centrem. Pacient přijat na lůžko JIP 2. interní kliniky, kde se pokračuje v UPV. Začínají pokusy o weaning při spontánní dechové aktivitě, ta je však nedostatečná. Objevují se intenzivní záškuby zejména levostranných končetin. Provedené CT bez nových změn, neurologické konzilium doporučuje zahájení antiepileptické terapie, po které došlo k vymizení záškubů. Dále bylo provedeno elektrofyzilogické vyšetření a elektroencefalogram. Vědomí zůstává nezměněno, nereaguje na oslovení, nefixuje pohled, dále ventilován režimem SIMV, spontánní dechová aktivita nedostatečná.

Pacient záhy prodělal aspirační pneumonii s přetrvávající febrilií. Průběh byl komplikován katéetrovou infekcí řešenou výměnou CŽK a antibiotickou léčbou.

Vzhledem k trvání OTI z důvodu minimální spontánní ventilace založena tracheostomie. Domluven překlad na DIP-ARO FN Plzeň v únoru 2012.

5 Analýza

Péče o pacienta s apalickým syndromem zahrnuje:

- Spolupráci lékařského a nelékařského personálu
- Mezioborovou spolupráci, zejména s fyzioterapeutem
- Edukaci rodinných příslušníků ve vztahu k provádění bazální stimulace
- Citlivý přístup k blízkým pacienta s ohledem na jeho stav

6 Interpretace

Pacienti s apalickým syndromem a nepříznivou prognózou se mohou pro řadu nelékařských zdravotnických pracovníků jevit jako pacienti méněcenní, v čemž se může odrážet kvalita poskytované ošetrovatelské péče. I přesto u těchto pacientů může dojít k úplnému nebo alespoň k částečnému zlepšení stavu i po velmi dlouhé době. Toto zlepšení může mít výrazný vliv na kvalitu jejich budoucího života.

7 Průběh hospitalizace na oddělení DIP

46-letý pacient přijat na ARO-DIP FN Plzeň s diagnózou coma vigile po přetrvávajících neúspěšných pokusech o weaning.

1. den hospitalizace

Při přijetí na DIP-ARO FN Plzeň pacient nereaguje na okolí, je oběhově stabilní bez hemodynamické podpory, ventilace probíhá za pomoci ventilátoru v režimu SIMV, během které je dosaženo uspokojivé saturace 98 %. Po přeložení na lůžko byl pro značnou dechovou aktivitu použit režim CPAP+PSV. Horní končetiny jsou bez otoků, levá HK ve flekční kontraktuře. Dolní končetiny rovněž bez otoků, levá dolní končetina spastická. Kůže je čistá, suchá, bez dekubitů a bez známek traumatu.

Pacientovi se odsává cca 3-4 krát za hodinu bělavé sputum, které je občas s příměsí krve. V rámci dechové rehabilitace se provádí vibrační masáž a je aplikována nebulizace každé 4 hodiny. Dle stupnice Nortonové vychází vysoké riziko vzniku dekubitů. Kůže se proto pravidelně promazává hydratačním krémem. Hodnota Glasgow

Coma Scale je 6 (reakce očí - 4, slovní odpověď - 1, motorická odpověď - 1). Psychický stav nelze hodnotit, jelikož pacient nemá návštěvy. Výživa se provádí prostřednictvím NGS na spád. Večer zvracel a měl průjmovitou stolicí.

Ošetrovatelská péče zahrnuje péči o oči, nos, dutinu ústní, prevenci dekubitů, dechovou rehabilitaci. Zvýšená pozornost je dbána na ošetřování a hygienu oblasti konečníku s použitím jednorázových ochranných pomůcek. Dále sledujeme frekvenci vylučování a konzistenci stolice. Nebulizace je prováděna za pomoci Ambrobene a Berodualu. Monitorace EKG, SpO₂, TF a TK po 1 hodině, dechy, TT po 6 hod., glykémie 3 krát denně, bilance tekutin po 12 hodinách. Intertrigo mezi hýžděmi a v tříselech bilaterálně. Při přijetí hmotnost 63,8 kg, výška 174 cm, BMI 21.

Farmakoterapie:

Pacient je intravenózně léčen pomocí Sefotaku, Furosemidu, Cerucalu, ACC a Helicidu. Subkutánně je podáván Clexane. Tabletovou formou podáváme cestou NGS Kepru, Egilok, Sirdalud, Hyllak Forte, Baclofen. Jsou podávány infúze 10 % Glukózy a Plasmalytu.

2. – 7. den hospitalizace

Pacient setrvává ve stejném stavu jako při příjmu. Každý den probíhá v koupelně ranní hygiena na převozním lůžku. Přes den se pokračuje v auditivní, optické a vestibulární bazální stimulaci započaté první den po příjmu. Stále bez známek jakékoli reakce na okolní podněty. Čtvrtý den se začalo s praktikováním bazálně stimulujících speciálních poloh hnízdo a mumie, které se u něj kombinují. Do těchto poloh se pacient uvádí ke zklidnění po koupeli. Fyzioterapeutická péče zahrnuje pasivní cvičení protahováním dolních a horních končetin, vibrační masáž, míčkování, dechovou rehabilitaci. Krmení cestou NGS je beze zbytků, pacient nezvrací, vyskytuje se u něj však značné množství průjmovité stolice. Vzorek stolice je odeslán ke kultivaci. Řešení průjmu probíhá pomocí farmak. Dbá se větší důraz na hygienickou péči a ošetřování pokožky v oblasti perinea.

Intertrigo v tříselné oblasti ošetřeno Menalind krémem, ponecháno volně bez krytí. Pravá horní končetina plegická, levá stále spastická a v kontraktuře. Dolní končetiny jsou bez otoků.

8. – 11. den hospitalizace

Osmý den stále bez reakce na okolí. V noci a ráno febrilie, lab. známky zánětu, zaveden nový centrální žilní katétr do vena subclavia sinistra (nahrazen tak CŽK v. jugularis int. dextra, nasazen propenem. NGS bez odpadu. Provedený snímek plic odhalil zmnoženou kresbu s náznakem výpotku. Odsává se žlutavé sputum s frekvencí odsávání jednou za hodinu. Pokusy o podávání nutrisonu per os. Pacient ovšem nepolyká. 11. den u pacienta sledujeme mírné zlepšení v oblasti vědomí. Na zavolání pootevře oči. Má ovšem sklon ke křečím. Pozitivní hemokultura byla diskutována s ATB centrem a nasazena antibiotika dle kultivace a citlivosti. Stolice je po farmakologické intervenci již formovaná. Stále pokračují pokusy s příjmem per os, u nichž dochází k mírnému zlepšení, což hodnotíme ve vývoji stavu pacienta za velmi pozitivní.

