

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s
poruchou vědomí**

bakalářská práce

Autor práce: Simona Musilová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vršecká

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Simona Musilová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika ošetrovateľskej péče u pacientů s poruchou vědomí
Cíl práce:	Zjistit, jak všeobecné sestry pečují o pacienty s poruchou vědomí a jak tuto práci vnímají.

Mgr. Petra Vršecká
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá specifickým tématem základní i specializované ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou vědomí. Práce je rozdělená na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá vědomím, jeho poruchami, druhy bezvědomí, komunikací s pacienty v bezvědomí, odpovídající ošetrovatelské péči a vybranými specifiky, které se této péče týkají. Druhá část bakalářské práce je věnována výzkumu, který mapuje vybraná témata a výsledky ošetrovatelské péče u pacientů v bezvědomí na pracovišti NIP. V této části budou pomocí výzkumu ověřeny výzkumné otázky. Důraz bude kladen na ošetrovatelskou činnost všeobecné sestry v péči o pacienty v bezvědomí ve zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova

Vědomí, poruchy vědomí, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra, specifická péče, komunikace, pacient.

Abstract

This bachelor thesis deals with specific topics of basic and special nursing care for patients with impaired consciousness. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with consciousness, its disorders, types of unconsciousness, communication with unconscious patients, appropriate nursing care and selected specifics that relate to this care. The second part of the bachelor's thesis is devoted to results of interview with medical staff that maps selected topics and results of nursing care for unconscious patients in the Intermediate Care Unit workplace. In this part, we will use outcomes of the interview to verify research questions. Emphasis will be placed on the nursing activities of a general nurse in the care of unconscious patients in a medical facility.

Key words

Consciousness, disorders of consciousness, nursing care, general nurse, specific care, communication, patient.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 19. dubna 2021

.....
Podpis

Poděkování

Touto cestou bych velice ráda poděkovala paní Mgr. Petře Vršecké za cenné rady, konzultaci a přínosné připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji za poskytnuté studijní materiály, ochotu a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat paní PhDr. Vlastě Dvořákové, PhD., za neustálou motivaci a vlídná slova při studiu. Také děkuji své rodině za podporu a lásku při plnění mého životního cíle. Mé poděkování patří všem respondentům, kteří se účastnili výzkumu.

V Jihlavě, dne

.....

Podpis

Obsah

Úvod.....	11
Motivace	12
Cíl práce.....	12
1 Současný stav problematiky	13
1.1 Vědomí.....	13
Vigilita	13
Lucidita	14
1.2 Poruchy vědomí	14
1.2.1 Kvantitativní poruchy vědomí	14
1.2.2 Kvalitativní poruchy vědomí	16
1.3 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou vědomí	19
1.3.1 Zajištění cévního řečiště	20
1.3.2 Zajištění dýchacích cest	22
1.3.3 Výživa.....	23
1.3.4 Monitorace fyziologických funkcí.....	24
1.3.5 Polohování	26
1.3.6 Vyprazdňování moči a stolice.....	27
1.3.7 Hygiena.....	28
1.3.8 Sledování a léčba bolesti.....	28
1.4 Komunikace s pacientem s poruchou vědomí.....	30
2 Výzkumná část.....	31
2.1 Cíl výzkumu	31
2.2 Výzkumné otázky.....	31
2.3 Metodika výzkumu.....	31
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí	31
2.5 Průběh výzkumu.....	32
2.6 Zpracování výzkumu.....	32
2.7 Analýza dat.....	33
3 Diskuze	46
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	49
Závěr	50
Seznam použité literatury	51
Seznam příloh	54
Přílohy.....	Chyba! Záložka není definována.

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Glasgow Coma Scale	57
Tabulka 2 – Glasgow Outcome Scale	58
Tabulka 3 – Hodnocení dle Beneše	59
Tabulka 4 – Hodnoty tělesné teploty	59
Tabulka 5 – Hodnoty krevního tlaku	60
Tabulka 6 – Hodnoty tepové frekvence	60
Tabulka 7 – Hodnoty dechu	60
Tabulka 8 – Věk respondentů	34
Tabulka 9 – Oddělení, kde pracují respondenti	35
Tabulka 10 – Praxe ve zdravotnictví	36
Tabulka 11 – Praxe na oddělení NIP	37
Tabulka 12 – Počty pacientů s poruchou vědomí na daném oddělení	38
Tabulka 13 – Specifické úkony na oddělení NIP	39
Tabulka 14 – Zaměření při celkové ošetrovatelské péči	40
Tabulka 15 – Poskytování ošetrovatelské péče	41
Tabulka 16 – Aktivizace pacientů	42
Tabulka 17 – Komunikace s pacienty	43
Tabulka 18 – Komunikace během ošetrovatelské péče	44
Tabulka 19 – Vysvětlení výkonu	45
Tabulka 20 – Náročnost práce o pacienty s poruchou vědomí	46
Tabulka 21 – Fyzická / psychická náročnost	47
Tabulka 22 – Odraz náročnosti pracovní směny v osobním životě	48

Tabulka 23 – Možnosti rozhovoru o náročné práci	49
Tabulka 24 – Relaxační techniky	50
Tabulka 25 – Rituály při relaxaci	51

Seznam použitých zkratek

a.	artérie
ARAS	ascendentní retikulární aktivační systém
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BCG	Brussels Coma Grade
°C	stupeň Celsia
CŽK	centrální žilní katetr
GCS	Glasgow Coma Scale
GOC	Glasgow Outcome Scale
EKG	elektrokardiograf
FLACC	FLACC škála
h	hodiny
HAI	Infekce spojené se zdravotní péčí
JIP	jednotka intenzivní péče
mOsm	osmolalita
Např.	například
NIP	následná intenzivní péče
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ	perkutánní endoskopická gastrojejunostomie
PICC	Peripherally inserted central catheter
PMK	permanentní močový katetr
PŽK	periferní žilní kanyla
RHB	rehabilitace

Riker SAS	Riker Sedation-agitation Scale
RTG	rentgenové záření
SpO2	nasycení krve kyslíkem
Tj.	to je
TK	krevní tlak
TSK	tracheostomická kanyla
TV	televize
UPV	umělá plicní ventilace
v.	véna
VAS	vizuální analogová škála bolesti
WHO	World Health Organization

Úvod

Tato bakalářské práce se zabývá tématem „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou vědomí“. Toto téma je velmi diskutabilní a zajímavé pro většinu zdravotníků, kteří se chtějí zabývat touto problematikou. U ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou vědomí, je důležité brát na vědomí, že pacient má specifické potřeby, i ve chvíli, kdy trpí nějakou z poruch vědomí, které je nutné uspokojit, pro jeho psychickou i fyzickou pohodu. Důležitou činností všeobecné sestry, je empatický a profesionální přístup, při péči o pacienta. Velkou roli ve specifické péči o pacienty s poruchou vědomí je začlenění rodiny a blízkých do ošetrovatelského procesu. V ošetrovatelské péči je zapojen multidisciplinární tým, který vede všeobecná sestra, která zodpovídá za plnění stanovených činností ošetrovatelského procesu. Sestra spolupracuje s každým členem ošetrovatelského týmu, který se skládá z ošetrovatelů, sanitářů, všeobecných sester a sester specialistek. Důležitá je spolupráce s lékaři a celým zdravotním týmem.

Díky současné medicíně a různým možnostem pro léčbu poruch vědomí se kvalita života těchto pacientů výrazně zvýšila. Nyní jsou dostupné různé možnosti pro obnovení funkce orgánů a udržení pacienta při životě.

V bakalářské práci se zabýváme vědomím, poruchami vědomí, hodnocením vědomí a ošetrovatelskou péčí. V ošetrovatelské péči se zabýváme jednotlivými částmi specifické ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou vědomí, zajištěním vitálních funkcí pacienta a komunikací s těmito pacienty. Ve výzkumné části se věnujeme specifickým úkonům, psychické i fyzické náročnosti ošetrovatelského týmu při péči o pacienty s poruchou vědomí a jejím odrazem v soukromém životě. V jedné části se také věnujeme komunikaci všeobecné sestry s pacientem, který trpí poruchou vědomí. Zajímavým výsledkem je, jak každá všeobecná sestra vnímá tuto práci jinak a svými způsoby se s tím vypořádává.

Motivace

Pro psaní této práce mě nejvíce motivovala praxe na oddělení NIP, kde se tito lidé léčí. Toto téma je velice zajímavé a málo probírané ve společnosti. Jako budoucí všeobecná sestra bych se ráda této problematice chtěla věnovat i nadále a s pacienty s poruchou vědomí pracovat a vzdělávat se. Poruchy vědomí jsou nadále častější a specifická ošetrovatelská péče o tyto pacienty je velmi náročná. Všeobecná sestra při ošetrovatelské péči by měla být důsledná a nemělo by se nic opomíjet. Všeobecná sestra na oddělení JIP a ARO by měla být kvalifikovaná a zkušená. Tato sestra by si měla vědět rady v každé chvíli a pracovat jako profesionál i ve velmi těžkých situacích. A díky psaní bakalářské práce na toto téma bych velice ráda byla i já ta zkušená a profesionální všeobecná sestra na oddělení ARO, kde budu pečovat o pacienty s poruchou vědomí.

Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak všeobecné sestry pečují o pacienty s poruchou vědomí a jak tuto práci vnímají. Ačkoliv je péče o tyto pacienty velmi náročná a vyžaduje kvalitní péči a trpělivost je důležité vytrvat. Kvůli tomu se ve výzkumné části věnujeme psychické i fyzické náročnosti, kterou dennodenně zažívají všeobecné sestry na těchto odděleních a významně jsou ovlivněny v osobním životě. Díky dostatečnému vzdělání a preventivní psychologické podpoře dokážeme zpomalit vznik syndromu vyhoření a díky tomu všeobecné sestry dokážou vykonávat svoji práci delší dobu. Psychická relaxace je velmi důležitá a hodně opomíjená u zdravotnických pracovníků.

