

Vnímání péče o apalického pacienta pohledem všeobecné sestry

Barbora Balůsková

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Barbora Balůsková
Osobní číslo:	H21306
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Vnímání péče o apalického pacienta pohledem všeobecné sestry

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti vnímání péče o apalického pacienta pohledem všeobecné sestry.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovorů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BARTOŠ, Aleš; BAKALÁŘ, Bohumil a ČECH, Pavel. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2922-3.
BARTŮNĚK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana; HECZKOVÁ, Jana a NALOS, Daniel. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.
HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. vyd. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.
KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.
ŠPILÁČKOVÁ, Marie a MICHNÍKOVÁ, Uršula. Integrated Care for People with Apallic Syndrome in Homes for People with Disabilities in the Czech Republic. Online. *Kontakt*. 2018, vol. 20, no. 1, s. 92-101. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.11.003>. [cit. 2024-10-25].

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na vnímání péče o apalického pacienta pohledem všeobecné sestry. Cílem práce bylo analyzovat, jak sestry vnímají psychickou a fyzickou náročnost ošetrovatelské péče o tyto pacienty a jaký význam přikládají spolupráci s rodinou. Teoretická část shrnuje základní informace o apalickém syndromu a přibližuje vybrané aspekty ošetrovatelské péče, včetně její náročnosti a etických souvislostí. Praktická část vychází z kvalitativního výzkumu realizovaného prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami. Data byla zpracována dílčími postupy inspirovanými metodikou zakotvené teorie. Výsledky ukazují, že sestry vnímají ošetrovatelskou péči jako náročnou po fyzické i psychické stránce a že spolupráce s rodinou pacienta může přispět ke zvýšení kvality poskytované péče.

Klíčová slova: apalický syndrom, vegetativní stav, pacient, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra, psychická náročnost, fyzická náročnost, spolupráce s rodinou

ABSTRACT

This bachelor's thesis focuses on the perception of care for an apalic patient from the perspective of a general nurse. The aim of the thesis was to analyze how nurses perceive the psychological and physical demands of nursing care for these patients and what importance they attach to cooperation with the family. The theoretical part summarizes basic information about apalic syndrome and presents selected aspects of nursing care, including its demands and ethical implications. The practical part is based on qualitative research conducted through semi-structured interviews with general nurses. The data were processed using partial procedures inspired by grounded theory methodology. The results show that nurses perceive nursing care as physically and psychologically demanding and that cooperation with the patient's family can contribute to increasing the quality of care provided.

Keywords: apalic syndrome, vegetative state, patient, nursing care, general nurse, psychological demands, physical demands, cooperation with the family

Ráda bych poděkovala Mgr. Jitce Hůskové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a čas, který mi věnovala při zpracovávání mé bakalářské práce. Dále děkuji všem participantům, kteří se podíleli na výzkumu. Na závěr bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu, kterou mi poskytovali během celého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 APALICKÝ SYNDROM	13
1.1 HISTORIE APALICKÉHO SYNDROMU	13
1.2 DEFINICE APALICKÉHO SYNDROMU	13
1.3 PŘÍČINY VZNIKU APALICKÉHO SYNDROMU	14
1.4 KLINICKÉ PROJEVY U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM.....	14
1.5 DIAGNOSTIKA APALICKÉHO SYNDROMU.....	15
1.5.1 Neurologické vyšetření	15
1.5.2 Zobrazovací metody	15
1.6 LÉKAŘSKÁ A PALIATIVNÍ PÉČE U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM.....	16
1.6.1 Problematika léčby bolesti	17
1.7 KOMPLIKACE U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM	18
1.8 PROGNOZA U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM	19
1.9 ETICKÝ POHLED NA PÉČI U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM	20
1.10 PSYCHICKÁ ODOLNOST A PROFESNÍ ODPOVĚDNOST VŠEOBECNÉ SESTRY.....	21
1.11 FYZICKÁ NÁROČNOST PRÁCE VŠEOBECNÝCH SESTER	22
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S APALICKÝM SYNDROMEM.....	24
2.1 HYGIENICKÁ PÉČE O PACIENTY S APALICKÝM SYNDROMEM.....	24
2.2 PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM.....	25
2.2.1 Polohování.....	26
2.3 PÉČE O VÝŽIVU A HYDRATACI U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM.....	27
2.3.1 Enterální výživa	27
2.3.2 Podávání léků	27
2.4 PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM	28
2.4.1 Vyprazdňování moče	29
2.4.2 Vyprazdňování stolice.....	29
2.5 PÉČE O DÝCHACÍ CESTY U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM	30
2.5.1 Tracheostomie	30
2.5.2 Odsávání z dýchacích cest	31
2.5.3 Oxygenoterapie	31
2.5.4 Inhalační terapie	31
2.6 PÉČE O INVAZIVNÍ VSTUPY U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM.....	32
2.7 KOMUNIKACE.....	32
2.7.1 Specifika komunikace při péči o pacienty s apalickým syndromem	32

2.7.2	Komunikace s rodinou pacienta s apalickým syndromem	33
2.8	BAZÁLNÍ STIMULACE U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM	34
2.8.1	Typy bazální stimulace.....	35
2.8.2	Desatero bazální stimulace	36
2.9	REHABILITAČNÍ PÉČE U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM	37
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
3	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	40
3.1	VÝZKUMNÝ CÍL	40
3.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	40
3.3	VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA.....	41
3.4	METODA ANALÝZY DAT	41
3.5	VOLBA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A JEHO CHARAKTERISTIKA	41
3.6	REALIZACE VÝZKUMU	42
4	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	45
4.1	OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ.....	45
4.1.1	Kategorie č. 1 Vnímání kvality života u pacientů s apalickým syndromem	45
4.1.2	Kategorie č. 2: Vnímání smyslu ošetrovatelské péče.....	47
4.1.3	Kategorie č. 3: Komunikace s pacientem a hodnocení jeho potřeb	49
4.1.4	Kategorie č. 4: Bazální stimulace.....	52
4.1.5	Kategorie č. 5: Role rodiny v ošetrovatelské péči	54
4.1.6	Kategorie č. 6: Psychická náročnost ošetrovatelské péče	58
4.1.7	Kategorie č. 7: Fyzická náročnost ošetrovatelské péče	60
4.2	PARADIGMATICKÝ MODEL.....	63
5	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE.....	66
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	69
	ZÁVĚR.....	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ	77
	SEZNAM TABULEK.....	78
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	79
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na vnímání péče o apalického pacienta pohledem všeobecné sestry. Apalický syndrom představuje závažné neurologické onemocnění, které je charakterizováno těžkým narušením vědomí při současném zachování základních vegetativních funkcí. V důsledku pokroku v oblasti intenzivní medicíny a resuscitační péče dochází ke zvyšujícímu se počtu pacientů, kteří přežívají akutní poškození mozku, avšak nadále setrvávají ve vegetativním stavu. S tím zároveň roste potřeba zajištění kvalitní, dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Přestože odborná literatura nabízí dostatek informací o apalickém syndromu z medicínského hlediska, osobní pohled všeobecných sester, které tuto péči každodenně vykonávají, bývá často opomíjen. Téma bylo vybráno za účelem hlubšího porozumění náročnosti ošetrovatelské péče v této oblasti.

Tito pacienti jsou zcela odkázáni na pomoc druhé osoby, jsou imobilní, nesoběstační, inkontinentní a neschopní komunikace. Ošetrovatelská péče je proto velmi komplexní a zahrnuje spolupráci s rodinnými příslušníky.

Cílem této bakalářské práce je proto zjistit a popsat, jak všeobecné sestry vnímají náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem. Dílčí cíle se zaměřují na zjištění, jak sestry vnímají psychickou a fyzickou náročnost ošetrovatelské péče a jaký význam přikládají spolupráci s rodinou pacienta.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Teoretická část se věnuje historii, definici, příčinám vzniku, klinickým projevům, diagnostice, lékařské a paliativní péči, komplikacím, prognóze, etickému pohledu, psychické odolnosti a profesní odpovědnosti všeobecných sester, fyzické náročnosti a následně specifickým ošetrovatelské péče. Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum realizovaný prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se šesti všeobecnými sestrami. Výsledky byly analyzovány pomocí otevřeného a axiálního kódování, inspirovaného dílčími postupy metodiky zakotvené teorie.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 APALICKÝ SYNDROM

1.1 Historie apalického syndromu

První zmínění o apalickém syndromu představil v roce 1899 Rosenblatt, ačkoli tehdy tento termín ještě neuvedl. Rosenblatt detailně zaznamenal průběh onemocnění a patologický nález u patnáctiletého provazolezce A. Geisslera, který se zřítíl se svým otcem ze čtyřmetrové výšky při provazolezeckém vystoupení. Geissler žil 245 dní, než podlehl sekundárním komplikacím. Rosenblatt označil tento stav jako „pozoruhodný případ otřesu mozku“ (Doležil a Carbolová, 2007).