12. – 23. den hospitalizace

Období bylo bez výrazných změn, stále se střídaly průjmovité stavy s normálním vyprazdňováním. Výhledově se plánuje zavedení PEG.

24. den hospitalizace

U pacienta zaznamenáváme mírné zlepšení stavu. Na zavolání do této doby stále otevíral oči, ale cíleně nesledoval, dnes se ovšem otočil za hlukem v místnosti. Na bolestivý podnět decerebrační pohyb končetin, výzvě však stále nevyhoví. Diurézu nutno podporovat vyšší dávkou furosemidu. Pro nález Candidy v moči byla nutná změna permanentního močového katetru. Pokračuje se ve zkoušení podávání tekutin per os. Léky proti průjmu vysazeny, peristaltika zachována. U pacienta zaveden PEG. Okolí rány je klidné a ošetřené. Kůže suchá, klidná, bez dekubitů. Zaveden periferní žilní katétr. Nebulizaci provádíme pomocí léčiv Ambrobene a Beroudualu. Hmotnost 65, 8 kg.

25. – 31. den hospitalizace

Období bez dalších změn, PEG bez komplikací.

32. den hospitalizace

Pacient spontánně otevírá oči, dnes na zavolání otočil oči cíleně směrem k hlasu. Výzvě nevyhoví, na bolestivý podnět přetrvává decerebrační pohyb končetin. Výživa do PEGu postupně navyšována, dobře tolerována, celkově afebrilní. Kůže klidná, pod EKG elektrodami zarudnutí alergického původu, které bylo ošetřeno. Zároveň byl zvolen jiný druh elektrod.

33. - 37. den hospitalizace

Během dne se pacient odpojuje od ventilátoru, dobrá saturace při spontánní dechové aktivitě s podporou kyslíku – průtok 4l/min. Zarudnutí způsobené alergickou reakcí od elektrod postupně mizí. Nový druh elektrod alergickou reakci nevyvolává.

38. den – 42. den hospitalizace

U pacienta chybí úniková reakce na prudký pohyb. Na bolestivý podnět náznak flekčního pohybu LHK, flekční držení LHK se sklonem k tvorbě kontraktury, dráповité držení prstů – více vlevo. Přes den spontánní dechová ventilace, na noc dle stavu režim CPAP / spont. ventilace via TS sufficientně s uspokojivými parametry. Výživa postupně navyšovanými dávkami dobře tolerována, pro zvracení změna výživy na peptisorb. Celkově afebrilní. Levá HK ve spastické kontraktuře, pravá paretická, chabá, vnitřní rotace nohou dolních končetin – levá spastická. Pod EKG elektrodami se objevuje zarudnutí způsobené alergickou reakcí – ošetřeno. Elektrody přikládáme jen dle nutnosti. Ventilace CPAP + PPS. Během dne odpojovat od ventilátoru, na noc možný CPAP dle periferní saturace. Kategorie léčby – plná léčba, váha 65,8, pozitivní bilance tekutin.

52. druhý den hospitalizace

Pacient byl se spontánní dechovou aktivitou, schopný příjmu per os a bez porušené kožní integrity přeložen na geriatrické oddělení FN Plzeň.

8 Ošetrovatelský plán

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Neefektivní průchodnost dýchacích cest (00031)

Způsobuje nedostatečnou saturaci krve kyslíkem z důvodu zvýšeného zahlenění dýchacích cest, které se projevuje neustávajícím dráždivým kašlem.

Cíl: U pacienta bude zachována normosaturace

Intervence: Zajisti dostatečnou frekvenci odsávání lege artis, monitoruj hodnoty saturace, které pravidelně zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace

Realizace: Pacienta odsáváme v případě potřeby, která se nejčastěji projevuje dráždivým kašlem. Monitorujeme hodnoty saturace a zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace

Hodnocení: Pacient má zachovalou normosaturaci v průběhu celého dne, k odsávání dochází v průměru 3 – 4 krát za hodinu. Pacient má zachovalou maximální možnou průchodnost dýchacích cest s ohledem na zdravotní stav.

Dysfunkční gastrointestinální motilita (00196)

Pacient má průjmovitou stolici z důvodu snížené funkčnosti gastrointestinálního traktu na úrovni CNS nezajišťující dostatečnou zpětnou resorpci vody ze stolice a její zahušťování, projevem je bolestivost a stažení břišní stěny. Příspěvajícím faktorem je inaktivita pacienta.

Cíl: Pacient bude pravidelně vylučovat formovanou stolici.

Intervence: Sleduj a zapisuj frekvenci a konzistenci stolice. Dle zvážení podávej léky v rozmezí určeném lékařem. Pohmatem sleduj mimiku pacienta, poklepem hodnot' stažení břišní stěny, hodnot' bolest za pomoci škálování.

Realizace: Pravidelně v průběhu polohování kontrolujeme stav vyprazdňování pacienta, takto včas reagujeme na pacientův stav podáním předepsané medikace. Poslechově kontrolujeme peristaltiku střev, poklepem vyhodnocujeme stav břišní stěny, konzultujeme stav

s fyzioterapeutem. Vše pečlivě zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: U pacienta došlo s pomocí medikace k vylučování zahuštěné stolice v nepravidelných intervalech.

Porušení polykání (00103)

Pacient obtížně polyká potravu z důvodu neurologického deficitu projevující se neúplným polknutím tekutin během ústní fáze a zdlouhavým polykáním během fáze faryngeální.

Cíl: Pacient bude schopen polykat řídkou stravu.

Intervence: Podávej pacientovi snadno polykatelné tekutiny po malém množství pomocí Janettovy stříkačky. Sleduj čas potřebný k polknutí a celkový průběh polykacího reflexu.

Realizace: Pacientovi je podáván teplý čaj Janettovou stříkačkou. Podáváme malé dávky, pacient přesto část nepolkne. Polykání trvá delší dobu.

Hodnocení: S odstupem času se polykání tekutin zlepšilo natolik, že bylo možné přijímat i větší dávky. Čas potřebný k polknutí se zkrátil. Přesto je třeba stále vyčkávat s polykáním pevné stravy.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

Riziko narušení integrity kůže v souvislosti se zavedením PEG (00047)

Zavedení perkutánní gastrostomie z důvodu nutnosti zajištění přístupu pro dlouhodobou výživu a náhrada dlouhodobě nevyhovující nazogastrické sondy.

Cíl: Pacientovi bude pravidelně kontrolována kůže, defekty budou zaznamenány v ošetrovatelské dokumentaci.

Intervence: Pravidelně kontroluj stav pokožky, defekty zapisuj do dokumentace spolu se způsobem ošetření.