1 Současný stav problematiky

1.1 Vědomí

Vědomí je stav, kdy si jedinec plně a zcela správně uvědomuje sám sebe jako osobu a své okolí, je schopný adekvátně jednat podle své vůle a reagovat na vnitřní a vnější podměty. Představuje neurální procesy umožňující vnímat, hodnotit a reagovat ve shodě se zevním a vnitřním prostředím. Je orientován časem, místem, situací a vlastní osobou. Tyto procesy lze rozdělit na dva typy dějů: luciditu (jasnost) a vigilitu (bdělost). Bezvědomí se vyznačuje útlumem vědomí a bdělosti různí intenzity. Je vždy obrazem organického nebo funkčního poškození mozku a projevem závažného klinického stavu. (Ambler a kol., 2012)

Vědomí představuje těžko definovatelný soubor mozkových funkcí, dovolující uvědomovat si sebe a své okolí. Znamená pro jedince být ve stavu úplné bdělosti, vnímat a pociťovat přiměřené a adekvátní duševní i tělesné stavy. Je předpokladem správné reaktivity a adaptace na okolní svět. Vědomí se nedá lokalizovat přesně, ale spočívá a závisí v dynamické interakci mezi ascendentním retikulárním aktivačním systémem (ARAS) a kůrou mozkovou. Fyziologickou poruchou vědomí je spánek, když je aktivita ARAS snížena a člověk je lehce probuditelný. Iatrogenní poruchou vědomí je anestézie. Vědomí je pozměněno i v hypnóze, v tu chvíli je vědomí zúžené a ohraničené. Bezvědomí je vážná a život ohrožující porucha. Je v pořadí čtvrtou z pěti nejčastějších vyskytujících život ohrožujících příhod a to bez ohledu na nemoc, či příčinu, která dané bezvědomí vyvolala. (Madarász a kol., 2018)

Vigilita

Vigilita (bdělost) určuje stupeň schopnosti reagovat na prostředí. Během dne tento stav kolísá mezi dvěma fyziologickými stavy, mezi spánkem a bděním. Když dojde k porušení vigility dochází ke kvantitativním poruchám vědomí, mezi niž řadíme synkopu, somnolenci, sopor, kóma a coma vigile. (Madarász a kol., 2018)

Lucidita

Lucidita (jasnost) je charakterizovaná obsahem a hloubkou bdělého stavu a je zcela závislý na bdělosti. Lucidita znamená, že člověk není jenom bdělý, ale adekvátně si uvědomuje sebe a své okolí. Není zcela jasné, jestli si zcela uvědomuje vnitřní stav při absenci funkce retikulárního systému. Při poruše lucidity dochází ke kvalitativním poruchám vědomí. Mezi které řadíme obnubilaci, delirium, amenci, agonie. Pokud chybí vigilita, není možná ani lucidita. (Madarász a kol., 2018)

1.2 Poruchy vědomí

Patologické poruchy vědomí vznikají při různých nemocech a poškození mozku. Všeobecně uznávané rozdělení je na hypnoidní poruchy vědomí, poruchy integrace obsahu vědomí a na nehypnoidní poruchy vědomí. Základní dělení poruch vědomí se rozděluje na kvantitativní, porucha vigility s porušením rozsahu vědomí a na kvalitativní, porucha lucidity (hloubky a obsahu vědomí). (Madarász a kol., 2018)

Poruchy vědomí jsou spojeny s velmi vysokou úmrtností a častou nutností orgánového selhání a nutnosti používat orgánovou náhradu, např. dialýza, uměla plicní ventilace, oběhová podpora. Při poruchách vědomí je narušena orientace místem, činností, osobou, časem a porucha paměti. (Zadák a kol., 2017)

1.2.1 Kvantitativní poruchy vědomí

Kvantitativní porucha vědomí je stav, kdy dojde k porušení bdělosti (vigility). Termín bezvědomí vyjadřuje nejtěžší stupeň poruchy vědomí, který může být různého rozsahu. Hloubka bezvědomí se stanovuje podle reakce pacienta na verbální, optické, sluchové a nociceptické podněty. (Madarász a kol., 2018)

Synkopa

Synkopa je krátkodobá přechodná ztráta vědomí, která je obvykle spojena se sníženým průtokem krve mozkem. Synkopa může být benigní, ale může být signálem závažného onemocnění, proto je nutné rychle jednat a pátrat o příčině. Příčinou může být únava, vyčerpání, psychická, ale i srdeční a oběhové příčiny. (Málek a kol., 2019)

Somnolence

Somnolence je stav, kdy je snižená bdělost na úkor zvýšené spavosti. Pacient spí a spontánně nemluví. Ovšem lze s ním navázat jednoduchý slovní kontakt. Pacient je schopný reagovat na dotykové, zvukové a zrakové podněty. Pacient je spavý, pasivní a probuditelný. (Madarász a kol., 2018)

Sopor

Sopor je závažnější poruchou vědomí, kdy je pacient hůře probuditelný. Při probuzení pacienta jsou nutné opakované stimuly s vysokou intenzitou, většinou s bolestivým podnětem. Odpověď od pacienta bývá jednoduchá a jednoslovná. Reflexní činnost je zachována, ale je přítomný pokles TK a nepravidelné dýchání. (Ambler, 2011)

Kóma

Kóma je nejzávažnější porucha vědomí. Jedná se o stav, kdy pacient není schopný reagovat na oslovení, ale může reagovat na větší bolestivý stimul. Oči jsou zavřené, není přítomna kortikální aktivita. Příznaky autoimunitního systému se liší podle hloubky kómatu. Vyhasínají základní reflexy. Podle reakce zornic se kóma dělí:

- a) Lehké kóma- mydriáza, zpomalená fotoreakce
- b) Hlubší kóma- mióza
- c) Hluboké kóma- paralytická mydriáza bez reakce, nejsou přítomny ochranné reflexy, sfinktery jsou nekontrolovatelné.

Jednotlivé poruchy vědomí nejsou od sebe zcela oddělené, tvoří v praxi plynulý přechod od lehké somnolence až po hluboké kóma a v průběhu času může plynule přecházet jeden do druhého. (Madarász a kol., 2018)

Coma vigile

Coma vigile je definováno jako: „*Kóma, při němž pacient působí dojmem, že se probírá. Má otevřené oči, které však nesledují okolí a jen bezcílně bloudí, žvýká a polyká podanou potravu, ale není možné s ním navázat kontakt. Neudrží moč, ani stolici, může mít obrny různých částí těla a další příznaky vyplývající z poškození nejvyšších částí mozku – zejména korových – dekortikace*“ (Vokurka, 2015, s. 1076).

Zpravidla trvá 4 – 6 týdnů, po tomto období se jedná o stabilizovaný stav, ovšem prognóza je velmi nepříznivá. Od vegetativního stavu se coma vigile odlišuje ztrátou bdělosti. V průběhu několika týdnů se pacient zotaví, nebo přejde do vegetativního stavu. (Vokurka, 2015)

1.2.2 Kvalitativní poruchy vědomí

Kvalitativní poruchy vědomí jsou poruchy obsahu a rozsahu vědomí. Dochází při nich k nepřiměřenému vnímání veškerých podnětů z vnějšího prostředí, neadekvátním reakcím a nesprávnému myšlení pacienta. Tyto poruchy se mohou objevit u pacientů s celkovým metabolickým onemocněním, intoxikací a abstinenční projevy. (Madarász a kol., 2018)

Obnubilace

Obnubilace je mráкотný stav. Jedná se o poruchu vědomí, kde je zachována orientace v prostoru a schopnost k vykonávání naučených pohybových stereotypů, které zpravidla nemají žádný účel. Je to stav, který je charakterizován náhlým začátkem a koncem a je zde přítomna úplná amnézie na tento stav. Trvání je variabilní, trvá od několika sekund až po dny. (Ambler a kol., 2012)

Amence

Amence je stav, kde dochází k narušení myšlení a vjemů. Typickými příznaky je porucha paměti, tak poruchou idiognozie a dezorientace. Do jisté míry se podobají deliriu, ale jsou bez halucinací, mají delší trvání, a během tohoto stavu se vyskytuje období, kdy je možné navázat kontakt s pacientem. Příčiny amence mohou být intoxikace, psychické poruchy, infekční onemocnění, psychické poruchy jako jsou například schizofrenie nebo schizofrenická porucha. (Ambler a kol., 2012)

Delirium

Delirium je akutní porucha myšlení a pozornosti, které jsou provázené změnami vnímání, chování, paměti a psychomotorického tempa. Je zde přítomna časová a prostorová dezorientace s halucinací a jinými psychiatrickými symptomy. Pro delirium je typické střídání lucidních období s deliriózními epizodami. Před samotným deliriem se mohou objevit prodromální příznaky, jako je neklid, nespavost, neschopnost jasně uvažovat, noční můry, živé sny, přecitlivělost na zrakové a sluchové podněty, které se mohou

objevit 1-2 dny před náhlým delíriem. Delirium bývá často přítomno u starších osob nad 65 let. Příčinou často bývá epilepsie, cévní mozková příhoda, infekce, léky, ale i faktury u starších nemocných osob. (Ambler a kol., 2012)

Agonie

Agonie je stav před smrtí. Jedná se o postupné vyhasínání všech životních funkcí. Agonie může trvat různě dlouho v závislosti na druhu nemoci, tělesné konstituci pacienta a jeho věku. Centrum dýchání je porušeno, dochází k nepravidelnému dýchání, srdeční akce je slabá, mozek se dostatečně neokysličuje a vznikají poruchy nervové činnosti a bezvědomí. Velmi výrazně se snižuje tělesná teplota, kůže je bledá a oči mohou být zapadlé. Těsně před smrtí jsou patrné svalové záškuby a kontrakce. Po zastavení srdeční činnosti a dýchání končí stav agonie a následně nastává klinická smrt. (Dušek, Večeřová, 2015).