Termín apalický syndrom byl poprvé použit až v roce 1940 Ketschmerem, který zároveň podal i klasický popis klinického obrazu tohoto onemocnění. Uvedl ho u pacienta s diagnózou panencephalitis subacuta a ve stejném roce také u pacienta po mozkové kontuzi a fraktuře baze lební. Ketschmer již tehdy upozorňoval na možnost různorodé etiologie syndromu a jako jeho hlavní znak označil coma vigile. Podrobný popis apalického syndromu poskytl v roce 1967 Gerstenbrand (Doležil a Carbolová, 2007).

1.2 Definice apalického syndromu

Pojem apalický syndrom je odvozen z latinského slova *apallium*, což znamená bez mozkové kůry (Bartoš et al., 2015).

Apalický syndrom představuje soubor příznaků způsobený funkčním selháním mozkové kůry, přičemž autonomní funkce zajišťované mozkovým kmenem a hypothalamem zůstávají plně či částečně zachovány. Řadí se mezi decerebrační syndromy (Ach-Hübner, 2017).

Dle Bužgové a Kozákové (2020, s. 104) se jedná o „*klinický stav kompletní poruchy uvědomování si sebe sama a svého okolí doprovázený cyklem spánek-bdění a zachovalou kompletní, popřípadě parciální autonomní funkcí diencefala a mozkového kmene.*“

V literatuře se lze setkat i s termínem vegetativní stav, který se rozlišuje na perzistentní vegetativní stav a permanentní vegetativní stav (Kapounová, 2020). Perzistentní vegetativní stav trvá déle než jeden měsíc po akutním traumatickém nebo netraumatickém poškození mozku a je u něj možný návrat některých funkcí. Jako permanentní vegetativní stav označujeme stav, kdy vegetativní fáze přetrvává bez známek reversibility déle než tři měsíce od vzniku netraumatického poškození mozku, nebo dvanáct a více měsíců po vzniku

traumatického poškození mozku, přičemž uzdravení je považováno za velmi nepravděpodobné až nemožné (Doležil a Carbolová, 2007).

Pacienti s apalickým syndromem nejsou považováni za nevyléčitelně nemocné či za osoby ve stadiu mozkové smrti, ale spadají do kategorie závažně nemocných nebo těžce zdravotně postižených (Lippertová-Grünerová, 2013).

1.3 Příčiny vzniku apalického syndromu

Ve většině případů je apalický syndrom důsledkem kraniotraumatického poranění nebo hypoxicko-anoxického poškození mozku, což jsou situace, kdy dojde k zástavě oběhu, ale pacient je úspěšně resuscitován. Méně často může být příčinou cévní mozková příhoda, infekce, nebo toxické poškození centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Ačkoli se jedná o akutní příčiny, apalický syndrom může také vzniknout postupně v důsledku graduálního poklesu funkce CNS, což bývá typické pro neurodegenerativní onemocnění, např. Alzheimerova nemoc (Bužgová a Kozáková, 2020).

1.4 Klinické projevy u pacientů s apalickým syndromem

Charakteristickým znakem apalického syndromu je coma vigile. Pacient má otevřené oči upřené do prázdna, aniž by cokoli v okolí fixovaly. Dochází k narušení přirozeného rytmu spánku a bdění, přičemž fáze spánku trvá pouze pár minut. Trpí inkontinencí moče a stolice. Reakce na podněty z okolí probíhá prostřednictvím nekoordinovaných pohybů trupu a všech končetin, přičemž na slabší podněty reagují pouze horní končetiny. Abnormální poloha končetin je charakterizována flexí horních i dolních končetin. Svaly hlavy a trupu vykazují zvýšený tonus, zatímco hlava může být výrazně flektována a nakloněná na jednu stranu. Zvýšený svalový tonus se projevuje spasticitou. Orální automatismy se projevují reakcí na podnět v oblasti úst, kdy dochází k otevírání úst, mlaskání, polykání naprázdno nebo přidržování předmětu zuby. Může následovat sací reflex či bruxismus (Kapounová, 2020). Na oslovení ani dotyk nereaguje, na bolestivé podněty reaguje pouze obrannými záškuby. Nepoznává své blízké a neprojevuje žádné emoční reakce na jejich přítomnost. Vegetativní funkce jako oběh a dýchání jsou zachovány. Vyskytují se změny ve velikosti zornic, tělesné teplotě, srdeční aktivitě a dalších autonomních funkcích. Při regresi klinického stavu mohou být reziduální trvalé následky charakterizovány psychickými změnami, spasticitou, extrapyramidovou symptomatikou nebo mozečkovou ataxií (Kaňovský a Bártková, 2020).

1.5 Diagnostika apalického syndromu

Určení diagnózy apalického syndromu je komplikované, protože dosud neexistuje žádná specifická diagnostická metoda, která by tento stav jednoznačně potvrdila (Bužgová a Kozáková, 2020). Přes veškerou snahu použití moderní diagnostické techniky je chybné posouzení těchto pacientů možné a poměrně časté (Lippertová-Grünerová, 2013). Dle Koukolíka (2024) dosahuje v některých studiích podíl mylně stanovených diagnóz až 40 %. Nesprávné stanovení diagnózy u těchto pacientů může vést k řadě negativních důsledků, které se promítají do každodenní ošetrovatelské péče, přístupu ke zdravotní péči a dopadu na kvalitu života pacienta a jeho rodiny (Bužgová a Kozáková, 2020).

Diagnostika může být zahájena až po vyloučení účinků anestetik a analgosedace, které jsou běžně podávány pacientům v intenzivní péči. Dále je nutné vyloučit závažné metabolické odchylky, jako je uremický syndrom nebo jaterní encefalopatie (Bužgová a Kozáková, 2020).

1.5.1 Neurologické vyšetření

V případě potřeby je nutné zajistit průchodnost dýchacích cest a stabilizovat oběhový systém pacienta. Následně se hodnotí stav vitálních funkcí, odebírá se anamnéza z místa nálezu a provádí se celkové somatické a neurologické vyšetření. Hloubka poruchy vědomí je posuzována při neurologickém vyšetření, v rámci kterého se hodnotí stav vědomí pomocí Glasgowské škály, která se zaměřuje na kmenové reflexy, oční symptomy, motoriku a dýchání (Bartůněk et al., 2016).

1.5.2 Zobrazovací metody

Zobrazovací metody jako pozitronová emisní tomografie (dále jen PET), funkční magnetická rezonance (dále jen fMRI) a elektroencefalopatie (dále jen EEG) se v posledních letech využívají k hodnocení reziduálních mozkových funkcí u pacientů ve vegetativním stavu (Bužgová a Kozáková, 2020).

PET vyšetření odhalilo až 50 % snížení mozkového metabolismu spolu s poklesem klidové aktivity neuronů. Zajímavostí však je, že u některých pacientů, kteří se z vegetativního stavu zotavili, byla cerebrální metabolická spotřeba glukózy (CMRglu) srovnatelná s hodnotami zdravých osob. Z metabolického a funkčního hlediska není pro vegetativní stav určující úplná absence mozkové aktivity, ale spíše porucha metabolické

funkce asociačních center mozkové kůry, především mediálních a laterálních oblastí prefrontálního kortexu a parietálního laloku (Bužgová a Kozáková, 2020).

fMRI může zobjektizovat různé specifické fyziologické reakce, které jsou spojeny s určitými kognitivními procesy, i když pacient neprojevuje žádné zjevné odpovědi. Reakce se na fMRI projeví změnou mozkové hemodynamiky. Jsou testovány např. odpovědi pacienta na zvuky a fotografie, avšak nelze s jistotou říct, do jaké míry je reakce uvědomělá (Augustini a Gabrhelík, 2012).

Záznam EEG u pacientů ve vegetativním stavu vykazuje celkové zpomalení elektrické aktivity mozku. U většiny pacientů lze detekovat somatosenzorické evokované potenciály, což naznačuje zachovalou funkci senzomotorického kortexu a rovněž jsou přítomny i kmenové sluchové evokované potenciály (Bužgová a Kozáková, 2020).

1.6 Lékařská a paliativní péče u pacientů s apalickým syndromem

Lékařská péče u pacientů s těžkým neurologickým postižením je zaměřena především na léčbu základního onemocnění. V klinické praxi se jedná o rozsáhlou neurointenzivní a resuscitační péči, která vyžaduje multidisciplinární přístup. Jakmile se podaří stabilizovat kritický zdravotní stav pacienta, zahajuje se postupné odpojování od umělé plicní ventilace. V této fázi má většina pacientů zavedenou tracheostomickou kanylu (dále jen TSK), která může zůstat trvale, nebo ji lze v některých případech později odstranit (Bužgová a Kozáková, 2020).

V případě, že pacient setrvává ve vegetativním nebo perzistujícím vegetativním stavu, je hlavním cílem poskytované péče zabránit progresi do permanentního vegetativního stavu. Péče je zaměřena nejen na udržení základních životních funkcí, ale také na intenzivní rehabilitaci dle stavu pacienta (Bužgová a Kozáková, 2020).

Pacienti ve vegetativním stavu mají celou řadu zdravotních komplikací. Ty mohou být důsledkem primární diagnózy, tak i dlouhodobé imobilizace a dekonvence (Bužgová a Kozáková, 2020).