Realizace: Během polohování v dvou až tříhodinových intervalech kontrolujeme stav pokožky pacienta. Provádíme vibrační masáž a kůži suchou kůži promašťujeme. Dbáme na úpravu lůžka.

9 Diskuze

U dlouhodobě hospitalizovaných pacientů je vysoké riziko opakování mnoha infekčních onemocnění. To se odráží v množství potencionálních diagnóz. Možnost jejich vzniku je třeba mít stále na paměti, čímž snížíme riziko jejich aktuálnosti. Na prevenci vzniku některých diagnóz má ošetřující personál pouze pramalý vliv. Patří k nim například problémy s vyprazdňováním, které patří mezi časté ošetřovatelské diagnózy. Narušené vyprazdňování má neblahý efekt na prospívání pacienta. Podíl na vzniku je ve výživě, v často nulové spontánní fyzické aktivitě a v psychickém stavu u pacientů při vědomí. Vyloučit samozřejmě nemůžeme ani diskomfort u pacientů v bezvědomí, kteří tento stav nedokáží adekvátně projevit. Na kazuistice je vidět, že přizpůsobením výživového režimu a pružnou farmakologickou léčbou lze tyto diskomfortní stavy efektivně řešit. Další častou diagnózou je zhoršená průchodnost dýchacích cest, ke které dochází v průběhu infekčních onemocnění dýchacích cest. K prevenci těchto nákaz slouží používání uzavřeného odsávacího systému trach-care a dodržování aseptického přístupu v případě odsávání z dýchacích cest otevřeným způsobem. Pro ošetřující personál je výhodné uvědomit si, že většinu úkonů spojených s kvalitním prováděním ošetřovatelské péče lze snadno spojit s polohováním pacienta. Jak jsem zmínil v teoretické části, polohování pomáhá uvolnit sekrety v dýchacích cestách, které se pak snadněji odsávají. Zároveň máme při polohování možnost ke zhodnocení kůže, úpravu lůžka a hygienu.

10 Závěr

Pacientův stav se v dlouhodobějším horizontu i přes závažnou nepříznivost svého stavu zlepšoval. Kvalitní ošetřovatelská péče je jedním ze základních předpokladů k tomuto vývoji. U pacienta jsou dodržovány zásady hygieny a jeden z hlavních důrazů je kladen na hydrataci a masírování kůže. Rehabilitační postupy se diskutují s fyzioterapeutickým pracovníkem. Vyprazdňování je sledované a farmakologicky upravované dle ordinací lékaře.

8 DISKUZE

V bakalářské práci jsem kladl hlavní důraz na specifika ošetrovatelských činností na oddělení DIP, z nichž mě nejvíce zaujal koncept bazální stimulace a jeho pozitivní vliv na pacienty.

Toto téma jsem použil ve výzkumné části a zohlednil v kazuistice na konkrétním nemocném.

Jelikož jsou prakticky všechny hospitalizované osoby vhodné k provádění bazální stimulace ve stavu, kdy je není možné zařadit mezi dotazované, rozhodl jsem se veškerou svou pozornost zaměřit na jejich blízké, kteří jsou na oddělení DIP vedeni k aktivnímu provádění bazální stimulace. V průběhu několika měsíců trvajících pozorování jsem zjistil, že vliv blízkých na pacienta je nenahraditelnou součástí ošetrovatelského procesu, do kterého se tito lidé svou účastí na provádění bazální stimulace výrazně zapojují. Tímto mnohdy doplňují a nezřídka zcela nahrazují činnosti ošetřujícího personálu v této oblasti. Z tohoto důvodu se zdravotnický personál snaží o jejich správnou edukaci v přístupu k pacientovi. Na oddělení je dostupná literatura týkající se provádění bazální stimulace, informační letáky a informativní nástěnné tabule. Blízcí pacientů si rovněž mohou vybírat z množství pomůcek určených pro provádění bazální stimulace a s ohledem na zdravotní stav blízkého mají dokonce možnost vyjet na vozíku nebo na transportním lůžku do venkovního areálu nemocnice, a tak alespoň na nějakou chvíli opustit stereotypní, vjemově nepřiliš bohaté prostředí nemocničního pokoje. Vše samozřejmě s doprovodem zdravotnického personálu. Tuto možnost mají jak ventilovaní, tak i neventilovaní pacienti.

V případech, že pacienta nikdo nenavštěvuje je bazální stimulace plně v rukou ošetřujícího personálu, který by si měl její provádění zahrnout do denních ošetrovatelských intervencí a patřičně jej zaznamenávat do zdravotnické dokumentace. Pokud tento proces uvede zdravotnický pracovník náležitě do své praxe, zvyšuje tím šanci na zlepšení pacientova zdravotního stavu. Žádný zdravotnický pracovník ovšem nedokáže dlouhodobě simulovat nebo snad nahradit pouto, které je mezi příbuznými či známými, a které lze tak dobře zužitkovat v procesu bazální stimulace. Aktivity ošetřujícího personálu podrobně popisuje přiložená kazuistika pacienta, u kterého je provádění bazální stimulace pouze v rukou ošetřujícího personálu.

Dle dotazníkového výzkumu jsem zjistil, že rodina a blízcí přátelé nemocných

vnímají bazální stimulaci kladně, sami ji provádějí a většinou jsou schopni zhodnotit výsledky. V případě, kdy se nikdo z pacientova bezprostředního okolí do péče nezapojí, je efekt pomalejší a návrat do běžného života pro nemocného téměř nemožný.

Prvním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zdali se příbuzní aktivně zapojují do konceptu bazální stimulace, který jsem detailně popsal v teoretické části. K dosažení tohoto cíle byly zvoleny a následně vyhodnoceny otázky č. 3, 4 a 5 z anonymního dotazníku (Viz Příloha 1). Blízcí pacientů ukrývají velký potenciál ve zdokonalování a zefektivnění zotavovacího procesu nemocných. I proto je na většině odděleních DIP a DIOP kladen důraz na provádění tohoto konceptu se zapojením blízkých pacientů. Mnoho příbuzných se po domluvě u pacienta během dne střídá a obměňuje, takže možnost provádění bazální stimulace je u správně edukovaného člověka výrazná. I nemocný ale potřebuje svůj klid, a proto je počet návštěv omezený.

V případě správné edukace a motivace blízkého pacienta, kterou zmiňuji v teoretické části, není důvod, aby provádění bazální stimulace intervenoval zdravotnický personál, který se může věnovat praktické a teoretické edukaci zájemců, kteří na oddělení docházejí nově a o konceptu bazální stimulace často nic nevědí. Neznamená to ovšem, že poté přestaneme s dlouhodoběji docházejícími blízkými pacientů komunikovat a poskytovat jim důležitou motivující zpětnou vazbu. Tím se zaobírá i třetí cíl mé práce.