1.2.3. Hodnocení vědomí

Pro posouzení hloubky bezvědomí se používají nejrůznější hodnotící škály, proto byla pro potřeby urgentní medicíny vynalezena řada škál, která slouží pro zhodnocení stavu pacienta. Cílem je klasifikovat stav nemocného a posoudit efektivnost vybraných diagnostických a terapeutických postupů. Použití hodnotících škál se liší podle stavu pacienta a zvyklostí oddělení. Hodnocení stavu vědomí je jedním z nejdůležitějších prvků při péči o pacienty s poruchou vědomí, které probíhá vždy v rámci prohlídky pacienta při příjmu a u pacientů s poruchou vědomí je indikováno jeho pravidelné opakování. (Tomová, Křivková, 2016)

Glasgow Coma Scale (GCS)

GCS je nejrozšířenější mezinárodní hodnotící škála, která je používána v každodenní praxi, pro hodnocení hloubky bezvědomí. Hodnotí se slovní odpověď, na jejímž základě se posuzuje kvalitativní porucha vědomí (zmatenost, dezorientace). Dále se hodnotí otevření očí a motorická odpověď. Při tomto hodnocení může pacient získat 3 – 15 bodů. Pokud nemocný dosáhne méně než 8 bodů, jedná se o závažnou poruchu vědomí. Při dosažení méně, než 3 bodů jde o hluboké bezvědomí. Tabulka GCS je přiložena v přílohách. (Kaňovský a kol., 2019)

Brussels Coma Grade (BCG)

BCG se používá na klasifikaci kóma. Rozlišuje čtyři stupně kóma a tři formy vědomí. (Madarász a kol., 2018)

Glasgow Outcome Scale (GOS)

GOS je škála, která hodnotí následky těžkých cerebrálních poranění. Je to jednoduchá škála, pro hodnocení výsledných stavů po kraniocerebrálních a cerebrálních traumatech. Je nutné zohlednit zdravotní postižení, které byly před úrazem. Velmi diskutované jsou otázky týkající se doby hodnocení po úrazu a rozdělení stupnice na „příznivé“ a „nepříznivé“ kategorie. Glasgowská stupnice by měla zůstat primární metodou hodnocení výsledků při léčbě závažného poranění hlavy. Tabulka GOS je přiložena v přílohách. (Ambler a kol., 2012)

Hodnocení dle Beneše

Hodnocení dle Beneše hodnotí reakce na bolestivý podnět, jako je štípnutí nebo slabé píchnutí jehlou, dále měří reakci na oslovení. Reakce na bolestivý podnět se boduje 0 – 4 body, zatímco reakce na slovo 5 – 8 bodů. Reakce na bolest se může projevovat různě, od žádné reakce, zrychleného dýchání, změny srdeční frekvence, změnou barvy v obličeji, extenzi horních a dolních končetin, neúčelných pohybů až po obranné pohyby. Při reakci na oslovení sledujeme, jak pacient reaguje na jednoduché slovní výzvy, více výzvám najednou, jestli odpovídá na otázky adekvátně, či jestli je orientován časem a prostorem. Tabulka Hodnocení dle Beneše je přiložena v přílohách. (Cetlová, 2012)

Riker Sedation-agitation Scale (Riker SAS)

Riker SAS patří mezi první spolehlivé hodnotící škály, které jsou využívány v dnešní intenzivní medicíně. Riker SAS definuje sedm úrovní hloubky sedace od aktivity po neprobuditelný stav nemocného. Škála popisuje chování nemocných v různých úrovních a napomáhá určit míru sedace. Popisuje stupeň, kdy je nemocný neprobuditelný a není u něj žádná odpověď na oslovení nebo fyzické podráždění, reaguje jen na jednoduché příkazy, spolupracuje, je rozrušený, avšak na verbální oslovení se lehce uklidní. Při velkém rozrušení, jsou nutné omezovací prostředky, kdy nemocný ohrožuje sám sebe nebo své okolí. (Šamánková, 2011)

Ramsay Sedation Scale

Ramsay Sedation Scale je škála, která měří hloubku analgosedace, hodnotí úroveň vědomí a chování pacienta, kterému je podána analgosedace. Metoda začíná aktivním pacientem, úzkostným, nespícím, a poté spícím až téměř neprobuditelným pacientem. (Šamánková, 2011)

Vyšetření kmenových reflexů:

Okulocefalický reflex- při tomto vyšetření se hodnotí pohyb očních bulbů při pohybu hlavy do stran a při předklonu a záklonu. Když bulby sledují pohyb hlavy, je zde poškození mezencefalu, neboli středního mozku. (Herle, 2015)

Korneální reflex- hodnotí reakci rohovky na dotyk. Pokud je reflex výbavný, dojde k sevření víček a eklevaci. Při postižení mozkového kmene je nevybavenost reflexů. (Herle, 2015)

Okulokardiální reflex- se provádí při tlaku prstů na oba bulby v zevních koutních, při zavřených očích. Opověď na tento podnět je zpomalení srdečního rytmu o 10- 15 tepů za minutu. Tento reflex vyhasíná při lézi v medulla oblongata (prodloužená mícha), u pacientů se vyšetřuje s EKG monitorací. (Herle, 2015)

1.3 Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou vědomí

Pacienty s poruchou vědomí je nutné hospitalizovat na oddělení intenzivní péče (JIP, ARO) k nepřetržitému monitorování fyziologických funkcí, diagnostiky, prevenci a léčbě multiorgánového selhání. U těchto pacientů je nutná specifická ošetrovatelská péče, aby byly zachovány fyziologické funkce, forma výživy, léčba bolesti, fyzioterapie, komunikace a prevence vzniku komplikací. Zdravotník by měl být trpělivý, empatický a profesionální, aby mohl poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. V léčbě je důležitý multidisciplinární přístup. (Kapounová, 2020)

1.3.1 Zajištění cévního řečiště

Žilní vstupy jsou nezbytnou součástí u hospitalizovaných pacientů. Jsou využívány k aplikaci léků, k výživě, krevním odběrům, pro léčebné a diagnostické výkony a pro monitoraci vitálních funkcí. Žilní vstupy jsou rovněž zapotřebí u nemocných v ambulantní péči, jedná se o onkologické pacienty, kterým je v pravidelných intervalech podávána chemoterapie, u pacientů, kterým je podávána parenterální výživa. (Charvát a kol., 2016)

Krátkodobé cévní vstupy

Krátkodobé žilní vstupy jsou běžně využívány na standardních odděleních, ke standardní aplikaci léků, infuzních přípravků a krevních derivátů. Nejpoužívanějším cévním vstupem je periferní žilní kanyla. (Bartůněk a kol., 2016)

Periferní žilní kanyla je základním zajištěním cévního řečiště pacienta na standardních odděleních, kterou zavádí všeobecná sestra a pacient není indikován k dlouhodobé intravenózní léčbě. Do PŽK je možné podávat léčiva, infuzní přípravky, které nemají vyšší osmolalitu, než je 900 mOsm/l. PŽK lze využít i k podání krevních derivátů a parenterální výživu. K zajištění periferního žilního vstupu se využívají především žíly horních končetin, jako je v. brachialis, v. cephalica, v. mediana cubiti. Žíly na dolních končetinách jsou využívány zřídka, kvůli riziku vzniku trombóz. Nejčastější komplikace zavedení PŽK jsou hematomy, extravazace, nebo flebitidy. PŽK může být zavedena 72h, popřípadě dle výrobce. (Bartůněk a kol., 2016)

Střednědobé cévní vstupy

Střednědobé katétry jsou využívány pro plánování dlouhodobé terapie, zejména u vážně nemocných pacientů, převážně s onkologickou diagnózou. Mezi střednědobé cévní vstupy patří midline a PICC. (Charvát a kol., 2016)

Midline je používán k zajištění cévního vstupu je nutné zvážit výhody a nevýhody jednotlivých katétrů. Zavedení midline je jednodušší a je zde menší riziko komplikací, ovšem jedná se o periferní vstup. Je možné do něj aplikovat léky, infuze a parenterální výživu s pH větším než 5, ale menším než 9, osmolalita nesmí být větší než 800 mOsm/l. Doba zavedení může být 1 - 3 měsíce. V intenzivní péči je vhodný pro méně komplikované stavy pacientů. (Charvát a kol., 2016)

PICC je periferní centrální žilní katétr. Katétr se zavádí pod ultrazvukovou kontrolou do žil na paži, jako jsou v. basilica, v. cephalica a v. brachialis. Konec katétru je umístěn v přechodu horní duté žíly v pravou síň. PICC může být zaveden až 3 měsíce. Nejčastější indikací k zavedení PICC je dlouhodobá terapie, především se jedná o protinádorovou terapii. Komplikací zavedení může být punkce tepny, poranění nervů, infekce nebo trombóza žíly. (Charvát a kol., 2016)

Dlouhodobé cévní vstupy

Dlouhodobé cévní vstupy jsou indikovány u pacientů, kde je nutná dlouhodobá a intenzivní péče. Vhodné jsou pro pacienty, kde je indikovaná kombinace několika léčiv, nebo časté opakované krevní odběry. Mezi dlouhodobé cévní vstupy zahrnujeme centrální žilní katétr, arteriální katétr a intravenózní porty. (Charvát a kol., 2016)

CŽK patří mezi nejčastější zajištění cévního vstupu v intenzivní péči. Tyto katétry jsou využívány pro rychlou dodávku transfuzních derivátů, infuzí, podání léků, parenterální výživy, také pro měření centrálního žilního tlaku. Po zavedení je nutné provést RTG kontrolu pro ověření správnosti zavedení, nebo zda nedošlo ke komplikacím, jako může být pneumothorax, hemothorax, fluidothorax, nebo punkce arterie. CŽK se nejčastěji zavádí do povodí v. jugularis interna, v. subclavia, v. femoralis. (Bartůněk a kol., 2016)

Arteriální kanylace je prováděna nejčastěji z nutnosti kontinuálního monitorování krevního tlaku, nebo pro potřebu častých odběrů arteriální krve. K punkci jsou

nejvhodnější povrchové cévy, které jsou přístupné k palpitaci a možnosti nutné komprese, jedná se o a. radialis, a. brachialis, a. femoralis. Komplikací zavedení arteriálního katétru může být hematoma, trombóza, tromboembolie, nebo infekce. (Bartůněk a kol., 2016)