K medikamentům využívaným u pacientů ve vegetativním stavu patří např. Baclofen, který má prokázané antispastické účinky. Dále se podávají psychostimulancia, antidepresiva a nootropika, které se používají k terapii poruch kognitivních funkcí a mohou svým účinkem napomáhat regeneraci mozkové tkáně (Lippertová-Grünerová, 2013). U pacientů ve vegetativním stavu traumatického původu je v období 4-16 týdnů po inzultu indikováno

nasazení Amantadinu (např. Viregyt cps.), který může urychlit proces regenerace (Drábková, 2018).

V případě, že se pacient nachází ve stadiu permanentního vegetativního stavu, vyvstávají zásadní otázky týkající se dalšího postupu léčby. Zpravidla se v této fázi uvažuje o ukončení kurativní terapie a přechodu k paliativní péči. Vzhledem k citlivosti celé problematiky však neexistují jednotná doporučení. Ke každému pacientovi je nutné přistupovat individuálně s ohledem na jeho dříve vyslovené přání a zohlednit názor rodiny (Bužgová a Kozáková, 2020).

U pacienta v permanentním vegetativním stavu, který je považován za ireverzibilní, se zahajuje paliativní péče. Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu je chápána jako dlouhodobá podpora určená nevyléčitelně nebo chronicky nemocným, jejímž cílem je zajistit co nejvyšší možnou kvalitu života. Zahrnuje multidisciplinární přístup, který se zaměřuje nejen na samotného pacienta, ale také na podporu jeho příbuzných či opatrovníků. Součástí paliativní péče je komplexní ošetrovatelská péče a naplňování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta (Doležil, 2010).

1.6.1 Problematika léčby bolesti

Podle definice Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) je bolest vnímána jako nepříjemný smyslový a emocionální zážitek, který je spojen s akutním nebo potenciálním poškozením tkáně. Bolest je subjektivní vjem. Tato definice vyvolává otázku, zda pacienti ve vegetativním stavu pociťují bolest, což by mohlo být důvodem k podání analgetik. Klinické pozorování, funkční zobrazovací metody a další neurofyzilogická vyšetření ukazují, že pacienti ve vegetativním stavu nejsou schopni vnímat a prožívat bolest, a to kvůli absenci funkční somatosenzorické kůry a vyšších asociačních center, i když nervové dráhy pro přenos bolesti zůstávají zachovány (Bužgová a Kozáková, 2020).

Na základě současných poznatků není u pacienta ve vegetativním stavu možné vyvolat prožitek bolesti, protože je poškozena komplexní neurální síť, která je zodpovědná za vedení a zpracování bolesti (Bužgová a Kozáková, 2020). Analgetika se doporučují k prevenci vegetativních projevů, pokud na bolestivé podněty dochází k výrazné vegetativní reakci, např. tachykardie, tachypnoe nebo hydróza (Doležil, 2010). Bužgová a Kozáková (2020) považuje za nejlepší řešení podávat analgezii všem pacientům, kteří mohou bolestí potencionálně trpět.

1.7 Komplikace u pacientů s apalickým syndromem

U pacientů ve vegetativním stavu se často vyskytují různé zdravotní komplikace. Významnou část komplikací představují důsledky dlouhodobé imobility. Dochází ke snížení tělesné kondice, úbytku aktivní svalové hmoty a vzniku osteopenie. Tyto změny často vedou k rozvoji kontraktur, které mohou být provázeny intenzivní bolestí. Rehabilitační péče a cílené cvičení mohou do určité míry přispět k omezení nebo zpomalení těchto negativních dopadů. Imobilizace je rovněž rizikovým faktorem pro vznik dekubitů, spolu se sníženým kožním turgorem, prokrvením a celkovou nutricí (Bužgová a Kozáková, 2020).

Infekční komplikace představují významný faktor ovlivňující morbiditu a mortalitu pacientů ve vegetativním stavu. U pacientů s kraniocerebrálním poraněním se nejčastěji vyskytují aspirační pneumotidy a pneumonie, zejména u nemocných s tracheostomií nebo enterálně vyživovaných pomocí sondy. Kromě respiračních infekcí jsou časté také infekce močových cest a kožního krytu (Bužgová a Kozáková, 2020).

Gastrointestinální dysfunkce jsou hlavní příčinou malnutrice u pacientů ve vegetativním stavu. Poruchy střevní motility, gastroezofageální reflux a obstipace vedou ke snížené absorpci živin, katabolismu a postupné ztrátě svalové hmoty. U některých pacientů lze naopak pozorovat nárůst podkožního tuku, což může vést k obezitě. Zácpa u těchto pacientů je velmi častým problémem a její etiologie je multifaktoriální. Může být vyvolána např. podáváním opioidních analgetik nebo hyperkalcemií, která vzniká sekundárně v důsledku resorpce kostní tkáně (Bužgová a Kozáková, 2020).

Pacienti ve vegetativním stavu jsou v důsledku imobility a dekonidice výrazně predisponováni k rozvoji onemocnění, která se typicky vyskytují u starší populace. Mezi nejčastější patří ischemická choroba srdeční a další kardiální problémy, poté diabetes mellitus, který může vést k řadě metabolických, cévních a neurologických komplikací. Častá dehydratace, vymizení pocitu žízně nebo diabetes insipidus vedou ke zpomalení cirkulace krve, což zvyšuje riziko vzniku hluboké žilní trombózy (Bužgová a Kozáková, 2020).

Sekundární (poúrazová) epilepsie představuje častou komplikaci u pacientů po rozsáhlém kraniocerebrálním traumatu. Jedná se o trvalou komplikaci s variabilním výskytem počtu epileptických záchvatů. Další komplikací bývá neuroinfekce jako následek neurochirurgického operačního výkonu (Bužgová a Kozáková, 2020).

1.8 Prognóza u pacientů s apalickým syndromem

Díky pokrokům v medicíně, zejména v oblasti intenzivní péče, je dnes možné zajistit přežití pacientů, kteří by v minulosti následkem vážného onemocnění nebo úrazu nepřežili. U některých z těchto pacientů s těžkým poškozením mozku dochází po kómatu do tzv. vegetativního stavu. Dlouhodobé setrvání ve vegetativním stavu negativně ovlivňuje prognózu neurologického zotavení (Bužgová a Kozáková, 2020). Pokud pacient zůstává ve vegetativním stavu rok po úrazu, pravděpodobnost nabytí vědomí klesá (Koukolík, 2024).

U přibližně 15-20 % pacientů s poruchou vědomí může být přítomno tzv. „skryté vědomí“. Tento stav představuje disociaci mezi zachovaným vědomím a neschopností motorické odezvy. Pacient je při vědomí, avšak není schopen tuto skutečnost projevit pohybem. Pokud je tento stav prokázán zejména u nemocných po traumatickém poranění mozku, existuje zvýšená pravděpodobnost, že v průběhu jednoho roku dojde ke zlepšení klinického stavu, i když tento vývoj nelze s jistotou předpovědět (Koukolík, 2024).

„Filmy a televizní inscenace bývají v těchto situacích někdy dramaticky optimistické. Skutečnost je podstatě střízlivější a pochmurnější. Čím déle jsou lidé ve vegetativním stavu, tím menší je pravděpodobnost zotavení, nabytí vědomí a případné nezávislosti“ (Koukolík, 2024, s. 98).

Věk pacienta je další důležitou prognostickou známkou ovlivňující pravděpodobné zotavení (Bužgová a Kozáková, 2020). Mladší jedinci se častěji zotavují z vegetativního stavu do stavu minimálního vědomí (Bender et al., 2015). Dle Koukolíka (2024) nezávislosti nabývá 21 % pacientů mladších než 20 let, 9 % pacientů ve věku 20-39 let a žádný pacient po čtyřicítce.

Traumatická poranění mozku mají příznivější prognózu než poškození netraumatického původu (Bužgová a Kozáková, 2020). Pokud je vegetativní stav způsoben úrazem, pak podle jedné rozsáhlé studie dosáhne nezávislosti 18 % pacientů, pokud stav trval jeden měsíc, 12 % při trvání tří měsíců a pouze 3 %, pokud trval šest měsíců (Koukolík, 2024).

Tito pacienti mohou díky zajištěné intenzivní ošetrovatelské péči a zachovaným základním životním funkcím, jako je spontánní dýchání a krevní oběh, přežívat ve svém stavu po dobu měsíců, let i desítek let (Drábková a Hájková, 2018).

V některých oblastech mohou vykazovat určité pokroky, např. v oblasti příjmu stravy či neverbální komunikace. I přes tyto dílčí zlepšení však zůstávají plně závislí na dlouhodobé pomoci a péči jiné fyzické osoby (Špiláčková a Michníková, 2018).

Nejčastějšími příčinami úmrtí bývají plicní a močové infekce (Bužgová a Kozáková, 2020).

1.9 Etický pohled na péči u pacientů s apalickým syndromem

Rozhodování o péči u pacientů s apalickým syndromem je velmi komplexní a neexistuje pro něj jednoduchá nebo univerzální řešení. Významnou roli v tomto procesu sehrává postoj rodiny, přičemž úkolem zdravotnického personálu není zaujímat autoritativní rozhodnutí, ale poskytnout odborně podložené, pravdivé a srozumitelně formulované informace, které mohou rodině napomoci při utváření vlastního postoje (Ptáček a Bartůněk, 2014).