Druhým cílem bylo zjistit, jakým způsobem příbuzní a blízcí pacientů vnímají koncept bazální stimulace a jeho vliv na změnu zdravotního stavu. K této hypotéze se vztahují otázky č. 6 a 14 z anonymního dotazníku (viz příloha 1). Otázka č. 6 se táže blízkých pacientů na to, zdali má provádění bazální stimulace vliv na zlepšení zdravotního stavu. Tato otázka je velmi subjektivního rázu, přesto je její vyhodnocení velmi důležité, abychom získali informaci o tom, jakým způsobem je prakticky hodnocen koncept bazální stimulace v převážně laickém souboru lidí (viz vyhodnocení otázky č. 15). Z pohledu 70 % respondentů má koncept bazální stimulace velký vliv na zlepšení celkového stavu pacienta. S otázkou č. 6 je úzce spjata otázka č. 10, která se dotazuje na pozorování změn reakcí před započítáním bazální stimulace. Zde rovněž 70 % respondentů odpovídá kladně a pozoruje změny reakcí u svého blízkého před započítáním provádění konceptu. Je zřejmá spojitost v hodnocení konceptu podle toho, jaký má bezprostřední efekt na pacienta. Blízcí pacientů dávají najevo, že od bazální stimulace očekávají a pozitivně hodnotí hlavně okamžité výsledky. V tom se asi odráží

zbývajících 30 % respondentů z otázky č. 6, kteří konceptu bazální stimulace nepřikládají význam a 10% z otázky č. 16, kteří nepozorují změny reakcí v průběhu provádění bazální stimulace. (Spolu s 20 % respondentů, kteří nebyli schopni jednoznačně odpovědět.) V takových případech je třeba ujasnit blízkým, že provádění bazální stimulace je procedura vyžadující dlouhodobé provádění. Malá zlepšení se mohou objevovat v průběhu měsíců, někdy se s ohledem na zdravotní stav nemusí objevit vůbec. Přesto ve prospěch konceptu hovoří 70% respondentů.

Třetím cílem bylo zjistit, zdali blízcí pacientů cítí dostatečnou podporu od zdravotnického personálu. Ke zhodnocení tohoto cíle byla vytyčena otázka č 12. Dle vyhodnocení těchto otázek jsem zjistil, že drtivá většina, celých 85 % respondentů v otázce č. 12 tuto podporu cítí. Je to značné procento, které lze vnímat pozitivně, přesto by se zdravotnický personál měl snažit hledat příčiny u zbytku nespokojených. Anonymní výzkum zaměřený na tuto problematiku by se mohl čas od času provádět u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, jejichž blízcí si po dobu docházení na oddělení vypěstují určitý vztah se zdravotnickým personálem.

Praktický přínos této práce tak vidím ve zhodnocení přístupu blízkých pacientů ke konceptu bazální stimulace. Zdravotnický personál se zde, dle publikovaných výsledků, dozvídá, že i péče o pacientova blízkého má svůj smysl a dostává tak signál, že v některých případech je výhodné věnovat stejně intenzivní a trpělivý přístup jim, stejně jako pacientovi. Většinou se můžeme setkat s výzkumy zaměřenými buď na pacienty nebo zdravotnický personál. Oddělení DIP přiřazuje blízkým pacientů roli, jejíž důležitost a náročnost si zaslouží svou pozornost. Anonymní dotazníkové šetření jsem zvolil z důvodu, že jeho výsledky mohly snadno odhalit nedostatky a jasně ohraničit prostor pro zlepšení péče o blízké pacientů zohledňující jejich informovanost, kontrolu, motivaci a psychickou podporu.

Díky psaní této práce jsem se seznámil s oblastí dlouhodobé intenzivní péče, která je z pohledu urgentní medicíny tak trochu na opačném spektru činností a snah, se kterými se zdravotnický záchranář na odděleních ARO, urgentního příjmu a stanovištích ZZS setkává. Přesto jde o oblast intenzivní péče, kdy určité znalosti a dovednosti v oblasti komunikace a přístupu k pacientovi můžeme praktikovat i do urgentnějšího spektra tohoto oboru, jak při poskytování přednemocniční neodkladné péče, tak i následné nemocniční neodkladné péče, ve které dominují místo dlouhodobé paliativní péče rychlé změny zdravotního stavu pacienta a omezená komunikace

nelékařského zdravotnického personálu s blízkými pacienta. Dlouhodobá intenzivní péče odhaluje psychickou stránku těžce nemocných pacientů, kteří vyžadují velmi citlivý přístup ve všech fázích nemoci, což je věc, která by měla mít prostor na všech druhích intenzivních odděleních.

ZÁVĚR

V teoretické části jsem se věnoval nejzákladnějším specifikům, s kterými se lze na oddělení DIP pravidelně setkat a s kterými jsem se osobně setkal. Zmínil jsem nutnost rehabilitace, pravidelného polohování, dlouhodobou umělou výživu pomocí PEG, péči o stomie, problematiku ztížené komunikace s pacientem na DIP a jeho blízkými. Toto pomůže zájemcům z řad zdravotnických pracovníků jiného zaměření a laické veřejnosti v porozumění a zlepšení orientace v dané problematice.

Praktická část práce těsně navazuje na část teoretickou, kdy si za svůj předmět беру jedno ze specifik oddělení DIP, tedy provádění konceptu bazální stimulace. Tento koncept zkoumám pomocí anonymního dotazníkového výzkumu, který se soustředí pouze na blízké pacientů hospitalizovaných na odděleních dlouhodobé péče. V úvodu práce jsem si stanovil tři hypotézy. V první hypotéze jsem předpokládal, že se většina blízkých hospitalizovaných pacientů aktivně zapojuje do konceptu bazální stimulace. Tato hypotéza se mně po zhodnocení anonymního dotazníkového šetření potvrdila. Rovněž se mně potvrdila hypotéza, že většina blízkých bude hodnotit koncept bazální stimulace pozitivně a v poslední řadě se mně potvrdila hypotéza, ve které předpokládám, že zdravotnický personál poskytuje blízkým hospitalizovaných pacientů dostatečnou podporu při provádění bazální stimulace.

Potvrzení všech tří hypotéz hodnotím z pohledu všech tří zdravotnických pracovišť, na kterých výzkum probíhal, za velmi pozitivní. Vyhodnocení celého dotazníkového šetření je pozitivní i pro koncept bazální stimulace jako takový, jelikož je u laické veřejnosti vnímán kladně, což značí úspěch konceptu přesahujícího svým zaměřením na pacienta zdravotnickou praxi. Blízcí a příbuzní se dlouhodobě aktivně zapojují do provádění tohoto procesu a snaží se v této oblasti dále vzdělávat.