Intravenózní podkožní porty jsou nejčastěji indikovány u onkologických pacientů kvůli dlouhodobé terapii, ale také u pacientů, kteří potřebují aplikovat léky nepravidelně při neodkladných a život ohrožujících stavech, jako je epilepsie nebo astma bronchiale. K aplikaci do portu je nutné používat pouze jehly k tomu určené, tedy jehly se speciálně zahnutým hrotem- Huberovy jehly. Porty jsou uzpůsobeny na 2000 – 3000 vpichů. Komplikací způsobenou zaváděním vodícího drátu může být hematoma, poranění velkých cév, pneumothorax. (Charvát a kol., 2016)

1.3.2 Zajištění dýchacích cest

Zajištění dýchacích cest je jednou ze základních činností na oddělení intenzivní péče. Pacient většinou není schopen samovolně dýchat, proto je nutné k invazivnímu zajištění dýchacích cest, mezi které patří endotracheální intubace, koniopunkce, koniotomie a tracheostomie. Jedním z důležitých prvků ošetrovatelské péče je dbát o toaletu dýchacích cest a pravidelné odsávání. Všeobecná sestra musí pravidelně sledovat kašel, rytmus a frekvenci dýchání, zhodnotit sputum a rozeznat dýchací šelesty. (Kapounová, 2020)

Dýchání je jedna ze základních životních funkcí. Kyslík je pro lidský organismus nejdůležitější životní funkcí, bez něj přežijeme pouze pár minut. Dyspnoe je subjektivní pocit, pocit nedostatku vzduchu. Tento pocit je schopný pociťovat pouze člověk, který je při vědomí. V případě dušnosti je nutná oxygenoterapie. (Šeblová a kol., 2013)

Endotracheální intubace je jedním z bezpečných způsobů zajištění dýchacích cest, který je používán v intenzivní medicíně. Endotracheální kanyla se zavádí ústy přes hrtan do průdušnice. Kanyla je vyrobena z plastického materiálu, který nedráždí dýchací cesty, distální část je opatřena těsnicí manžetou, která po nafouknutí vzduchem udržuje endotracheální kanylu ve správné pozici. Brání před aspirací a úniku vzduchu u umělé plicní ventilace. (Bartůněk a kol., 2016)

Koniopunkce je výkon, u kterého je vytvořen otvor do hrtanu pomocí jehly s velkým průsvitem, nebo předpřipraveným setem. Jedná se o výkon k urgentnímu zajištění dýchacích cest, při náhlé vzniklé neprůchodnosti dýchacích cest. (Bartůněk a kol., 2016)

Koniotomie je otvor do hrtanu vytvořen naříznutím kůže mezi štítnou a prstencovou chrupavkou. (Bartůněk a kol., 2016)

Tracheostomie je vyústění průdušnice na povrch těla, nejčastějším cílem je zprůchodnění dýchacích cest. Kanyla se zavádí s těsnicí manžetou, která brání dislokaci. V intenzivní péči při nutnosti dlouhodobé umělé plicní ventilace. Tracheostomie má řadu výhod pro nemocného, jako je vyšší komfort, možné přijímání léků, nebo potravy perorální cestou, nebo zkrácení nutnosti UPV. (Bartůněk a kol., 2016)

Toaleta dýchacích cest patří mezi základní činnosti u hospitalizovaných pacientů. Péče o dýchací cesty musí být jemná a pečlivá, protože u mnohých pacientů může způsobovat bolest, dávení, pocit dušení. Tato péče obsahuje péči o dutinu ústní, orofaryngeální, nazofaryngeální prostory a dolní cesty dýchací. U ventilovaných pacientů dochází k vysychání sliznice dutiny ústní, kde se můžou tvořit krusty, které jsou vstupní bránou infekce. K péči o dutinu ústní se využívají roztoky s obsahem chlorhexidinu, které brání i vysychání sliznice. (Bartůněk a kol., 2016)

Odsávání je indikováno u pacientů, kteří nejsou schopni sami spontánně vykašlat sekret z dolních cest dýchacích a mají invazivně zajištěny dýchací cesty. Hlavní indikací k odsávání je kašel s expektorací, pokles SpO₂, městnání sputa v kanyle. U odsávání kontinuálně monitorujeme fyziologické funkce, protože odsávání může způsobit desaturaci, poruchy srdečního rytmu. Výkon je prováděn za aseptických podmínek, aby nedošlo k možné infekci dýchacích cest. Odsávání je indikováno dle potřeb pacienta. (Bartůněk a kol., 2016)

1.3.3 Výživa

Umělá výživa je jediný způsob jak vyživovat pacienty, kteří nejsou schopni sami přijímat potravu perorální cestou. Pacientům, u kterých není možné obnovení perorálního příjmu potravy do tří dnů, se indikuje enterální výživa, pro tuto indikaci je nutný funkční trávicí trakt. Pokud trávicí trakt nemá zachovanou svoji funkci, je pacient indikován k parenterální výživě. (Bartůněk a kol., 2016)

Enterální výživa je indikována pacientům, kteří mají zachovaný funkční trávicí trakt. Hlavní indikací jsou poruchy polykání, stenózy jícnu, trauma, neurologické a onkologické diagnózy pacienta. Výhody enterální výživy jsou stimulace střevní motility a stimulace tvorby hormonů zažívacího traktu. Výživa je podávána nutričními doplňky,

tzv. sipping, který je podávám k běžné potravě jako doplněk stravy. Dále výživovou stomií a nazálními sondami. Enterální výživa je vyvážená, tak aby pokryla nutriční potřebu pacienta, je bezlaktózová, bezlepková a neobsahuje cholesterol. (Bartůněk a kol., 2016)

Nazální sondy se dělí na nazogastrické, nazoduodenální a nazojejunální sondy. Tyto sondy nebrání k perorálnímu příjmu potravy. (Bartůněk a kol., 2016)

Výživné stomie jsou indikovány u pacientů, u kterých je předpokládána dlouhodobá umělá výživa. Stomie se zavádí endoskopicky, tyto stomie nazýváme PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), nebo PEJ (perkutánní endoskopická gastrojejunostomie). (Bartůněk a kol., 2016)

Parenterální výživa je indikována u pacientů ve chvíli, kdy enterální výživa není tolerována pacientem, nebo je kontraindikací. Parenterální výživa má vyvážený hodnoty vody, iontů, stopových prvků a vitaminů. Výživa se podává do žilního systému podle toho je dělená na centrální a periferní. V současnosti je preferována metoda vaků „all-in-one“, které jsou farmaceuticky připravovány. Nejčastější indikací k parenterální výživě jsou traumata, popáleniny, pankreatitidy, střevní záněty. (Křížová a kol., 2014)

1.3.4 Monitorace fyziologických funkcí

Sledování a hodnocení fyziologických funkcí řadíme mezi základní činnosti všeobecné sestry v nemocniční péči. Mezi fyziologické funkce řadíme tělesnou teplotu, tep, dech, krevní tlak. Důležité je pravidelné sledování SpO₂. Celkové hodnoty vypovídají o celkovém zdravotním stavu nemocného a upozorňují zdravotnické personál na možné komplikace pacienta. (Kelnarová a kol., 2016)

Tělesnou teplotou rozumíme výsledek tvorby a výdeje tepla, za který je odpovědný metabolismus lidského těla. Hlavním zdrojem tepla jsou játra a práce svalů, z kterých je teplo rozváděno do chladnějších a vzdálených částí těla pomocí krevního oběhu. Teplo je z těla odváděno prouděním, vyzařováním a odpařováním. Centrum tělesné teploty se nachází v mezimozku. Teplota je obvykle měří neinvazivně na povrchu těla, nejčastěji v axile, konečníku, ústech, pochvě nebo na čele. Tělesnou teplotu ovlivňuje doba měření, věk nemocného, stres a tělesná aktivita. Při zvýšených hodnotách hovoříme o možné infekci v organismu nemocného. Všechny naměřené hodnoty zapisujeme do dokumentace nemocného dle zvyklostí oddělení, jednotlivé hodnoty se teplotní tabulce

spojí a vzniká typická teplotní křivka. Tabulka tělesných teplot je přiložena v přílohách. (Jirkovský a kol., 2012)

Invazivní měření tělesné teploty se provádí pomocí čidla, které je umístěna do tělních dutin. Čidlo bývá napojeno přes PMK a měří tělesnou teplotu v močovém měchýři. Od výsledné teploty se odečítá 0,5 °C. (Kapounová, 2020)

Krevní tlak je dán srdeční činností, odporem cév a množstvím krve. Systolický tlak vzniká vypuzením tepového objemu a působí tlak na stěnu cév, tlak diastolický nejnižší hodnota, která je naměřená během srdeční diastoly. Pokud se zvýší minutový objem, zvýší se i tlak systolický. Krevní tlak kolísá během dne, nejnižší naměříme časně ráno, nejvyšší bývá po probuzení a v odpoledních hodinách. TK, lze měřit invazivně, kdy se do krevního řečiště zavede sonda, která TK, snímá. Přímé měření se využívá zejména v intenzivní péči. Neinvazivní měření se používá nejčastější auskultační metoda za pomoci fonendoskopu a tonometru. Nejvhodnějším místem k měření neinvazivního TK je paže, kdy je nutné zvolit správnou velikost manžety. Tabulka hodnot krevního tlaku je přiložena v přílohách. (Jelínková, 2014)

Pulz je tlaková vlna, která vyvolává vypuzení krve z levé komory do aorty, vzniká nárazem na stěnu tepen. Pulz nejčastěji měříme palpačně na a. radialis, a. femoralis, a. carotis, nebo auskultačně na srdečním hrotu. Tepová frekvence je ovlivněna věkem, aktivitou, stresem nebo krvácením. Tabulka hodnot pulzu je přiložena v přílohách. (Kelnarová a kol., 2016)

Dech je proces, kdy dochází k výměně plynů mezi zevním prostředím a organismem. Dýchání je činnost automatická, snadno ovlivnitelná vůlí a psychickým stavem pacienta. Centrum dýchání je uloženo v prodloužené míše, zajišťuje dechový objem 500ml a frekvenci 16- 20/min u dospělého člověka. Na dechu rozlišujeme čtyři stavy, Normální dýchání- pravidelné, neslyšitelné. Kussmaulovo dýchání- charakteristické hlubokým a zrychleným dýcháním, pravidelné, slyšitelné. Cheynovo- Stokesovo dýchání- charakterizováno postupným střídáním prohloubených a zrychlených dechů až po apnoické pauzy. Biotovo dýchání- jsou hluboké vdechy, ale normální dechová frekvence, které se střídá s apnoickými pauzami. Tabulka hodnot dechu je přiložena v přílohách. (Kelnarová a kol., 2016)