Sestry často zmiňují, že jsou pacienti v některých případech léčeni zbytečně, a to bez ohledu na to, zda léčba přináší více užitku než rizik. V některých situacích se naopak staví k pacientům odlišně než lékaři a chtějí jim „dát ještě šanci“. Častým tématem diskusí bývá význam pojmů marná a neúčelná léčba a zda neuskutečnění život udržující léčby nebo ukončení léčby představuje usmrcení nebo spíše umožnění důstojného umírání (Heřmanová et al., 2012).

Je důležité jasně rozlišovat mezi marnou léčbou a péčí. Ani v případě, když dojde ke konsenzu mezi zdravotnickým personálem a rodinou pacienta ohledně ne zahájení či ukončení marné léčby, nesmí být přerušena péče jen proto, že je považována za marnou. Všeobecné sestry působící na jednotkách intenzivní péče běžně pracují s konceptem bazální péče, která musí být poskytována i v situacích, kdy již nevede ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. Její smysl spočívá v zachování důstojnosti pacienta, respektu k němu jako lidské bytosti a utvrzení vztahu člověka k člověku. Z těchto důvodů nelze bazální péči považovat za marnou či neúčelnou (Heřmanová et al., 2012).

Z pohledu veřejnosti je apalický syndrom často vnímán jako stav spojený s utrpením a nulovou kvalitou života. V řadě národních legislativ existuje možnost sepsání předem vysloveného přání, jehož součástí může být i DNR neboli „Do Not Resuscitate“ (Haškovcová, 2007). Podle Heřmanové et al. (2012) byl v Evropě realizován výzkum názorů lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, ve kterém se více než 82 % respondentů vyjádřilo, že by si nepřáli být v případě takového stavu udržováni při životě. Respondenti

uvedli, že permanentní vegetativní stav by pro ně byl horší než smrt a stav minimálního vědomí horší než permanentní vegetativní stav.

Mezi častá etická dilemata spojená s péčí o pacienty v apalickém stavu patří také otázka nutriční podpory a rozhodování o jejím případném ukončení (Ptáček a Bartůněk, 2014). Heřmanová et al. (2012) uvádí, že mnoho pacientů v permanentním vegetativním stavu je udržováno při životě výhradně prostřednictvím podávání výživy a tekutin. Odepření nutriční podpory představuje jeden z hlavních způsobů, jakým může dojít k ukončení života pacienta v apalickém stavu. V těchto případech je výživa chápána jako forma léčby, kterou lze ukončit, pokud již není považována za účinnou. Za léčebný prostředek je v tomto kontextu považována umělá enterální a parenterální výživa, stejně jako podávání stravy nepřirozenou cestou, např. sondou nebo prostřednictvím nutriční stomie (Ptáček a Bartůněk, 2014).

Přerušení nutriční podpory u pacientů v apalickém stavu vede k postupnému vyhladovění organismu, které může vyústit ve smrt. Tato forma dlouhodobého strádání představuje eticky kontroverzní otázku, na kterou neexistuje jednotný názor. Při posuzování konkrétních případů je různým etickým principům přisuzována odlišná váha (Ptáček a Bartůněk, 2014).

Otázkou zůstává, zda je proces vyhladovění pro organismus pacienta v apalickém stavu stresující či bolestivý. V této oblasti neexistuje jednoznačná odborná shoda. Ošetřující personál má však povinnost pečlivě sledovat případné vegetativní a další projevy bolesti nebo stresu a zvažovat možnost terminálního podávání opiátů i u pacientů v apalickém stavu. Zvláštní pozornost zasluhuje zdravotnický personál. Rozhodování o otázkách života a smrti je velmi závažné a mělo by probíhat v morálně zralém a podpůrném prostředí (Ptáček a Bartůněk, 2014).

1.10 Psychická odolnost a profesní odpovědnost všeobecné sestry

Dlouhodobá péče o těžce až nevyléčitelně nemocné klade vysoké nároky na psychickou odolnost zdravotnického personálu. Sestry, které tuto péči poskytují, musí být nejen empatické, vstřícné a chápavé, ale zároveň psychicky silné a schopné udržet si profesionální odstup, aby se nenechaly pohltit smutkem, neúspěchy léčby či nezvratnými prognózami. Tyto situace mohou snadno vést k rozvoji syndromu vyhoření. Psychická kompetence a odolnost se projevují v chování jednotlivce, v jeho schopnosti uplatnit se ve společnosti, v osobním životě, fungovat v kolektivu či malém týmu a adekvátně reagovat na stres, neúspěch nebo konfliktní situace. Jde o formu vnitřní stability, podpořenou zdravým

sebevědomím a profesní jistotou, kterou dokáže sestra citlivě využít ve vhodný okamžik s respektem k autonomii každého člověka (Drábková a Hájková, 2018).

V souvislosti s autonomií pacienta je důležité si uvědomit, že vztah mezi pacientem a lékařem či pacientem a sestrou není zcela rovnocenný. Ošetřující zdravotníci však musí vždy jednat v souladu s platnou legislativou, etickým kodexem a morálními zásadami a respektovat jejich principy. Každý pacient má právo na svobodné rozhodování a zachování vlastní důstojnosti. Zdravotnický personál je povinen dodržovat mlčenlivost o zdravotním stavu pacienta, jeho osobních údajích a dalších informacích získaných při výkonu povolání, které mohou být pro pacienta a jeho rodinu citlivé. (Drábková a Hájková, 2018).

Z právního hlediska se jedná o informovaný souhlas pacienta s hospitalizací. V případech, kdy pacient trpí poruchou vědomí a není schopen samostatně rozhodovat, je k tomuto účelu soudně ustanoven opatrovník, který v těchto situacích pacienta právně zastupuje. Nejčastěji se opatrovníkem stává rodinný příslušník pacienta. Pokud to však z různých důvodů není možné, opatrovníka ustanovuje soud. Má právo podílet se na rozhodování o léčbě a konkrétním postupu zdravotní péče (Drábková a Hájková, 2018).

1.11 Fyzická náročnost práce všeobecných sester

Pracovní zátěž vyplývá z rovnováhy mezi schopnostmi jednotlivce a nároky, které na něj klade konkrétní pracovní činnost a její podmínky. Pokud jsou tyto dvě složky ve vzájemné rovnováze, je zátěž považována za přiměřenou. V případě, že požadavky převyšují výkonnostní možnosti člověka, dochází k nepřiměřené, tzv. nadměrné či nadlimitní zátěži, která může vést k přetížení organismu (Komačková, 2009).

Náročná fyzická činnost, která je součástí ošetrovatelské péče a zahrnuje zejména manipulaci s pacienty a různými břemeny, může mít negativní dopad na zdraví sester, zejména na jejich pohybový aparát. Při každodenním opakovaném zvedání a přesouvání imobilních pacientů bývá často nereálné dodržet doporučené limity pro hmotnost a manipulaci s břemenem (Komačková, 2009).

Opakované fyzické zatížení vede k únavě, která se obvykle zmírní po dostatečném odpočinku a kvalitním spánku. Pokud však fyzická námaha trvá delší dobu bez adekvátní regenerace, může dojít k přepracování a celkovému vyčerpání organismu. To se může projevit zvýšenou podrážděností, poruchami spánku, sníženou schopností koncentrace a emoční labilitou. V tomto oslabeném stavu je tělo náchylnější k různým infekcím. Únavu

se sestry často snaží překonávat nadměrnou konzumaci kávy, kouřením nebo užíváním léků (Gučková, 2007).

Dalšími negativními důsledky nadměrné fyzické zátěže u sester bývají bolesti dolních končetin a zad, které mohou časem přerůst v závažnější poruchy páteře a kloubů. Častým problémem jsou také křečové žíly. Riziko poškození pohybového aparátu se zvyšuje zejména tehdy, pokud jsou pracovní pohyby prováděny neefektivně, nesprávně či nekoordinovaně. Náhlé přetížení páteře, např. při prudkém fyzickém výkonu, může vést až k výhřezu meziobratlové ploténky a vzniku hernie (Gučková, 2007).

Jedním z klíčových opatření pro prevenci poškození pohybového aparátu u sester je znalost a používání bezpečných metod manipulace s pacienty. Současný trend v ošetrovatelství klade důraz na snižování fyzické zátěže spojené s ručním zvedáním a přenášením pacientů a upřednostňuje využívání vhodných manipulačních technik v kombinaci s dostupnými technickými pomůckami (Komačková, 2009).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S APALICKÝM SYNDROMEM

Ošetrovatelská péče by měla být založena na holistickém přístupu, který zohledňuje bio-psycho-sociální potřeby pacienta. Je důležité, aby byla poskytována v souladu s lékařskou péčí a zároveň respektovala změny v tělesné, psychické i sociální oblasti u pacientů ve vegetativním stavu. Mnohé ošetrovatelské úkony mají dlouhodobý charakter a vyžadují nepřetržitou odbornou péči ze strany zdravotních sester. Včasné zapojení rodiny do péče může významně napomoci přípravě na případné propuštění pacienta do domácího prostředí (Bužgová a Kozáková, 2020).