Tvorba práce mně odhalila mnoho teoretických poznatků, jejichž fungování jsem si v praxi mohl mnohokrát ověřit. Příkladem budiž krmení pacienta ve vigilním komatu per os, kdy nebylo možné mu do úst vložit lžičku s potravou. Po trpělivém provedení doporučené olfaktorické stimulace pomocí sousta jídla u pacienta došlo ke změně chování a klidnému příjmu potravy. Tímto bych chtěl zdůraznit nutnost dalšího vzdělávání zdravotnického personálu a rovněž edukaci blízkých pacientů, jelikož s sebou přináší významnou efektivitu, která se s každou ošetrovatelskou intervencí odráží ve významném prospěchu pacienta, ať už je to zlepšení jakkoli významné.

Pevně věřím, že tato práce umožní zájemcům o čtení pohodlné seznámení s činností oddělení dlouhodobých intenzivních péčí. Laické veřejnosti pomůže pochopit nutnost trpělivého přístupu k jejich blízkému a zdravotnickému personálu připomene, že spolupráce s blízkými přináší řadu výhod, z kterých čerpají všechny zúčastněné strany. Pacient, zdravotnický pracovník i blízký pacienta.

POUŽITÁ LITERATURA

- 1) AEHLERT, B. *Paramedic practice today: above and beyond*. 1. vyd. St. Louis : Mosby Jems Elsevier, 2010. 1576 s. ISBN 978-0-323-04374-8
- 2) FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4
- 3) FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz bazální stimulace, základní modul I.
- 4) FRIEDLOVÁ, K. *Stimulace vnímání v ošetrovatelské péči*. Skriptum pro kurz stimulace vnímání.
- 5) FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz bazální stimulace, základní modul II.
- 6) CHALOUPKA, R. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-341-4
- 7) CHALOUPKA, R. *Vybrané kapitoly z LTV ve spondylochirurgii*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví v Brně, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-375-9
- 8) CHROBOK, V. *Tracheostomie a koniotomie, techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004,170 s. ISBN 80-7345-031-3
- 9) *Jak pečovat o PEG a výživovou sondu, aby ony pečovaly o Vás*. Praha : Nutricia, 2007. 16 s. ISBN 978-80-239-9593-0
- 10) JEBAVÁ, Z. *Míčkování*. 1. vyd. Praha : Adonis, 1994. 36 s. ISBN neuvedeno
- 11) KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9
- 12) KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 714 s. ISBN 978-80-7262-657-1
- 13) KOHOUT, P., SKLÁDANÝ, L. *Perkutánní endoskopická gastrostomie a její místo v algoritmu umělé výživy*. 1. vyd. Praha : Galén, 2002. 255 s. ISBN 80-7262-191-2
- 14) KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0

- 15) LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
- 16) LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6
- 17) LUKÁŠ, J. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 119 s. ISBN 80-247-0673-3
- 18) LUKÁŠ, K. *Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 288 s. ISBN 80-247-1283-0
- 19) MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-3171-1
- 20) MIKULA, J. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2
- 21) O'CONNOR, M., Aranda, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. Praha Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
- 22) POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 86 s. ISBN 978-80-7013-466-5
- 23) SLÁMA, O. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5
- 24) ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína*. 2. vyd. Praha : Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X
- 25) ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
- 26) VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 437 s. ISBN 80-247-0279-7
- 27) ZADÁK, Z., HAVEL, E. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9
- 28) ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2844-5

INTERNETOVÉ ZDROJE

- 29) Dlouhodobá intenzivní péče, (online) dostupné z:
<http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-08-2011/pracoviste-dlouhodobě-intenzivní-peče-a-dlouhodobě-intenzivní-osetrovatelské-peče> [cit. 12. 3. 2012]
- 30) Dlouhodobá intenzivní péče, (online) dostupné z:
<http://www.nemuh.cz/article.asp?nDepartmentID=417&nArticleID=547&nLanguageID=1> [cit. 12. 3. 2012]
- 31) Kompetence zdravotnického záchranáře, (online) dostupné z:
<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/postaveni-zdravotnickych-zachranaru-na-oddelenich-zdravotnickych-zarizeni-460982> [cit. 12. 3. 2012]
- 32) Vyhláška č. 55/2011 Sb., (online) dostupné z:
<http://www.zcu.cz/fzs/kaz/documents/Vyhlaska-55-2011--cinnost-zdravotnickych-pracovniku.pdf> [cit. 11. 4. 2012]

SEZNAM ZKRATEK

AA	Alergická anamnéza
Aj.	A jiné
Amp.	Ampule
Apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
ATB.	Antibiotika
A. S.	Akciová společnost
BMI	Body Mass Index
Cca	Circa
CT	Počítačová tomografie
CPAP	Continuos positive airway pressure
Č.	Číslo
DIP	Dlouhodobá intenzivní péče
DIOP	Dlouhodobá intenzivní a ošetrovatelská péče
DNR	Do Not Resuscitate
Dr.	Doktor
EKG	Elektrokardiogram
FN	Fakultní nemocnice
FNL	Fakultní nemocnice Lochotín
GIT	Gastrointestinální trakt
Hg	Hydrargyrum
HK	Horní končetina
i. v.	Intravenózní
JIP	Jednotka intenzivní péče
LHK	Levá horní končetina
mm	Milimetr
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NGS	Nasogastrická sonda
NIBP	Non - Invasive blood pressure
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
OA	Ošetrovatelská anamnéza

Obr.	Obrázek
OTI	Orotracheální intubace
PA	Pracovní anamnéza
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
PMK	Permanentní močový katétr
Pozn.	Poznámka
Prof.	Profesor
RA	Rodinná anamnéza
RLP	Rychlá lékařská pomoc
Sb.	Sbírky
s. c.	Subkutánní
SIMV	Synchronized intermittent mandatory ventilation
Tbl.	Tableta
TF	Tepová frekvence
TK	Tlak krve
TSK	Tracheostomická kanyla
TT	Tělesná teplota
UPV	Umělá plicní ventilace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Zájem o vzdělávání
Tabulka 2	Zdroj informací o bazální stimulaci
Tabulka 3	Provádění iniciálního doteku
Tabulka 4	Provádění bazální stimulace
Tabulka 5	Čas věnovaný provádění bazální stimulace
Tabulka 6	Vliv bazální stimulace na zlepšení stavu pacienta
Tabulka 7	Nejčastěji používané druhy bazální stimulace
Tabulka 8	Nejčastěji používané pomůcky k optické stimulaci
Tabulka 9	Nejčastější způsob auditivní stimulace
Tabulka 10	Zaznamenávání změn reakcí před započítáním bazální stimulace
Tabulka 11	Správnost provádění bazální stimulace
Tabulka 12	Poskytování podpory blízkým ze strany zdravotnického personálu
Tabulka 13	Doba provádění bazální stimulace
Tabulka 14	Vztah ke konceptu bazální stimulace
Tabulka 15	Vzdělání v oblasti zdravotnictví
Tabulka 16	Pohlaví respondentů