SpO₂ je neinvazivní měření periferní oxygenace. Na intenzivních oddělení je měření SpO₂ jedním ze základních monitorací fyziologických funkcí nemocného. Měření bývá kontinuální za pomoci saturačních čidel. Normální hodnoty jsou 95-100 %, nevýznamný pokles jsou hodnoty 90-94 %, zatímco hodnoty menší než 90 % jsou indikovány k rychlému řešení náhle vzniklé desaturace. Příčinou poklesu může být porucha prokrvení periférií, porucha oxygenace krve. (Dutton a kol., 2018)

1.3.5 Polohování

Uložení nemocného do správné polohy zabraňuje vzniku komplikací, vzniku dekubitů, svalových kontraktur a deformit. V každé poloze musí být nemocný v bezpečí a musí mu být pohodlná. Polohy během dne měníme každé dvě hodiny a v noci po třech hodinách. Polohy volíme podle stavu pacienta. Předcházíme vzniku dekubitů, podkládáme predilekční místa. Ke změně polohy a vypodložení nemocného používáme polohovací pomůcky, polštáře a možnosti polohovacího lůžka. Pokud to stav nemocného umožňuje, volí si polohu sám, podle svého uvážení. Předcházíme vzniku imobilizačního syndromu a vzniku dekubitů. Ke zlepšení kvality života se v intenzivní péči využívá bazální stimulace v podobě jejich oblíbené hudby, nebo fotografií. (Kelnerová a kol., 2016)

Imobilizační syndrom je souhrn poškození, které vznikají na podkladě imobility nemocného. Imobilizační syndrom poškozuje orgány celého těla, ale také psychiku. Patologické změny se začínají vyvíjet během 7. dne upoutání nemocného k lůžku. (Kelnerová a kol., 2016)

Dekubitus je poškození kůže nebo podkožní tkáně, v místě velkého tlaku na kůži, čímž rozumíme predilekční místa. Jako prevenci vzniku dekubitu je nutné odstranit faktory, které se mohou podílet na vzniku dekubitů, pravidelně posuzovat stav kůže pacienta, dodržovat pravidelné intervaly v polohování, suchou pokožku a upravené lůžko pacienta. K posouzení rizik se využívá řada hodnotících škál, nejčastěji se využívá škála dle Nortonové. Při vzniku dekubitu, je nutné zahájit brzkou léčbu a postupně hodnotit stav hojení rány. (Kapounová, 2020)

Bazální stimulace je koncept, který ovlivňuje kvalitu života pacienta. Bazální stimulace se skládá ze tří souborů, jako je vnímání, komunikace, pohyb, které se vzájemně ovlivňují. Při používání bazální stimulace se respektujeme navykklé schopnosti nemocného. Využívá se tzv. biografická anamnéza nemocného, která poukazuje na

informace o předchozím životě nemocného. Pracujeme se zvyklostmi, zájmy, povoláním a rodinou nemocného. Nejdůležitější je dotek, kontakt s rodinou, pravidelné návštěvy, fotografie. Bazální stimulace podporuje vnímání vlastního těla, okolního světa, orientace časem a prostorem. Díky individuálnímu přístupu k nemocnému se zvýší kvalita života pacienta. K zprostředkování bazální stimulace využíváme fotografie rodiny, přátel, aktivit, které nemocný provozoval před nemocí. Pouštíme mu jeho oblíbené seriály a hudbu, předčítáme oblíbené knihy, používáme vlastní ložní prádlo, parfémy, do rukou vkládáme plyšáky. (Vytejková a kol., 2011)

1.3.6 Vyprazdňování moči a stolice

Pravidelné vyprazdňování močového měchýře a tlustého střeva přispívá k udržování zdravotního stavu a je základní fyziologickou potřebou pacientů. Vyprazdňování je vylučování odpadních látek z těla v podobě moče a stolice. Vyprazdňování stolice bývá obvykle 1x – 2x za den, a moče je vyloučeno přibližně 1 – 2l za den. Každodenní záznam do dokumentace moči a stolice je povinností zdravotnického personálu. (Kelnerová a kol., 2016)

Nucení na močení cítíme při náplni cca 150 ml, náplň močového měchýře vyvolá tlak v podbřišku, bolest a neklid. Za fyziologických podmínek je močení částečně ovládáno vůlí a nemocný se vyprazdňuje na WC, podložní míse nebo do močové lahve. Pokud nemocný není schopen mikci ovládat sám, pacientovi je nutné zavést PMK k samovolnému vyprazdňování močového měchýře, který zabraňuje retenci moče. Nutné je dbát na hygienu genitálu a zavedené cévky, a předcházet vniku infekce do močových cest. (Kelnerová a kol., 2016)

Defekace je reflexní dej, který je ovlivňován řadou faktorů, například stravou, pohybovou aktivitou nebo psychickým komfortem pacienta. Frekvence vylučování je individuální, množství a konzistence závisí na množství a druhu sněžené potravy. Mezi nejčastější poruchy defekace patří zácpa (obstipace), průjem (diarrhoe) a neschopnost stolicí udržet (inkontinence), která vzniká při poškození svěračů nebo při neurologických potížích. Nutné je pravidelné vyprazdňování, které vede k vyššímu komfortu pacienta a předchází bolestem břicha a možnému vzniku komplikací. (Kelnarová a kol., 2016)

1.3.7 Hygiena

Hygiena je soubor postupů, které vedou k podpoře a ochraně zdraví. Pravidelným dodržováním hygienických návyků předcházíme vzniku infekcí, HAI infekce a prevence vzniku komplikací. Snažíme se aktivizovat pacienta do jeho osobní hygieny a jeho denních návyků, dle možností jeho zdravotního stavu. Hygienu provádíme dvakrát denně, u nesoběstačných pacientů zajišťuje hygienickou péči zdravotnický personál. Celková hygiena zahrnuje pečlivou péči o genitál, toaletu dutiny ústní, předcházení vysychání sliznice, péči o intubaci, péči o pokožku, nehty, promazávání kůže pacienta, péče o vlasy. Pečlivě omývat vstupy do tělních otvorů, kontrolovat jejich funkčnost a upevnění. Nutné je dbát, aby nemocný neměl vlhkou pokožku, špinavé a mokré ložní a osobní prádlo, které se pravidelně vyměňuje. (Kelnarová a kol., 2015)

1.3.8 Sledování a léčba bolesti

Bolest je nepříjemný subjektivní pocit, který je individuální a nemocnému ho vždy věříme, každý pacient má jiný práh bolesti. Bolest je varovný symptom náhlého poškození organismu, bývá způsobena fyzikálním, chemickým nebo bakteriálním podnětem. Rozlišujeme bolest akutní a chronickou. Akutní bolest trvá krátkou dobu, rychle odezní, má vyšší intenzitu, je lehce lokalizovaná, trvá méně než 6 měsíců. Chronická bolest je trvalá, tupá, trvá déle než 6 měsíců. (Kelnarová a kol., 2016)

Rozlišujeme šest typů bolestí. Bolest somatická je ohraničená, ostrá a vzniká drážděním míšních nervů v oblasti břicha. Viscerální bolest je tupá, nelokalizovatelná. Která vzniká drážděním sympatiku, při rozpětí hladké svaloviny břicha. Kolikovitá bolest je prudká, s narůstající intenzitou, která vzniká spasmem hladké svaloviny v daném orgánu. Zánětlivá bolest je pociťována jako šubání, tepání, je to bolest která je způsobena napínáním v postiženém orgánu. Ischemická bolest vzniká na podkladu hypoxie, např. klaudikační bolest, stenokardie. Fantomová bolest vzniká v místě amputované části těla. (Jirkovský a kol., 2012)

Bolest měříme u lucidních pacientů pomocí VAS, mapy bolesti, u pacientů s poruchou vědomí hodnotíme bolest podle vzestupu fyziologických funkcí. (Kelnarová a kol., 2016)

Léčba se odvíjí podle stupně bolesti. Jako nefarmakologickou léčbu se využívá řada rehabilitačních postupů, např. terapie teplem a chladem, cvičení, hydroterapie, masáže.

Mezi další nefarmakologické léčby řadíme akupunkturu, hypnózu, aromaterapie, muzikoterapie. Farmakologická terapie se rozděluje na tři stupně dle WHO:

- a) Nesteroidní antiflogistika
- b) Slabé opioidní analgetika + neopioindní analgetika
- c) Silné opioidní analgetika + neopioindní analgetika

Pokud bolest neustupuje po použití standardních léčebných postupech, je pacient indikován na specializovanou ambulanci bolesti. (Jirkovský a kol., 2012)

1.4 Komunikace s pacientem s poruchou vědomí

Komunikace ve zdravotnictví je velmi důležitým prvkem. Kvalitní komunikace od zdravotnického personálu zlepšuje trvání a úspěšnost léčby. Od všeobecných sester a lékařů pacient zejména očekává podporu, dostatek informací a empatii. Komunikace je dělena na verbální a neverbální. Verbální projevy od zdravotnického personálu by měly být vlídná slova, empatie a srozumitelné podávání informací. Pacientovi je nutné podávat jednoduché a srozumitelné informace, brát zřetel na sociální prostředí a vzdělání pacienta, podle toho volíme slova, odborné termíny a složitost vět, které pacientovi sdělujeme. Mezi neverbální projevy řadíme úsměv, mimiku, tón komunikace. Při komunikaci je důležitá rovnocennost. Zdravotnický personál by měl vést rozhovor, rozhodovat o obsahu a formě. Sestra automaticky navazuje rozhovor s pacientem při každé činnosti, které u něj vykonává. (Tomová, Křivková, 2016)

Komunikace v intenzivní péči je odlišná od standardních oddělení. V intenzivní péči se setkáváme s pacienty při vědomí, tak i s pacienty s poruchou vědomí a v umělém spánku. Komunikace je na tomto místě zcela zásadní, avšak nelehká. U těchto pacientů postupujeme zcela stejně, jako při komunikaci s lucidním pacientem. Tento druh komunikace nazýváme pasivní komunikace, jedná se o komunikaci bez zpětné vazby, kdy komunikace vychází pouze od sestry. Pacienta oslovujeme, vše důkladně vysvětlujeme, popisujeme jednotlivé činnosti, které provádíme u pacienta a po celou dobu s ním komunikujeme. U pacientů, kteří jsou při vědomí, ale napojeni na UPV, tak že je komunikace těžší, pokládáme otázky tak, aby odpověď od pacienta byla ano/ne a on mohl odpovědět kývnutím hlavy. (Kapounová, 2020)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jak všeobecné sestry pečují o pacienty s poruchou vědomí a jak tuto práci vnímají. Hlavním cílem je zjistit, jak tuto práci vykonávají a vnímají sestry na oddělení NIP.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka č. 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou vědomí?