2.1 Hygienická péče o pacienty s apalickým syndromem

Zajištění osobní hygieny pacienta představuje jednu z nejdůležitějších oblastí ošetrovatelských činností. Dodržování vysokého standartu hygieny přispívá k prevenci infekcí, zachování důstojnosti pacienta a ujišťuje jejich příbuzné o tom, že je o jejich blízkého dobře postaráno. Úroveň osobní hygieny zároveň odráží kvalitu poskytované ošetrovatelské péče (Ševčík, 2014).

Celková koupel se provádí jednou denně, ideálně v koupelně s využitím hydraulické pojízdné vany. Případně může být realizována na lůžku, avšak tato varianta je méně vhodná, protože je časově náročnější, zvyšuje riziko prochladnutí pacienta, vyžaduje opakovanou výměnu vody a pacient leží v mokřém prádle. Vzhledem k tomu, že pacient nemůže sestře při koupeli pomoci, je vhodné, aby ji prováděli dva pracovníci (Kachlová a Plevová, 2023). Je potřeba dbát na udržení pokožky čisté, suché a na zachování její přirozené ochranné bariéry. Sestra zároveň sleduje změny na kůži, jako je bledost, exantém, pocení či snížení napětí kůže (Doležil a Carbolová, 2007).

Pravidelná péče o pokožku a její kontrola jsou klíčové pro prevenci vzniku dekubitu a drobných kožních poranění. Použitím jemných, pH neutrálních mýdel nebo mycích roztoků, důkladným oplachem čistou vodou a aplikací hydratačních či zvláčňujících krémů a tělových mlék lze podpořit elasticitu pokožky (Ševčík, 2014). Šeflová et al. (2016) upozorňuje, že mentolové a kafrové mazání není vhodné, protože může dráždit pokožku a vyvolat místní překrvení povrchových vrstev kůže. K šetrnému odstranění náplasti nebo elektrod je vhodné použít odstraňovač náplasti (Ševčík, 2014).

Hygiena dutiny ústní zahrnuje důkladné mechanické odstranění zubního plaku a povlaku jazyka pomocí zubního kartáčku a pasty, a to dvakrát denně. Vytírání a zvlhčování dutiny ústní štětičkami namočenými ve vodě nebo speciálním roztoku nenahrazuje samotné čištění zubů (Ševčík, 2014). U těchto pacientů se mohou v ústech hromadit hleny a tvořit povlaky na sliznici. Ideálně by měla být zvláštní péče o dutinu ústní prováděna každé 2-4 hodiny, pokud lékař nerozhodne jinak. Neodstraněné hleny mohou zhoršovat dýchání, způsobovat zánětlivé procesy a zvyšovat riziko aspirace. Ragády na sliznici jsou pro pacienta bolestivé (Kachlová a Plevová, 2023). Pravidelně se kontroluje stav sliznice dutiny ústní, rtů a nosu, přičemž se sledují případné otoky. Rty se ošetřují vazelínou nebo jinými vhodnými krémy (Ševčík, 2014).

Péče o dutinu nosní a uši je nedílnou součástí základní hygieny. Pacienti mohou být vystaveni nevhodným klimatickým podmínkám, zejména v zimním období, kdy jsou pokoje často přetopené a málo větrané. Zvláštní péči o dutinu nosní vyžadují pacienti se zavedenou žaludeční sondou, kyslíkovými brýlemi nebo nosním kyslíkovým katétrem. Péče o uši zahrnuje ochranu před vniknutím vody a podporu přirozené funkce odlučování přebytečného ušního mazu (Kachlová a Plevová, 2023).

Je nutné dbát na zvýšenou hygienickou péči o oči, protože jejich odolnost vůči vnějším vlivům i vlastní mikrobiální flóře je výrazně snižena. Hlavním cílem této péče je zabránit vysychání rohovky (Kachlová a Plevová, 2023). Každých 6 hodin je pacientům aplikována oční mast. Během ranní a večerní hygieny sestra šetrně proplachuje oči borovou vodou nebo fyziologickým roztokem za účelem vymytí staré vrstvy masti. Sestra sleduje případné změny očí, jako je hyperémie, počínající chemózy, patologické sekrece a o změně informuje lékaře. (Ševčík, 2014).

Nehty je vhodné před stříháním změkčit a kůži na patách promazávat dvakrát denně (Ševčík, 2014).

2.2 Prevence vzniku dekubitů u pacientů s apalickým syndromem

„U dekubitů a jiných ran obecně platí, že je lepší jejich vzniku předcházet, než je následně léčit“ (Brabcová, 2021, s. 137).

Při dlouhodobé imobilitě dochází k atrofii kůže, změnám její pevnosti a struktury, což zvyšuje riziko vzniku dekubitů (Ševčík, 2014). U pacientů je vhodné alespoň jednou denně kontrolovat stav pokožky, např. při hygieně nebo výměně podložky či plenkových kalhotek.

Je důležité sledovat zejména začervenalá místa, změny zabarvení a přítomnost dekubitů. Zvláštní pozornost je nutné věnovat rizikovým místům, kde hrozí jejich vznik (Brabcová, 2021). Riziko vzniku dekubitů u pacienta lze posoudit pomocí standardizovaných škál, mezi nejznámější patří škála dle Nortonové nebo Bradenové (Kapounová, 2020).

Cílem prevence je zabránit vzniku dekubitů prostřednictvím důkladné hygieny, pravidelného polohování, kvalitní stravy, rehabilitace a pečlivé ošetrovatelské péče (Brabcová, 2021).

2.2.1 Polohování

Polohování je zásadním a nejúčinnějším opatřením nejen v prevenci, ale i v léčbě dekubitů. Pomáhá odlehčit kůži, zlepšuje prokrvení, předchází svalovým kontrakturám, zmírňuje bolest a zlepšuje psychický stav pacienta (Brabcová, 2021).

Doporučený interval je ve dne po 2 hodinách a v noci po 3-4 hodinách. Při polohování je důležité zabránit působení střížné síly, např. vyvarovat se šoupaní pacienta po podložce. Pokud dochází k posunu mezi kůží a podkožím, může v důsledku deformace a narušení krevního řečiště a tkání v sakrální oblasti vzniknout ischemie, nekróza a následně dekubit (Kachlová a Plevová, 2023).

Polohy se nemění pouze ze zad na boky a zpět, ale s využitím polohovacích pomůcek se také aplikují šikmé polohy (15-30°), které lépe rozkládají tlak. U bočních šikmých poloh je důležité zajistit, aby pacient neležel přímo na kyčelní kosti nebo výběžku stehenní kosti. Tato místa je nutné vhodně podložit (Brabcová, 2021).

Paty jsou velmi ohroženou oblastí a měly by být vždy v odlehčené poloze. Lýtko je vhodné podkládat po celé jeho délce pomocí polštáře nebo pěnové podložky, čímž se předchází nadměrnému tlaku na Achillovu šlachu. Koleno se doporučuje umístit do mírné semiflexe v rozsahu 5° až 10°, což pomáhá předcházet obstrukci popliteální žíly a snižuje riziko vzniku hluboké žilní trombózy (Šeflová et al., 2016).

Lůžko musí být vždy pečlivě upravené a narovnané, aby pacient neležel na záhybech pomačkaného prádla či podložek. Nevhodné je také zavazování tkaniček na zadní straně nemocničního prádla, protože suky mohou způsobovat otlaky. Pacient by rovněž neměl ležet na elektronických svodech, katétrech nebo sondách. Je důležité vnímat mimiku pacienta

a výrazovou hru celého těla, jako jsou grimasy či zvýšené svalové napětí (Dosbaba et al., 2021).

2.3 Péče o výživu a hydrataci u pacientů s apalickým syndromem

Nutriční podpora pacientů s apalickým syndromem je možná dvěma cestami, a to enterální nebo parenterální výživou (Doležil a Carbolová, 2007). V současné době jsou v oblasti umělé výživy preferovány všechny formy enterální výživy před parenterální (Kachlová a Plevová, 2023).

Pokud má pacient zachovaný nerizikový polykací reflex, lze mu podávat malá sousta oblíbené chuti, přičemž musí být zkontrolováno polknutí stravy a následně provedena hygiena dutiny ústní (Drábková a Hájková, 2018).

2.3.1 Enterální výživa

Enterální výživa umožňuje přívod živin přirozenou cestou, podporuje funkci trávicího traktu, snižuje přerůstání střevní mikroflóry, snižuje střevní permeabilitu a ovlivňuje střevní peristaltiku. Pokud má pacient zachovanou funkci trávicího traktu, ale z jakéhokoliv důvodu není schopen přijímat potravu ústy, je enterální výživa základní indikací pro zajištění nutriční podpory (Kachlová a Plevová, 2023). Zahrnuje veškeré formy nutriční podpory využívající potraviny pro zvláštní lékařské účely. Podle Bartůňka et al. (2016) může být prováděna perorálně ve formě nutričních doplňků, tzv. sipping, nebo pomocí sondové výživy, která je podávána nazogastrickou sondou (dále jen NGS) či perkutánní endoskopickou gastrostomií (dále jen PEG).