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Zájem o vzdělávání
Graf 2	Zdroj informací o bazální stimulace
Graf 3	Provádění iniciálního doteku
Graf 4	Provádění bazální stimulace
Graf 5	Čas věnovaný provádění bazální stimulace
Graf 6	Vliv bazální stimulace na zlepšení stavu pacienta
Graf 7	Nejčastěji používané druhy bazální stimulace
Graf 8	Nejčastěji používané pomůcky k optické stimulaci
Graf 9	Nejčastější způsob auditivní stimulace
Graf 10	Zaznamenávání změn reakcí před započítím bazální stimulace
Graf 11	Správnost provádění bazální stimulace
Graf 12	Poskytování podpory blízkým ze strany zdravotnického personálu
Graf 13	Doba provádění bazální stimulace u pacienta
Graf 14	Vztah ke konceptu bazální stimulace
Graf 15	Vzdělání v oblasti zdravotnictví
Graf 16	Pohlaví respondentů

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Anamnéza k bazální stimulaci

Příloha 3 Fotografie DIP oddělení FN Plzeň

Příloha 4 Žádosti o povolení dotazníkového šetření

Příloha 1 – Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Miloslav Hájek, jsem studentem 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Rád bych Vás požádal o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou použity ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „Specifika ošetrovatelské péče na jednotce dlouhodobé intenzivní péče z pohledu zdravotnického záchranáře“

Tento dotazník je zcela anonymní. Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte vždy pouze jednu odpověď.

Děkuji za ochotu a čas věnovaný vyplňování tohoto dotazníku.

Miloslav Hájek

1. Máte zájem získávat nové vědomosti a poznatky z konceptu bazální stimulace?

- a) ano
- b) ne

2. Odkud převážně získáváte informace o bazální stimulaci?

- a) od zdravotnického personálu
- b) z odborných knižních publikací
- c) z internetových zdrojů
- d) z časopisů
- e) jiné, uveďte:

3. Dbáte na provádění iniciálního doteku a jeho správnou techniku?

- a) ano
- b) ne

4. Provádíte u svého příbuzného cílenou bazální stimulaci? (prohlížení obrázku, hlazení, apod.)?

- a) ano pravidelně při každé návštěvě
- b) ano, ale nepravidelně
- c) neprovádím, nechávám tuto činnost na zdravotnickém personálu

5. Kolik času nejčastěji věnujete aktivnímu provádění bazální stimulace při jednotlivých návštěvách?

- a) 10 – 30 minut
- b) do jedné hodiny
- c) déle než hodinu

- 6. Jakou váhu přikládáte provádění bazální stimulace ve vztahu ke zlepšení stavu Vašeho blízkého:**
- a) provádění bazální stimulace má velký vliv na zlepšení celkového stavu
 - b) provádění bazální stimulace má zanedbatelný vliv
 - c) nevím, nedokážu odpovědět
- 7. Jaké druhy bazální stimulace provádíte nejčastěji? (můžete označit více možností)**
- a) optickou stimulaci (prohlížení obrázků, kreseb, fotografií)
 - b) auditivní stimulace (poslech hudby, hlasových nahrávek kamarádů či rodiny)
 - c) orální stimulaci (pomocí oblíbených potravin)
 - d) olfaktorickou stimulaci (stimulace vůněmi)
 - e) taktilně – haptickou stimulaci (umožnění úchopu oblíbených předmětů)
- 8. Jakou pomůcku k optické stimulaci volíte nejčastěji?**
- a) fotografie
 - b) ruční kresby
 - c) oblíbené předměty
- 9. Jaký způsob auditivní stimulace používáte nejčastěji**
- a) přehrávání hudby
 - b) vyprávění
 - c) zpěv
 - d) nástroje
- 10. Zaznamenáváte změny reakcí u Vašeho blízkého před započítím bazální stimulace a v jejím průběhu?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 11. Diskutujete se zdravotnickým personálem o správnosti prováděné bazální stimulace?**
- a) ano
 - b) ne
- 12. Cítíte při vašich snahách o bazální stimulaci podporu od zdravotnického personálu?**
- a) ano
 - b) ne
- 13. Jak dlouhou dobu je u Vašeho blízkého prováděna bazální stimulace?**
- a) do 1 měsíce
 - b) 1 – 3 měsíce
 - c) déle než 3 měsíce

14. Váš postoj ke konceptu bazální stimulace je:

- a) kladný
- b) neutrální
- c) záporný

15. Máte vzdělání v oblasti zdravotnictví (střední zdravotnická škola, lékařská fakulta, aj.)?

- a) ano
- b) ne

16. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Příloha 2 Anamnéza k bazální stimulaci

Vážená paní, vážený pane,

do naší péče jste nyní svěřili Vašeho blízkého. V její/jejeho nemoci, po kterou se stává závislý na naší péči, bychom jí/mu chtěli umožnit pokud možno všechny potřeby a zvyky. Proto se snažíme provádět co nejosobnější ošetrovatelskou péči. K tomu ale od Vás potřebujeme některé údaje, abychom Vašeho blízkého mohli podporovat v jeho návycích. V odborné terminologii se naše péče jmenuje Bazální stimulace.

Zcela konkrétně to pro Vás znamená, že nám sdělíte některé zvyky vašeho blízkého. Díky těmto zvykům se vynasnažíme zmírnit pacientovu extrémní situaci a spřádat jeho nové okolí, neboť vše zde na interuzivní péči je nové a ne vždy příjemné. Například směsice nejružnějších zvuků, rýtmus spánku a bdění, postel na kterou není zvyklý, mnoho kabelů a hadic, které jsou momentálně důležité pro jeho léčbu a sledování stavu vědomí, také cizí hlasy a neznámé prostředí, atd.

Koncept Bazální stimulace nabízí možnost do tohoto nového, neznámého prostředí integrovat návyky pacienta, proto jsme nyní závislí na Vašich údajích a pokládáme Vám nyní následující otázky. Ty nám můžete v klidu odpovědět a potom nás zavolat. My a náš pacient - Vás blízký - Vám budeme za ně vděční.