Otázka č. 2: Jak všeobecné sestry komunikují s pacienty s poruchou vědomí?

Otázka č. 3: Jakým způsobem se všeobecné sestry vyrovnávají s psychicky náročnou péčí o pacienty s poruchou vědomí?

2.3 Metodika výzkumu

K získání dat pro praktickou část této bakalářské práce byl vytvořen rozhovor pro kvalitativní výzkum. Rozhovor byl vytvořen pro všeobecné sestry z oddělení NIP, které pečují o pacienty s poruchou vědomí. Rozhovor obsahoval 18 otázek, šetření probíhalo anonymně. První 4 otázky zjišťovaly základní informace o jednotlivé všeobecné sestře, tj. věk, délka praxe, délka pracovního poměru na daném oddělení. Další otázky byly zaměřeny na specifickou péči o pacienty s poruchou vědomí, náročnost práce, komunikace s těmito pacienty a jak sestry relaxují po náročné službě na tomto oddělení.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumné prostředí

Výzkumného šetření se zúčastnili muži i ženy. Rozhovoru se celkem zúčastnilo 6 zdravotníků z oddělení NIP.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od listopadu 2020 do ledna 2021 v Nemocnici Sv. Zdislavy, Mostiště, kterou schválila hlavní sestra Mgr. Markéta Klímová. Rozhovor probíhal osobně v prostorách nemocnice. Následně byl elektronicky upraven a použit k zhotovení praktické části této bakalářské práce.

2.6 Zpracování výzkumu

V závěrečné části této bakalářské práce byla provedena analýza a interpretace získaných dat z rozhovorů se sestrami. Poté na základě výpovědí bylo zodpovězeno na stanovené výzkumné otázky. Výsledky šetření byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2013 a Microsoft Office Word 2013 do kontingenčních tabulek.

2.7 Analýza dat

1. Kolik je Vám let?

Tabulka 8. Věk respondentů

Respondent	Věk (let)
č. 1	45
č. 2	37
č. 3	49
č. 4	25
č. 5	24
č. 6	31

Zdroj - autorka

Respondenti byli všeobecné sestry pracující v Nemocnici sv. Zdislavy, Mostiště. Věkové rozpětí je 24 - 49 let.

2. Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka 9. Oddělení, kde pracují respondenti

Respondent	Oddělení
č. 1	NIP
č. 2	NIP
č. 3	NIP
č. 4	NIP
č. 5	NIP
č. 6	NIP

Zdroj – autorka

Respondenti jsou všeobecné sestry pracující na oddělení NIP v Nemocnici sv. Zdislavy, Mostiště.

3. Kolik let praxe máte ve zdravotnictví?

Tabulka 10. Praxe ve zdravotnictví

Respondent	Praxe ve zdravotnictví (let)
č. 1	22
č. 2	8
č. 3	23
č. 4	6
č. 5	5
č. 6	7

Zdroj – autorka

Respondenti uvedli, že pracují ve zdravotnictví 7 – 23 let. Z toho vyplývá, že do zdravotnických zařízení nastoupili ihned po dokončení studia a pracují v něm do současnosti.

4. Jak dlouho pracujete na současném oddělení?

Tabulka 11. Praxe na oddělení NIP

Respondent	Praxe na současném oddělení
č. 1	3 roky
č. 2	4 roky
č. 3	10 měsíců
č. 4	2 roky
č. 5	1 rok
č. 6	2 roky 11 měsíců

Zdroj – autorka

Respondenti uvedli, že na vybraném oddělení NIP pracují 10 měsíců až 4 roky.

5. Je na oddělení, kde pracujete mnoho pacientů s poruchou vědomí?

Tabulka 12. Počty pacientů s poruchou vědomí na daném oddělení

Respondent	Pacienti s poruchou vědomí
č. 1	Ano
č. 2	Ano
č. 3	Ano
č. 4	Ano
č. 5	Ano
č. 6	Ano

Zdroj – autorka

Všichni respondenti se shodli, že na oddělení NIP, kde pracují, je převážně víc pacientů s poruchou vědomí, než lucidních pacientů.

Výzkumná otázka 1. - Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou vědomí?

6. Jsou nějaké specifické úkony, které provádíte na Vašem oddělení při práci s pacienty s poruchou vědomí?

Tabulka 13. Specifické úkony na oddělení NIP

Respondent	Specifické úkony
č. 1	Bazální stimulace, odsávání z TSK
č. 2	Bazální stimulace
č. 3	Bazální stimulace, ošetrovatelská rehabilitační péče
č. 4	Bazální stimulace
č. 5	Bazální stimulace
č. 6	Bazální stimulace, RHB

Zdroj – autorka

Respondenti uvedli, že jako specifický úkon na jejich oddělení nejčastěji u pacientů provádí bazální stimulaci. Dále provádí rehabilitaci, a jeden respondent uvedl, že jako specifický úkon provádí pravidelné odsávání z TSK.

7. Na co se při celkové ošetrovatelské péči zaměřujete nejvíce?

Tabulka 14. Zaměření při celkové ošetrovatelské péči

Respondent	Zaměření při ošetrovatelské péči
č. 1	Na všechno
č. 2	Polohování- prevence dekubitů
č. 3	Plnění ordinací lékaře, poskytování bio, psycho, sociálních, spirituální potřeb
č. 4	Na vše
č. 5	Spokojenost pacientů
č. 6	Plnění bio, psycho, sociálních, spirituální potřeb a bazální stimulace

Zdroj – autorka

Dva respondenti uvedli, že se při celkové ošetrovatelské péči zaměřují na vše, nic nenadřazují nad ostatní. Jeden respondent uvedl, že se nejvíce zaměřuje na polohování a prevenci vzniku dekubitů, další respondenti se zaměřují za splnění bio – psycho – sociální - spirituální potřeby, plnění ordinací lékaře, bazální stimulaci. Respondent č. 5 uvedl, že se nejvíce zaměřuje na spokojenost pacientů.

8. Jakým způsobem poskytujete ošetrovatelskou péči o pacienty s poruchou vědomí? (polohování, aktivizace, hodnocení bolesti...)

Tabulka 15. Poskytování ošetrovatelské péče

Respondent	Způsoby poskytování ošetrovatelské péče
č. 1	Polohování- á 2 hodiny, FLACC škála
č. 2	Polohování- přes den á 2 hodiny, přes noc á 3 hodiny. Aktivizace- RHB, bazální stimulace. Hodnocení bolesti- VAS
č. 3	Polohování- polštářky, plyšák. Bazální stimulace- při hygieně, vibrační masáže
č. 4	Polohování á 2 hodiny, RHB
č. 5	Polohování á 2 hodiny, RHB
č. 6	Polohování, aktivizace, bazální stimulace

Zdroj – autorka

Všichni respondenti poskytují ošetrovatelskou péči zejména pravidelným polohováním, přes den po dvou hodinách, přes noc po třech hodinách. Respondenti k polohování i aktivizaci pacientů používají polštáře a plyšové hračky. Využívají rehabilitaci a bazální stimulaci při poskytování ošetrovatelské péče. Respondent č. 1 používá k hodnocení bolesti FLACC škálu, zatímco respondent č. 2 používá VAS škálu.

9. Aktivizujete nějakým způsobem tyto pacienty? (rádio, návštěvy, fotky...)

Tabulka 16. Aktivizace pacientů

Respondent	Aktivizace pacientů
č. 1	Fotky, tablet
č. 2	TV, rádio, fotky, návštěvy
č. 3	Rozhovory s rodinou přes mobil- whatsapp, messenger. Televize, tablet- pouštění filmů přes netflix, fotky, návštěvy. Používání vlastní kosmetiky- parfém
č. 4	TV, mobil, tablet, návštěvy
č. 5	TV, fotky, mobil, tablet, návštěva
č. 6	TV, rádio, návštěvy, fotky, mobil- rozhovory s rodinou přes whatsapp. Používání vlastní kosmetiky- parfémy, sprchové gely

Zdroj – autorka

Většina respondentů umožňuje telefonní rozhovory s rodinou pacienta přes sociální síť (whatsapp, messenger). Umožňují sledování oblíbených filmů a seriálů v televizi, nebo přes internetové prohlížeče na tabletu. Nemocniční pokoj a okolí lůžka nemocného zdobí jeho vzpomínkové fotografie rodiny a přátel. Nemocnice také umožňuje pravidelné návštěvy rodiny a přátel. Pacient může používat vlastní kosmetiku, na kterou je zvyklý (parfémy, sprchové gely...), díky tomu se pacient cítí ve větším komfortu.

Výzkumná otázka 2. - Jak všeobecné sestry komunikují s pacienty s poruchou vědomí?