PEG je indikován u pacientů, kteří nejsou schopni přijímat potravu perorálně a předpokládá se dlouhodobé podávání enterální výživy, déle než 6 týdnů (Doležil a Carbolová, 2007). Mezi výhody patří nižší riziko dislokace sondy, refluxu, aspirace a omezení diskomfortu spojeného se sondou zavedenou nosem (Kohout et al., 2021).

2.3.2 Podávání léků

Podávání určitých léků pomocí sondy v kombinaci s umělou enterální výživou může způsobit vzájemnou interakci a inkompatibilitu. Je nutné brát v úvahu průměr sondy kvůli riziku okluze a na její umístění v trávicím traktu a tím i na místo absorpce a účinku léku (Kapounová, 2020).

Tablety je potřeba rozdrtit na jemný prach a rozpustit ve vodě. Před i po aplikaci léků se sonda proplachuje 30 ml vody. Tekuté lékové formy je vhodné aplikovat dříve než pevné. Hyperosmolární léky, např. Laktulóza, je třeba před podáním do sondy naředit 30 ml vody z důvodu rizika průjmu, křečí či zvracení. Inhibitory protonové pumpy a pankreatické enzymy se nedoporučuje drtit. Při drcení se rozpadají na malé kousky a následně se slepují a tím dochází k riziku okluze sondy, snížení účinku léků a dráždivosti žaludeční sliznice. Léčiva s postupným uvolňováním se nesmí nedrtit, aby nedošlo k poškození mechanismu řízeného uvolňování. Léčivo by se neuvolnilo postupně, ale najednou, což by mohlo vést k vysoké koncentraci léčiva v krvi. Léky jako Betaloc ZOC, Egilok SUCC a Bloxazoc se mohou pouze rozpouštět (Kapounová, 2020).

2.4 Péče o vyprazdňování u pacientů s apalickým syndromem

Pacienti s apalickým syndromem jsou postiženi nedobrovolným, nekontrolovatelným a samovolným únikem moči a stolice. Inkontinence představuje rizikový faktor pro vznik zdravotních komplikací, zejména dekubitů a opruzenin. Moč i stolice mají dráždivý účinek na kůži a sliznice, což může vést k jejich poškození a následnému vzniku komplikací (Kachlová a Plevová, 2023). Šeflová et al. (2016) zdůrazňuje důležitost prevence vzniku inkontinenční dermatitidy, která je způsobena působením moče a stolice, přičemž se často se zaměňuje s dekubitem druhého stupně. Do oblasti vylučování spadá také sledování nadměrného pocení (Ševčík, 2014).

K řešení inkontinence se využívají různé jednorázové pomůcky, které absorbují moč a zachycují stolicí, přičemž je nutná výměna ihned po znečištění (Kachlová a Plevová, 2023). Šeflová et al. (2016) doporučuje v prevenci poškození kůže inkontinenční pomůcky podle stupně inkontinence, nejlépe s gelovým superabsorbentem.

Péče o ústí močové trubice a konečník je nedílnou součástí hygienické péče. Nadměrné používání jednorázových savých podložek s neprodyšnou fólií může nepříznivě ovlivnit stav kůže v gluteální a sakrální oblasti. Dlouhodobé vystavení vlhkému a neprodyšnému prostředí vede k mikropoškození kůže, čímž se zvyšuje riziko rozsáhlých infikovaných defektů (Ševčík, 2014). Dále je nutné dbát na hygienu lůžka, kdy postel pacienta s inkontinencí by měla být vybavena antidekubitní matrací s nepropustným obalem (Kachlová a Plevová, 2023).

2.4.1 Vyprazdňování moče

Při narušení fyziologického vylučování moči a pro přesné měření diurézy se volí derivace moči zavedením permanentního močového katétru (dále jen PMK), ideálně ze silikonového materiálu, případně suprapubickou drenáží močového měchýře (Ševčík, 2014). Nejčastěji se používá dvojcestný Foleyův balónkový katétr (Doležil a Carbolová, 2007).

Je důležité sledovat barvu, zápach a přítomnost příměsí v moči a vést záznam o bilanci tekutin (Kapounová, 2020).

Mezi rizika dlouhodobého zavedení PMK patří trvalá kolonizace močových cest, zvýšené riziko infekce močových cest, vznik cystolitíazy a dekubitů uretry či uretrokutánních píštělí u mužů. U žen může tlak katétru způsobit dekubity na labiích nebo erozi uretry. Močová infekce, označována jako CAUTI (Catheter-Associated Urinary Tract Infections), bývá nejčastější komplikací spojenou s dlouhodobým použitím PMK (Šámal et al., 2022).

Mezi faktory ovlivňující mikci patří množství přijatých tekutin, příjem potravy s vysokým obsahem vody a sodíku, užívané léky, svalový tonus a aktivita (Doležil a Carbolová, 2007).

2.4.2 Vyprazdňování stolice

U ležících pacientů dochází ke zpomalení střevní peristaltiky, což je dále ovlivněno nežádoucími účinky podávaných léků. Při vylučování stolice se sleduje množství, zápach, barva, příměsí a frekvence (Ševčík, 2014).

Diarrhoea se označuje jako stav, kdy dochází k vyprazdňování neforemné stolice více než třikrát denně (Lukáš a Hoch, 2018). Po domluvě s lékařem se odebírá vzorek stolice na bakteriologické vyšetření a sleduje se hladina iontů (Doležil a Carbolová, 2007). Pacient je ohrožen ztrátou tekutin a rizikem dehydratace, a proto je velmi důležité doplňovat množství tekutin, popřípadě i minerálů, jako jsou rehydratační roztoky. Podávají se antidiaroika. (Vytejšková et al., 2013). Kapounová (2020) dodává, že průjem se u těchto pacientů může objevit také jako komplikace spojená s enterální výživou. Dle Bartůňka et al. (2016) jsou těžší formy průjmu obvykle infekčního původu. U pacientů s častým, nazelenalým a výrazně zapáchajícím průjmem je indikováno vyšetření na *Clostridium difficile* (Kapounová, 2020). Původce se přemnoží při narušené střevní mikroflóře v důsledku užívání antibiotik. Bakterie produkující toxin se mohou přenášet mezi pacienty a představují tak závažnou nozokomiální

infekci (Bartůněk et al., 2016). V případě pozitivního nálezu je nutné zajistit izolaci pacienta (Kapounová, 2020).

Pokud není přítomna patologická průjmovitá stolice, může následovat obstipace. Proto by měla být v lékařské ordinaci předepsána prokinetika a motilika (Ševčík, 2014). Prostá zácpa vzniká utlumením defekačního reflexu, často v důsledku nedostatečné stimulace ve stravě. Sekundární zácpa je způsobena užívanými léky, jako jsou opiáty, antacida, přípravky s obsahem železa, anticholinergika a další. Léčba zahrnuje podávání klyzmatu, glycerinových čípků nebo laxativ. (Lukáš a Hoch, 2018). Cílem je zajistit vyprázdnění střeva do 4-5 dnů od poslední známé defekace (Ševčík, 2014).

Skybala představuje ztvrdlou a zahuštěnou stolici, kterou je nutné velmi šetrně vybavit manuálním způsobem, známým jako digitální vybavení stolice (Kapounová, 2020). Vyšetření per rectum a manuální vybavení skybal provádí lékař, zatímco povinností sestry je informovat lékaře o obstipaci a účinnosti provedených opatření (Ševčík, 2014).

U dlouhodobě ležících pacientů může při přetrvávající zácpě dojít k tzv. falešnému (paradoxnímu) průjmu. Skybala blokuje řitní otvor, dráždí sliznici konečníku a esovitě kličky, což vede k sekreci hlenu, jenž odchází spolu s malým množstvím tekuté stolice (Kapounová, 2020). U pacienta se pak mylně objevuje průjmovitá stolice, která při nesprávném vyhodnocení může vést ke komplikacím (Vytejšková et al., 2013).

2.5 Péče o dýchací cesty u pacientů s apalickým syndromem

Ošetrovatelská péče zaměřená na dýchací cesty zahrnuje jejich zvlhčování, odsávání sekretů, podávání inhalační terapie a péči o tracheostomii. Nedostatečná nebo nesprávná ošetrovatelská péče může vést k zasychání sekretu, tvorbě krust a vzniku infekce v dolních dýchacích cestách. (Doležil a Carbolová, 2007).

2.5.1 Tracheostomie

Péče o TSK je důležitou součástí toalety dýchacích cest. Tracheostomie představuje přímý vstup do dýchacích cest, který udržuje jejich průchodnost pro efektivní ventilaci a oxygenaci, minimalizuje riziko aspirace a usnadňuje toaletu dolních dýchacích cest. Současně však zvyšuje riziko infekčních komplikací a nechtěné dislokace TSK (Bartůněk et al., 2016).

Častou komplikací bývá netěsnost v místě zavedení, která může vzniknout v důsledku velké rány nebo nevhodné velikosti kanyly. Pokud dochází k úniku sputa v místě zavedení,

hrozí macerace kůže. Nesprávně upevněný obvaz může vést ke vzniku otlaků či dekubitů (Bartůněk et al., 2016).