Např.:

- která jídla a nápoje Vás blízký upřednostňuje, popřípadě nesnáší
- které spánkové zvyky Vás blízký má (poloha na boku, bříše, zvýšená horní polovina těla, polštáře, deky, zda má problémy s usínáním a co mu pomáhá v usínání)
- kterou hudbu, hudební směr nebo rádiovou stanici Vás blízký upřednostňuje, na oddělení jsou k dispozici MP3 přehrávače, kam můžete nahrát třeba oblíbenou hudbu, atd.
- abychom Vašemu blízkému mohli co nejvíce zpříjemnit péči o jeho tělo, prosíme Vás o přinesení jeho osobních oblíbených toaletních potřeb - voda po holení, mýdlo, sprchový gel, parfém, zubní pasta, atd.
- aby si mohl Vás blízký lépe uvědomovat své tělo a na svém těle se znovu orientovat, přinesete mu prosím jeho osobní pyžamo, popřípadě spodní prádlo nebo od jeho nejbližší osoby třeba bavlněné tričko. Samozřejmě záleží na aktuálním stavu pacienta.
- abychom mohli podpořit Vašeho blízkého ve znovuprobuzení jeho vizuálních vzpomínek a napomoci tak k vizuálnímu vnímání okolí, prosíme Vás, abyste přinesli fotografii jeho nejbližšího příbuzného, popřípadě malby jeho dětí nebo fotografie z dovolených, známý oblíbený obraz, apod. Na oddělení je k dispozici televizní přijímač a DVD přehrávač, kde může sledovat své oblíbené filmy, které mu přinesete.

Předem Vám děkujeme za Vaši spolupráci a jsme vám k dispozici, abychom Vám zodpověděli dotazy.

Ošetřující personál ARO-DIP FN Plzeň.

Zpracováno dle Mgr. Karoliny Friedlové, lektorky konceptu Bazální stimulace v ČR

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

DOTAZNÍK

Jméno, příjmení, titul: Věk:

Blízká osoba:

INICIÁLNÍ DOTEK: ANO NE (pokud ANO, uveďte místo:

Tělesná péče

levák pravák

Je pro něj/něho péče o své tělo důležitá? ano ne

Jak často a kdy? denně ráno večer

občas - prosíme specifikujte:

Teplota vody: chladná vlažná teplá horká

K mytí používá:

Potřebuje pomoc při mytí? ano ne

Rituelů při mytí?

Stav pokožky: normální mastná suchá

Toaletní potřeby: k dispozici budou přineseny nemá

Krém: péna na holení deodorant

Holení mokré elektrický strojek - má vlastní? ano ne

Péče o zuby, na co brát ohled?

Vlastní kartáček a pasta? ano ne

Zubní protěza ano ne

Specifikujte: plná protěza částečná protěza horní čelist dolní čelist

Spí s protézou? ano ne

Jak často si myje vlasy? Používá speciální prostředky?

Nehty: žádné zvláštnosti specifiká:

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? ano ne

Na kterém místě nemá rád dotek?

Spánek

Obvykle spí na: záda břicho pravý bok levý bok

Jak spí? chodí časně spát chodí pozdě spát v noci se budí

vstává velmi časně spí ráno dlouho odpolední spánek

Má nějaký oblíbený polštář, deku, jiné?

přineseno: ano ne



Přikrývá se tak, že si dá deku až za ramena? ano ne

Kolik hodin denně spí? Má hodné zatmění při spánku? ano ne

Jídlo a pití

Upřednostňuje chuť: sladké slané ostré kyselé

Teplota jídla: teplé vlažné studené

Konzistence: měkké pevná strava tekutá strava

Obilbený nápoj: Obilbený pokrm:

Nesnáší:

Přinesené vlastní předměty (např. hrnek):

Vlastní přinesené potraviny:

Potíže při polykání? ano ne

specifikujte:

Vyprazdňování

Močení: spontánní poruchy míčky léčba medikamenty

Jaké poruchy?

Při inkontinenci užívá: inkont. vložky plenk. kathotky perm. katétr

Stolice: bez problémů obětlivost průjem

Specifikujte problémy:

Sluch

Sluch postižen: ano ne

vpravo vlevo

Specifikujte postižení:

Sluchadlo: ano ne

Obilbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady:

Zvuky, na které je zvyklý:

Přinesené předměty:

Zrak

Porucha zraku: ano ne

vpravo vlevo

Specifikujte:

Brýle: ano ne kontaktní čočky: ano ne

Medikace: oční kapky oční masti

Přinesené předměty:



Regulace tělesné teploty

Trpí na: pocení je mu často zima nic zvláštního

Jiné, specifikujte:

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na aktivní pravidelnou tělesnou aktivitu? ano ne

Jakou?

Specifikujte postižení: poruchy rovnováhy hemiplegie poruchy citlivosti

hypotonus spasticita kontrakтуры

Lokalizace, popř. jiná specifikace:

Kompenzační pomůcky:

Způsob života

Povolání:

Koníčky, zájmy:

Děti, vnoučata:

Zvířata:

Přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům:

Víra:

Jak snáší bolesti?

Jak zvládá závažné situace?

Má relaxační techniky?

Důležitý zážitek v poslední době:

Jiné:

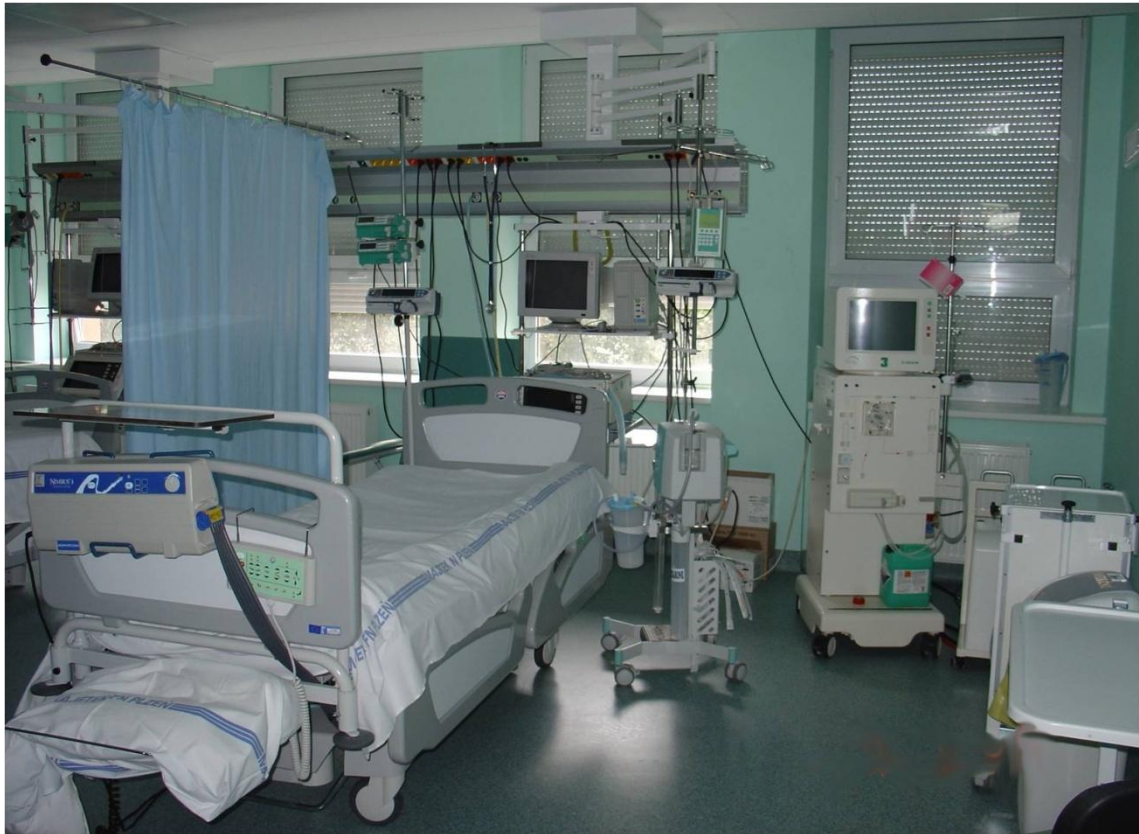
Přinesené předměty k uspořádání jeho okolí:

Anamnézu sepsal/a: dne:

Dotazy zodpověděl/a: Je ve vztahu k pacientovi:

Příloha 3 Fotografie DIP oddělení FN Plzeň

Obrázek 1: Resuscitační lůžko



Zdroj: Pavla Martínková DiS.

Obrázek 2: Motodlaha



Zdroj: Autor

Obrázek 3: Informační nástěnka



Zdroj: Autor

Obrázek 4: Výzdoba pokojů



Zdroj: Autor

Obrázek 5: Pomůcky k provádění bazální stimulace



Zdroj: Autor

Obrázek 6: Výzdoba stropu nad pacientem



Zdroj: Autor

Obrázek 7: Zdvihací zařízení Viking



Zdroj: Autor

Příloha 4 – Žádosti o povolení dotazníkového šetření

Vrchní sestra DIP, DIOP a ARO, paní Alena Klásková
Nemocnice Ostrov
U nemocnice 1161
363 01, Ostrov

V Plzni dne 4.2.2012

Věc: **Žádost o povolení dotazníkového šetření v Nemocnici Ostrov**

Vážená paní Klásková,

Jmenuji se Miloslav Hájek, jsem studentem třetího ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, obor zdravotnický záchranář.

Rád bych požádal o povolení dotazníkového šetření v Nemocnici Ostrov, které je potřebné k praktické části bakalářské práce na téma: „**Specifika ošetrovatelské péče na oddělení dlouhodobé i intenzivní péče z pohledu zdravotnického záchranáře**“.

Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Evy Pfefferové z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Samozřejmostí je dodržení anonymity, zákonné a legislativní normy a povinné mlčenlivosti.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Miloslav Hájek
student 3.ročníku bakalářského studijního programu
studijní obor Zdravotnický záchranář
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce
Mgr. Eva Pfefferová
FZS ZČU v Plzni
Tylova 57
306 14, Plzeň
pfeffe@kaz.zcu.cz

Kontaktní adresa
Miloslav Hájek
Plaská 4
330 11, Třemošná
Tel: 723306202
Mila.hajek@gmail.com

Vyjádření k žádosti: Žádost povolena Žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko: 4.2.2012 A. Klásková

Vrchní sestra ARO-DIP, Bc. Jitka Kašparová
Fakultní nemocnice Plzeň
Dr. Edvarda Beneše 13
305 99 Plzeň-Bory

V Plzni dne 4.2.2012

Věc: **Žádost o povolení dotazníkového šetření ve fakultní nemocnici Plzeň**

Vážená paní Kašparová,

Jmenuji se Miloslav Hájek, jsem studentem třetího ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, obor zdravotnický záchranář.

Rád bych Vás požádal o povolení dotazníkového šetření ve fakultní nemocnici Plzeň, které je potřebné k praktické části bakalářské práce na téma: „**Specifika ošetrovatelské péče na oddělení dlouhodobé i intenzivní péče z pohledu zdravotnického záchranáře**“.

Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Evy Pfefferové z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Samozřejmostí je dodržení anonymity, zákonné a legislativní normy a povinné mlčenlivosti.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Miloslav Hájek
student 3.ročníku bakalářského studijního programu
studijní obor Zdravotnický záchranář
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce
Mgr. Eva Pfefferová
FZS ZČU v Plzni
Tylova 57
306 14, Plzeň
pfeffe@kaz.zcu.cz

Kontaktní adresa
Miloslav Hájek
Plaská 4
330 11, Třeboňská
Tel: 723306202
Mila.hajek@gmail.com

Vyjádření k žádosti: Žádost povolena Žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko:

Fakultní nemocnice Plzeň
Anesteziologicko-resuscitační oddělení-Bory
tel.: 377 401 380, fax: 377 401 248
tř. Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň


M. Kašparová Jitka
vrchní sestra - ARO

Vrchní sestra LDN, Bc. Eva Čermáková
Městská nemocnice Plzeň, Privamed a.s.
Kotlíkovská 17, 19
323 00 Plzeň

V Plzni dne 10. 2. 2012

Věc: **Žádost o povolení dotazníkového šetření v MN PRIVAMED a.s.**

Vážená paní Čermáková

Jmenuji se Miloslav Hájek, jsem studentem třetího ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, obor zdravotnický záchranář.

Rád bych požádal o povolení dotazníkového šetření týkajícího se blízkých hospitalizovaných pacientů v MN PRIVAMED a.s., které je potřebné k praktické části bakalářské práce na téma: „Specifika ošetrovatelské péče na oddělení dlouhodobé i intenzivní péče z pohledu zdravotnického záchranáře“. V této věci nebudu potřebovat nahlížet do zdravotnické dokumentace.

Svou závěrečnou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Evy Pfefferové z Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Samozřejmostí je dodržení anonymity, zákonné a legislativní normy a povinné mlčenlivosti.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Miloslav Hájek
student 3.ročníku bakalářského studijního programu
studijní obor Zdravotnický záchranář
FZS ZČU v Plzni

Vedoucí práce
Mgr. Eva Pfefferová
FZS ZČU v Plzni
Tylova 57
306 14, Plzeň
pfeffe@kaz.zcu.cz

Kontaktní adresa
Miloslav Hájek
Plaská 4
330 11, Třemošná
Tel: 723306202
Mila.hajek@gmail.com

Vyjádření k žádosti: Žádost povolena Žádost zamítnuta

Odůvodnění:

Datum, podpis, razítko: Bc. Eva Čermáková 