10. Jak probíhá komunikace s těmito pacienty?

Tabulka 17. Komunikace s pacienty

Respondent	Komunikace s pacienty
č. 1	Pomocí tabulek s písmeny, odezírání
č. 2	Slovně, tabulka s abecedou, odezírání, sledování gest a grimas
č. 3	Mrknutím očí, stisknutí ruky
č. 4	Pomocí písmenkové tabulky a odezírání
č. 5	Pomocí písmen, odezírání
č. 6	Mrknutím očí, stisknutí ruky, tabulka s abecedou

Zdroj – autorka

Respondenti uvedli, že pro komunikaci s pacienty s poruchou vědomí používají převážně tabulky s abecedou, které jsou k tomu určené. Dále komunikují pomocí mimiky, mrknutím očí, stisknutí rukou. S pacienty s lehkou poruchou vědomí komunikují slovně, jednoduchými otázkami.

11. Komunikujete s pacientem během ošetrovatelské péče a výkonů, které u nich provádíte?

Tabulka 18. Komunikace během ošetrovatelské péče

Respondent	Komunikace s pacienty
č. 1	Ano
č. 2	Ano
č. 3	Ano
č. 4	Ano
č. 5	Ano
č. 6	Ano

Zdroj – autorka

Respondenti uvádí, že s pacienty komunikují během celé ošetrovatelské péče a při všech odborných výkonech, i když pacienti mají poruchu vědomí.

12. Vysvětľujete pacientovi vše, tak, jako pacientovi při vědomí?

Tabulka 19. Vysvětlení výkonu

Respondent	Vysvětlení výkonu
č. 1	Ano
č. 2	Ano
č. 3	Ano
č. 4	Ano
č. 5	Ano
č. 6	Ano

Zdroj – autorka

Všichni respondenti uvedli, že pacientům s poruchou vědomí vše důkladně vysvětlují, jako pacientům při vědomí.

13. Jak je podle Vás náročná práce o pacienty s poruchou vědomí?

Tabulka 20. Náročnost práce o pacienty s poruchou vědomí

Respondent	Náročnost práce o pacienty s poruchou vědomí
č. 1	Normálně
č. 2	Velmi
č. 3	Je náročná, často není zpětná vazba od pacienta
č. 4	Velmi
č. 5	Velmi
č. 6	Ano, je velmi náročná

Zdroj – autorka

Čtyři z respondentů uvádí, že práce s pacienty s poruchou vědomí je velmi náročná. Jeden respondent uvedl, že tato práce pro něj náročná je, zejména kvůli tomu, že od pacientů nemá zpětnou vazbu. Pro respondenta č. 1 tato práce není nijak významně náročnější než práce o pacienty při vědomí.

Výzkumná otázka 3. - Jakým způsobem se všeobecné sestry vyrovnávají s psychicky náročnou péčí o pacienty s poruchou vědomí?

14. Je pro Vás tato péče náročnější více fyzicky než psychicky?

Tabulka 21. Fyzická / psychická náročnost

Respondent	Fyzická / psychická náročnost
č. 1	Psychicky
č. 2	Psychicky
č. 3	Psychicky
č. 4	Psychicky
č. 5	Psychicky i fyzicky
č. 6	Psychicky

Zdroj – autorka

Pět respondentů uvedlo, že práce o pacienty s poruchou vědomí je pro ně náročnější psychicky než fyzicky. Jeden respondent uvádí, že tato práce je pro něj stejně náročná psychicky i fyzicky.

15. Jste po pracovní směně unavený / á po psychické nebo fyzické stránce tak, že se to odráží i ve Vašem osobním životě?

Tabulka 22. Odraz náročnosti pracovní směny v osobním životě

Respondent	Odraz náročnosti pracovní směny v osobním životě
č. 1	Neodráží
č. 2	Ano
č. 3	Ne
č. 4	Ano
č. 5	Ano
č. 6	Ano

Zdroj – autorka

Dva respondenti uvedli, že po pracovní směně nejsou unaveni psychicky ani fyzicky natolik, že by se to odrazilo v jejich osobním životě. Avšak čtyři respondenti uvádí, že se jejich únava po pracovní směně odráží v osobním životě.

16. Máte možnost si na Vašem oddělení s někým promluvit o Vaší náročné práci?

Tabulka 23. Možnosti rozhovoru o náročné práci

Respondent	Možnosti rozhovoru o náročné práci
č. 1	Ano, s kolegyněmi
č. 2	Ano
č. 3	Ano, s kolegyněmi
č. 4	Ano, s kolegy
č. 5	Ano, s kolegy
č. 6	Ano

Zdroj – autorka

Všichni respondenti uvádí, že mají možnost si na jejich oddělení promluvit o náročnosti jejich práce. Jako možnost rozhovoru využívají převážně komunikaci mezi kolegy / kolegyněmi.

17. Provozujete nějaké relaxační techniky?

Tabulka 24. Relaxační techniky

Respondent	Relaxační techniky
č. 1	Ne
č. 2	Ne
č. 3	Ano
č. 4	Ano
č. 5	Ano
č. 6	Ano

Zdroj – autorka

Dva respondenti uvedli, že neprovozují žádné relaxační techniky po náročné pracovní směně. Čtyři respondenti uvádí, že relaxační techniky provozují.

18. Máte nějaké své rituály, které Vám pomáhají při relaxaci? Jaké?

Tabulka 25. Rituály při relaxaci

Respondent	Rituály při relaxaci
č. 1	Nemám
č. 2	Ne
č. 3	Posezení u kávy v klidu
č. 4	Hudba, přátelé a alkohol, meditace
č. 5	Odpočinek, přátelé, alkohol, hudba, výlety
č. 6	Čas s rodinou

Zdroj – autorka

Respondenti č. 1 a č. 2 nemají žádné osobní rituály pro jejich relaxaci. Jeden z respondentů v rozhovoru uvádí, že jako osobní rituál pro jeho relaxaci, je klidné posezení u kávy. Dalším dvěma respondentům pomáhá na odreagování čas strávený s přáteli, popíjení alkoholu nebo poslouchání muziky. Respondent č. 4 medituje, a respondent č. 5 jezdí na časté výlety, nebo odpočívá v klidném prostředí. Respondent č. 6 nejraději tráví čas s rodinou.

3 Diskuze

Tématem této bakalářské práce je „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou vědomí“. Cílem bakalářské práce je „Zjistit, jak všeobecné sestry pečují o pacienty s poruchou vědomí a jak tuto práci vnímají“. Stanovili jsme si tři výzkumné otázky, které jsou: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou vědomí? Jak všeobecné sestry komunikují s pacienty s poruchou vědomí? Jakým způsobem se všeobecné sestry vyrovnávají s psychicky náročnou péčí o pacienty s poruchou vědomí? V diskuzi rozebíráme jednotlivé výzkumné otázky zvlášť. Výzkum probíhal za pomoci strukturovaných rozhovorů se šesti všeobecnými sestrami, které se starají o pacienty s poruchami vědomí.

V první části výzkumu popisujeme základní informace o respondentech, jejich věk, oddělení, kde pracují, kolik let praxe mají ve zdravotnictví a jak dlouho pracují na současném oddělení, zda se na oddělení, kde pracují, nachází mnoho pacientů s poruchou vědomí. Respondenti jsou ve věkovém rozmezí 24 – 49 let. Všichni pracují na oddělení NIP, kde pracují v rozmezí 10 měsíců – 4 let. Respondenti mají praxi ve zdravotnictví v rozmezí 6 – 23 let. Všichni respondenti uvedli, že se na oddělení, kde pracují, je mnoho pacientů s poruchou vědomí.

Výzkumná otázka 1. - Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty s poruchou vědomí?

K první výzkumné otázce se vztahují čtyři otázky ze strukturovaného rozhovoru. V rozhovorech všichni respondenti uvedli, že hlavním specifickým úkonem, který provádí u pacientů s poruchou vědomí na jejich oddělení je bazální stimulace. Dále uvedli, že kladou důraz na pravidelné odsávání z TSK, nebo ošetrovatelskou rehabilitaci. Dva respondenti uvedli, že při celkové ošetrovatelské péči žádný úkon nenadřazují nad jiné a zaměřují se na vše potřebné stejně. Jeden z respondentů uvádí, že se nejvíce zaměřuje na polohování pacientů a prevenci pro riziko vzniku dekubitů. Další z respondentů uvedl, že jeho hlavní zaměření je na spokojenosti pacientů. Dva respondenti uvedli, že se nejvíce zaměřují na poskytování bio, psycho, sociálních, spirituálních potřeb pacienta, na plnění ordinací lékaře a bazální stimulaci. Zcela všichni respondenti uvedli, že hlavním způsobem, jak poskytují ošetrovatelskou péči, je pravidelné polohování pacientů, přes den po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách.

K polohování využívají polohovací pomůcky k tomu určené, dále různé typy polštářů a plyšáky pro zpříjemnění pobytu pacientům.

Všeobecné sestry aktivizují pacienty pomocí pravidelné rehabilitace nebo bazální stimulace. Hodnocení bolesti zajišťují díky škálám, které jsou k tomu určené, např. FLACC, VAS a posléze tyto škály vyhodnotí a zaznamenají do dokumentace.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že aktivizují pacienty pomocí jejich osobních fotek, pouštěním oblíbených filmů a seriálu na tabletu a TV, používání vlastní kosmetiky pro příjemnější pobyt v nemocničním prostředí. Umožňují rozhovory s rodinou a přáteli pomocí sociálních sítí, jako je messenger a whatsapp. Návštěva rodiny a blízkých přátel je povolena a jsou velkým přínosem pro aktivizaci pacientů. Toto zjištění je ve shodě se Sklenářovou (2013), která z dotazníkového šetření zjistila, že velká část respondentů poskytuje podílení rodiny na aktivizaci pacientů.

Výzkumná otázka 2. - Jak všeobecné sestry komunikují s pacienty s poruchou vědomí?

Pět respondentů uvedlo, že při komunikaci s pacienty, kteří trpí poruchou vědomí, využívají tabulky s abecedou pro jednodušší komunikaci. Toto zjištění je ve shodě se Švecovou (2018). Dále jako formu komunikace využívají odezírání, mrknutí očí, stisknutí ruky a sledování grimas a gest pacienta. Všichni respondenti uvádí, že s pacientem, který má poruchu vědomí, komunikují během celé ošetrovatelské péče a u všech výkonů, jež u něj provádí. Tomuto pacientovi vše zřetelně vysvětlují, tak, jako pacientovi při vědomí. Jeden respondent uvedl, že práce o tyto pacienty není nijak zvlášť náročná jako o pacienty, kteří nemají poruchu vědomí. Zatímco čtyři respondenti uvedli, že práce o tyto pacienty je pro ně velmi náročná, jeden respondent uvedl, že práce s těmito pacienty je náročná zejména, protože nemají zpětnou vazbu přímo od pacienta.