Dekanylace se provádí tehdy, je-li pacient schopen uzavření kanyly tolerovat do 24 hodin, spontánně dýchá a nehrozí riziko aspirace a obstrukce dýchacích cest. Po odstranění se tracheostomie sterilně přelepí a spontánně uzavře do 4 dnů (Streitová a Zoubková, 2015).

2.5.2 Odsávání z dýchacích cest

Odsávání je nutné provádět vždy před jakoukoli větší manipulací s pacientem, jako je hygienická péče, rehabilitace nebo polohování, a také před i po inhalaci. Lze provádět otevřeným nebo uzavřeným způsobem pomocí systému „Trach-care“, při němž nedochází k úniku aerosolu do prostoru, čímž se snižuje riziko infekce (Kapounová, 2020).

2.5.3 Oxygenoterapie

Normální hodnota saturace se pohybuje v rozmezí 95-100 % (Ševčík, 2014). Kyslík musí být podáván zvlhčený a ohřátý na fyziologickou tělesnou teplotu (Bartůněk et al., 2016). Nedostatečné zvlhčení vede ke zvýšení viskozity sputa, atelektázám a hromadění sekretů, což zpomaluje mukociliární transport a může přispět k infekci dolních dýchacích cest (Streitová a Zoubková, 2015).

Zvlhčení je zajištěno prouděním vzduchu přes komorový systém se sterilní vodou, kde dochází k jeho zvlhčení a ohřátí, aniž by došlo ke zvětšení mrtvého prostoru. Nevýhodou této metody je riziko přemnožení bakterií a aspirace kondenzátu do dýchacích cest. Dalším typem zvlhčovače je tzv. umělý nos – výměník tepla a vlhkosti, který dokáže zachytit až 70 % vlhkosti z vydechovaného vzduchu (Streitová a Zoubková, 2015).

2.5.4 Inhalační terapie

Inhalační terapie se provádí pomocí nebulizátorů s vrapovou hadicí zakončenou tracheomaskou, která se umísťuje přes ústí TSK, nebo pomocí mikronebulizátorů napojených na centrální rozvod kyslíku prostřednictvím průtokoměru (Kapounová, 2020).

Mezi nejčastěji podávané lékové skupiny léčiv patří bronchodilatancia, mukolytika, antibiotika, kortikoidy, adrenalin a lokální anestetika (Streitová a Zoubková, 2015).

2.6 Péče o invazivní vstupy u pacientů s apalickým syndromem

K nejčastěji využívaným invazivním vstupům patří periferní venózní kanyla (dále jen PŽK) a centrální venózní katétr (CŽK). Za jejich kontrolu a péči nese zodpovědnost všeobecná sestra (Kapounová, 2020).

PŽK je určena ke krátkodobému použití, kdy délka intravenózní léčby nepřesahuje jeden týden. K aplikaci jsou vhodné infuze s pH v rozmezí 5-9 a osmolalitou nižší než 600 mosm/l. Tento typ vstupu není určen pro dráždivé léky a vezikanty, které mohou způsobit nekrózu nebo poškození tkáně, pokud uniknou ze žíly. Pokud nelze tato kritéria splnit, doporučuje se zvolit vhodnější periferní či centrální přístupy (Sedlářová et al., 2017).

Periferně zaváděný centrální venózní katétr (PICC) je jeden z nejčastěji využívaných centrálních žilních přístupů. Výhodou je možnost aplikace léků s vysokou osmolalitou a dráždivým pH (Maňásek et al., 2012). Je doporučován u pacientů s tracheostomií, protože dochází k významnému snížení rizika infekčních komplikací, jelikož při jeho zavedení je riziko kontaminace vstupu kvůli dostatečné vzdálenosti od tracheostomatu minimalizované. Je indikován pro střední až dlouhodobé použití cca do 1 roku (Vytečková et al., 2015).

2.7 Komunikace

2.7.1 Specifika komunikace při péči o pacienty s apalickým syndromem

Pasivní komunikace, která je u pacientů s apalickým syndromem iniciována výhradně ze strany ošetřujícího personálu, má zásadní význam v rámci ošetrovatelské péče. Sestra by měla s pacientem komunikovat během všech prováděných ošetrovatelských výkonů, i přesto, že nedochází k patrné zpětné vazbě (Tomová a Křivková, 2016). Pacient by měl být vždy pozdraven, osloven a měl by být použit předem určený kontaktní bod pro dotek. Cílem je navodit pocit klidu a uvolnění, které bývá patrné i navenek (Drábková a Hájková, 2018).

Při uvolnění lze někdy zaznamenat reakce pacienta na podněty z okolí, např. na zvuk televize, známé hlasy blízkých osob či ošetrovatelského personálu (Drábková a Hájková, 2018). Zpětnou vazbou při komunikaci může sestra vnímat prostřednictvím různých neverbálních projevů, jako jsou mimické reakce, pohyby očních víček, rtů, prstů či končetin, změny svalového tonu a také změny fyziologických funkcí (Tomová a Křivková, 2016).

Komunikace s pacienty s poruchou vědomí je součástí konceptu bazální stimulace (Drábková a Hájková, 2018). „*Vše, co pečovatel dělá, musí dostatečně slovně komentovat a vysvětlit. Je chybou myslet si, že když pacient není schopen odezvy, nehýbe se a nemluví, tak také nevnímá*“ (Dosbaba et al., 2021, s. 41).

2.7.2 Komunikace s rodinou pacienta s apalickým syndromem

Komunikace s rodinnými příslušníky představuje nedílnou součást komplexní péče o pacienta s apalickým syndromem (Bužgová a Kozáková, 2020). Rodina pacienta představuje důležitý zdroj informací pro zdravotnický personál a aktivně se podílí na péči, zejména prostřednictvím psychické i fyzické podpory, zajištění pocitu bezpečí, přípravou do domácího prostředí a zajištěním další potřebné péče. Rodinní příslušníci zpravidla projevují snahu aktivně přispět k uzdravení nebo alespoň ke zlepšení kvality života svého blízkého (Kapounová, 2020).

Edukace rodiny je v kompetenci všeobecné sestry, která by měla zdůraznit význam fyzického kontaktu a pasivní komunikace s pacientem. Součástí edukace je také praktické zaškolení rodiny v konkrétních ošetrovateľských postupech, jako je např. podávání enterální výživy, polohování, hygienická péče a další. Je rovněž nezbytné vyplnění autobiografické anamnézy, která je získávána od rodiny pacienta, jelikož poskytuje důležité informace pro komplexní přístup k pacientovi pro následnou bazální stimulaci (Kapounová, 2020). Je důležité, aby byla rodina srozumitelně informována o podstatě konceptu bazální stimulace, co tento koncept znamená, jaký má význam pro pacienta a jak může ovlivnit kvalitu poskytované péče. Současně by mělo být vysvětleno, jakou roli rodina v tomto procesu zastává a co se od ní očekává v rámci spolupráce s ošetrujícím personálem (Tomová a Křivková, 2016).

Citlivé sdělování informací o povaze onemocnění, průběhu léčby a prognóze je ze zákona v kompetenci ošetrujícího lékaře. Ten je oprávněn poskytovat tyto informace pouze osobě s komunikačním heslem, které si při zahájení hospitalizace určila rodina (Kapounová, 2020). Reakce rodiny na sdělení diagnózy apalického syndromu se mohou výrazně lišit v závislosti na typu a rozsahu poškození mozku, hodnotové hierarchii rodiny, psychické odolnosti a soudržnosti. Mezi časté reakce patří smutek, hněv, nejistota, ztráta naděje i dosavadních očekávání (Bužgová a Kozáková, 2020). Sestra by měla rodině poskytnout oporu a zajistit, aby měla možnost komunikace s lékařem. Měla by pozitivně

motivovat jak rodinu, tak pacienta, avšak nikdy nesmí slibovat nespílitelné (Kapounová, 2020).

Při propuštění pacienta do domácího prostředí je nezbytné vytvořit plán následné péče a rehabilitace. Před ukončením hospitalizace by měli lékař a sestra poskytnout rodině veškeré informace o zajištění ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Kromě toho je důležité rodinu informovat o dostupnosti doplňkových sociálních služeb, včetně možnosti umístění pacienta do rehabilitačního zařízení nebo domova sociální péče (Doležil a Carbolová, 2007).

2.8 Bazální stimulace u pacientů s apalickým syndromem

„Základními prvky v bazální stimulaci jsou pohyb, komunikace a vnímání. Tyto prvky se navzájem ovlivňují. Pokud má člověk poruchu vnímání, nemůže se hýbat. Když se nehýbe, nekomunikuje. Proto se snažíme stimulovat a podporovat vnímání, protože tím dojde ke zlepšení hybnosti a následně i komunikace“ (Bartůněk et al., 2016, s. 310).

Bazální stimulace je využívána zejména u pacientů bez kontaktu, v bezvědomí, kómatu a perzistentním či permanentním stavu (Drábková a Hájková, 2018). Stimulací nemocného dochází k vytvoření nových dendritických spojení v mozku, čímž se aktivují paměťové stopy, které umožňují pacientovi reagovat v souladu s jeho dřívějšími návyky. Tímto způsobem napomáháme rozvoji vnímání vlastní identity a následně okolí, neboť člověk, který nevnímá sebe, nemůže vnímat své okolí. Součástí je také podpora vnímání hranic těla a okolí, komunikace na adekvátním komunikačním kanále, prevence senzorické deprivace a zmírnění projevů dezorientace a zmatenosti (Bartůněk et al., 2016).