Výzkumná otázka 3. - Jakým způsobem se všeobecné sestry vyrovnávají s psychicky náročnou péčí o pacienty s poruchou vědomí?

V této výzkumné otázce se zabýváme psychickou zátěží, která při péči o pacienty s poruchou vědomí je velmi vysoká. Pět respondentů uvádí, že pracovat s pacienty, kteří trpí poruchou vědomí je pro ně víc psychicky náročnější, než fyzicky. Jeden z respondentů uvedl, že tato práce je pro ně psychicky i fyzicky stejně náročná, jako o pacienty bez poruch vědomí. Dva z respondentů uvedli, že po pracovní směně nejsou

unaveni po psychické ani fyzické stránce natolik, že by se to odráželo v jejich osobním životě. Avšak zbývajících čtyři respondenti jsou unaveni natolik, že se jejich únava odráží v jejich osobním životě. Velká únava postihuje většinu zdravotnického personálu, toto je ve shodě s Kokorudz (2020). Zcela všichni respondenti uvedli, že na jejich oddělení mají možnost si promluvit o náročnosti jejich práce, zejména s kolegy. Kvůli náročnosti jejich povolání čtyři z šesti respondentů uvedli, že provozují nějaké relaxační techniky, pro lehčí vyrovnání s jejich stresem z pracovní směny. Jako své osobní rituály, které jim pomáhají, řadí zejména odpočinek, čas strávený s rodinou, nebo přáteli, hudbu, posezení u kávy, nebo alkoholu. Častým odreagováním pro respondenty je i meditace, nebo výlety.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Při výzkumu, během kterého jsem mluvila s všeobecnými sestrami, které mají dlouholetou praxi ve zdravotnictví, jsem došla k závěru, že ošetrovatelská péče o pacienty s poruchou vědomí je psychicky víc náročná, než fyzická zátěž. Většina všeobecných sester věnuje péči o pacienty velké úsilí a spoustu času. Mnohdy se jejich psychické i fyzické vyčerpání odráží v osobním životě a může vznikat syndrom vyhoření, který je u zdravotnických pracovníků velmi častý. Podle mého názoru by zdravotničtí pracovníci měli pravidelně využívat relaxační služby, které jim pomůžou se uvolnit od celodenního napětí a vysokého stresu, kterému jsou vystaveni téměř při každé pracovní směně. Což vyplývá i z mého strukturovaného rozhovoru, kterého se zúčastnili. Vzhledem k vysokému počtu všeobecných sester, kterým se psychická zátěž odráží do soukromého života, bych navrhovala, aby se na oddělení, kde je vysoká psychická zátěž, zúčastnili semináře o psychickém vypořádání. Popřípadě při neuspokojivém výsledku jim byla nabídnuta psychologická podpora. Nutné je, aby jim bylo dostatečně vysvětleno, že se jedná jen o preventivní schůzky a pomoc předcházet rozvoje syndromu vyhoření. Zdravotničtí pracovníci by návštěvu psychologa neměli brát jako psychologickou terapii, ale pouhou prevencí, která jim prodlouží vykonávat jejich oblíbenou práci s chutí.

Z odpovědí respondentů také vyplývá, že důležitost komunikace s pacienty s poruchou vědomí je stále velmi nutná a aktivní. Pravidelná a řádná komunikace a detailní vysvětlování výkonu, které se u pacienta provádí je bez rozdílu důležitá, jako u pacientů při vědomí. Podle hloubky a rozsahu poruchy vědomí není zcela možné říct, že tito pacienti nevnímají okolní svět. Proto je zde na místě zachovat profesionalitu a empatii. Navrhovala bych, aby se zdravotničtí pracovníci zúčastnili semináře o poruchách vědomí a komunikace s těmito pacienty. Tyto semináře nabízí většina velkých nemocnic pro své zaměstnance. Poruchy vědomí a vnímání těchto pacientů je téma, které je velmi diskutabilní a je bez dostatečného množství podložených důkazů. Velkou výhodou by bylo, kdyby zdravotničtí pracovníci mohli absolvovat seminář od člověka, který poruchu vědomí měl a mohl by říct své zkušenosti a poznatky z tohoto těžkého životního období. Tito lidé by se měli podílet na výzkumu, který se zabývá touto problematikou, a tak se pokusit objasnit dlouho diskutované otázky o tom, zda pacienti s poruchou vědomí vnímají okolní svět nebo ne.

Závěr

Tématem této bakalářské práce je „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou vědomí“. Toto téma je velmi zajímavé vzhledem k tomu, že populace dostává málo informací ohledně prognózy, různým možnostem léčby a bojí se, že je tento stav nezvratný. V bakalářské práci jsme chtěli poukázat na náročnost této práce, a jak ošetrovatelskou péči o tyto pacienty vnímají všeobecné sestry. Pro výzkumnou část jsme zvolili strukturovaný rozhovor, který se skládal z 18 otázek, na který odpovídali všeobecné sestry z oddělení NIP.

V první výzkumné otázce se zabýváme specifiky ošetrovatelské péče u pacientů s poruchou vědomí. Dle respondentů péče o tyto pacienty sebou nese jisté specifické úkony při každé činnosti. Zejména je důležité dbát na prevenci vzniku dekubitů a pravidelnou a profesionální rehabilitaci. Důležitým prvkem je plnění bio, psycho, sociálních, spirituálních potřeb, bazální stimulace a neopomíjet, že hlavní je spokojenost pacientů.

V druhé výzkumné otázce poukazujeme na důležitost komunikace s pacienty s poruchou vědomí. Ačkoli se někdy může zdát, že mluvíme „naprázdno“ je důležité si připomínat, že tomu tak není. My nevíme, zda nás pacient slyší, nebo ne. Klidný a upřímný hlas vysvětlující výkony, které momentálně provádí u daného pacienta, může pacienta uvolnit a uklidnit. Respondenti uvádí, že s pacienty komunikují pravidelně při každém výkonu, který u něj provádí. Vše řádně vysvětlují, jako pacientovi při vědomí. Tímto se potvrzuje, že dobré komunikační schopnosti jsou jednou z předností profesionálních všeobecných sester.

V poslední výzkumné otázce se věnujeme psychické náročnosti této práce, a jakými způsoby se s tímto všeobecné sestry vyrovnávají. Všichni respondenti uvádí, že psychická zátěž je větší, protože nemají zpětnou vazbu od pacientů. Každý z respondentů má své způsoby, které mu pomáhají se vyrovnat s psychickou zátěží, kterou prožívají během pracovních směn v nemocnicích. Respondenti nejvíce uvádí, že jim pomáhá klidné posezení u kávy, nebo sklenky alkoholu s přáteli a rodinou. Respondenti také uvádí, že využívají meditaci jako možnost relaxace. Pravidelný a dostatečný odpočinek je velmi důležitý pro každého člověka a správnou funkci celého těla.

Seznam použité literatury

AMBLER, Zdeněk. Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]. 7. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.

AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNÁŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. Klinická neurologie. Vyd. 2. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-157-4

BARTŮŇEK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-43

CETLOVÁ, Lada, Lenka DRAHOŠOVÁ a Irena TOČÍKOVÁ. Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2012. ISBN 978-80-87035-45-0.

DUTTON, Helen; FINCH, Jacqui (ed.). Acute and critical care nursing at a glance. John Wiley & Sons, 2018. ISBN 978-11-188-1517-5

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

HERLE, Petr, ed. Diferenciální diagnostika v neurologii. Praha: Raabe, 2015. Diferenciální diagnostika. ISBN 978-80-7496-171-7.

CHARVÁT, Jiří. Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5621-9.

JELÍNKOVÁ, Ilona. Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5093-4.

JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ. Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. ISBN 978-80-87347-13-3.

KAŇOVSKÝ, Petr a Andrea BÁRTKOVÁ. Obecná neurologie a vyšetřovací metody v neurologii. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5488-7.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6

KELNAROVÁ, Jarmila, Martina CAHOVÁ, Iva KŘEŠŤANOVÁ, Marcela KŘIVÁKOVÁ, Zdeňka KOVÁŘOVÁ a Dana HAUSEROVÁ. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4.

KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ, et al. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5331-7.

KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ, et al. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5330-0.

KOKORUDZ, Mariana. Fyzická a psychická zátěž sester pracujících v intenzivní péči [online]. Brno, 2020 [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ma2tr/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marta ŠENKYŘÍKOVÁ.

KŘÍŽOVÁ, Jarmila, Jaromír KŘEMEN, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA. Enterální a parenterální výživa. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019. Aeskulap. ISBN 978-80-204-5009-8.

MADARÁSZ, Štefan, Imrich ANDRÁSI a Marián ŠANTA. Neurológia pre zdravotnícke nelekárske odbory. Brno: Tribun EU, 2018. Librix.eu. ISBN 978-80-263-1425-7.

MÁLEK, Jiří a Jiří KNOR. Lékařská první pomoc v urgentních stavech. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0590-8.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

SKLENÁŘOVÁ, Pavla. Specifika dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče u pacienta s poruchou vědomí [online]. Brno, 2013 [cit. 2021-03-12]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/n0k2g/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Miroslava Kyasová.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠVECOVÁ, Lenka. Komunikace u pacienta v intenzivní péči [online]. Brno, 2018 [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ap1sz/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Natália BEHARKOVÁ.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. Velký lékařský slovník. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.

VYTEJČKOVÁ, Renata. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0282-2.

Seznam příloh

Příloha A	Glasgow Coma Scale
Příloha B	Glasgow Outcome Scale
Příloha C	Hodnocení dle Beneše
Příloha D	Hodnoty tělesné teploty
Příloha E	Hodnoty krevního tlaku
Příloha F	Hodnoty pulzu
Příloha G	Hodnoty dechu
Příloha H	Rozhovor