Nejnáročnějším úkolem ošetřujícího personálu je porozumět pocitům pacienta a pochopit jeho styl komunikace. Mezi projevy příjemného pocitu patří mrkání očima, hluboké dýchání, bručení, otevření očí a úst, pousmání či úsměv, uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů, klidné pohledy do okolí a na stimulační elementy. Naopak mezi projevy nepříjemného pocitu lze zahrnout zavírání očí a úst, blednutí, neklidné a nepravidelné dýchání, sténání, zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby, obranná reakce a všeobecný motorický neklid (Kapounová, 2020).

Stimulační podněty určené pro pacienta jsou vybírány jak na základě jeho aktuálního zdravotního stavu, tak podle tzv. autobiografické anamnézy. Ta představuje detailní soubor informací o dosavadním životě pacienta – zahrnuje jeho zvyky, oblíbené činnosti, jídla,

nápoje i denní režim. Součástí jsou také údaje o oblíbených předmětech denní potřeby, písničkách, nahrávkách či filmech. Obsahuje informace o způsobu oblékání, spánkových návycích, nebo zda se jedná o praváka či leváka (Kapounová, 2020).

2.8.1 Typy bazální stimulace

- **Somatická stimulace**

Stimulace probíhá prostřednictvím kožních receptorů a proprioreceptorů, čímž pacientovi poskytujeme vjemy z vlastního těla, vnímání tělesného schématu a vzpomínky na pohyb (Bartůněk et al., 2016). K této stimulaci lze využít např. doteky, masáže těla, masáže stimulující dýchání, polohování, částečnou či celkovou koupel, zábaly nebo úpravu vlasů. Základním prvkem somatické stimulace je tzv. iniciální dotek, který by měl být součástí každého kontaktu s pacientem – před i po provedení ošetrovatelského výkonu nebo během komunikace. Tento dotek by měl být směřován na místo, které pacient vnímá jako příjemné, nejčastěji na rameno, paži či ruku. Informace o preferovaném místě doteku by měla být zaznamenána u lůžka na tabulce každého pacienta, který je bazálně stimulován. U osob se sníženým stupněm vnímání mohou nečekané a necílené doteky vyvolat pocity nejistoty a strachu. Proto je důležité provádět doteky klidné, provedené celou plochou ruky s rovnoměrným a stálým tlakem (Kapounová, 2020).

- **Vestibulární stimulace**

Tato forma stimulace se zaměřuje na podporu uvědomování si změn polohy těla, prostorové orientace a vnímání pohybu. Jde o rotační, lineární a statické pohyby hlavy. V rámci ošetrovatelské péče se doporučuje před každou změnou polohy nasměřovat hlavu pacienta do směru budoucí polohy, provádět polohování pomocí úpravy polohy celého lůžka a postupně pacienta polohovat do sedu – buď v lůžku nebo v křesle (Kapounová, 2020).

- **Vibrační stimulace**

Umožňuje pacientovi vnímat vibrace a chvění, které vznikají např. při mluvení, broukání melodií, dupání, klepání či jemných poklepových masáží. Jejím cílem je podpořit pocit tělesné stability, uvědomění si aktuální polohy těla a propojení těla s jeho skeletem. Vibrace zároveň přispívají k úpravě dechového rytmu a jeho prohloubení (Kapounová, 2020).

- **Auditivní stimulace**

Může být realizována prostřednictvím poslechu známých zvuků jako je lidský hlas, hudba, zpěv, zvuky hudebních nástrojů nebo sledování televize (Kapounová, 2020).

- **Optická stimulace**

Provádí se za použití fotografií či obrázků poskytnutých rodinnými příslušníky, které mohou být umístěny u lůžka pacienta, v jeho zorném poli (Drábková a Hájková, 2018).

- **Orální stimulace**

Podporuje vnímání vlastností různých předmětů, stimuluje rty a receptory chuti. V počátečních fázích se často využívá oblíbený nápoj, kterým se vytírá dutina ústní nebo potírají rty. Další možností jsou tzv. cucací váčky – kousky oblíbeného jídla zabalené do gázy nebo mixovaná domácí strava podávaná po malých lžičkách. Nedílnou součástí je také hygiena dutiny ústní a ošetření rtů balzámem (Kapounová, 2020).

- **Olfaktorická stimulace**

Pracuje s vůněmi a pachy, které mají silnou schopnost vyvolávat vzpomínky. Při péči je vhodné používat pacientovy vlastní hygienické prostředky, jako jsou mýdla, krémy či parfémy. Před použitím by měl mít pacient možnost si k nim přivonět (Kapounová, 2020).

- **Taktilně-haptická stimulace**

Soustředí se na zapojení známých a oblíbených předmětů do ošetrovatelské péče, jako je např. zubní kartáček, kelímek, žínka nebo speciální dlahy. Tyto předměty by měly být vkládány přímo do rukou pacienta (Kapounová, 2020).

2.8.2 Desatero bazální stimulace

Dle Drábkové a Hájkové (2018) je důležité se při bazální stimulaci řídit deseti pravidly, která slouží pro ošetřující sestry i pro navštěvující rodinné příslušníky:

1. Přivítání a rozloučení s pacientem by mělo probíhat vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení je důležité se pacienta vždy dotknout na stejném místě, tzv. iniciální dotek.
3. Je důležité hovořit zřetelně, srozumitelně a pomalu.
4. Mluvit přirozeným tónem a vyvarovat se zvyšování hlasu.
5. Je nutné dbát na to, aby tón hlasu, mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s pacientem je třeba používat formu komunikace, která je mu známá.

7. V komunikaci se doporučuje vyvarovat používání zdobnělin, pokud na ně pacient není zvyklý.
8. Vyhnout se komunikaci s více osobami současně.
9. Při komunikaci s pacientem je vhodné minimalizovat rušivé zvuky z okolí.
10. Poskytnout pacientovi možnost reagovat na vaše slova.

2.9 Rehabilitační péče u pacientů s apalickým syndromem

Rehabilitační ošetřovatelství představuje specifickou formu ošetřovatelské péče, která je obohacena o rehabilitační principy. Tato péče je charakteristická multidisciplinárním přístupem, do něhož se zapojuje všeobecná sestra, fyzioterapeut, lékař, ergoterapeut, logoped, psycholog a významnou roli zde sehrává i rodina pacienta. Důraz je kladen především na prevenci komplikací a sekundárních změn, které jsou u pacientů s apalickým syndromem velmi časté (Navrátil, 2025).

Mezi nejčastěji využívané rehabilitační prvky u těchto pacientů patří polohování, pasivní a asistované pohyby, různorodá stimulace – taktilní, vibrační, zraková či sluchová, dechová a cévní gymnastika, posturální trénink, vertikalizace a také využití kompenzačních pomůcek. Tyto postupy nejenže podporují aktivizaci pacienta, ale také slouží jako prevence komplikací, jakými jsou dekubity, kontraktury, tromboembolická nemoc nebo hypostatická pneumonie. Cílem této péče je rovněž udržení maximální možné míry soběstačnosti (Navrátil, 2025).

V počátečních fázích remise je důležité zaměřit se na prodlužování stavů bdělosti a pozornosti pacienta. Terapie se orientuje na jednoduché, ale reprodukovatelné činnosti, např. sledování předmětů či optickou fixaci. Podstatným prvkem je využití známých podnětů z pacientova běžného života, jako je např. uchopení hrníčku či osušení obličeje ručníkem, které napomáhají nejen zlepšení motoriky, ale rovněž podporují vnímání a pozornost (Lippertová-Grünerová, 2013).

Fyzioterapie v první fázi směřuje k redukci spastických paréz, odstranění patologických postur a prevenci svalové atrofie. Zároveň se pracuje na obnovení rovnováhy a stimulaci vědomé motoriky. Nedílnou součástí terapie je také orofaciální stimulace, která se ve spolupráci s logopedem a fyzioterapeutem zaměřuje na trénink polykání a návrat k orálnímu příjmu potravy (Lippertová-Grünerová, 2013).

Důležitou oblastí je i psychologická podpora. Ta by měla být poskytována již v akutní fázi onemocnění, nejprve především rodině pacienta, a postupně i pacientovi samotnému. Psychologická péče má v tomto kontextu podobu neuropsychologické a psychoterapeutické intervence, jejímž cílem je podpora emoční stability a adaptace na novou životní situaci (Lippertová-Grünerová, 2013).

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu, ve kterém jsme se zaměřili na vnímání péče o apalického pacienta pohledem všeobecné sestry. V této části jsme charakterizovali výzkumný cíl a výzkumné otázky, popsali použitou metodu a techniku sběru dat, metodu analýzy dat, volbu výzkumného souboru a následnou realizaci výzkumu.

3.1 Výzkumný cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je:

- Zjistit a popsat, jak všeobecné sestry vnímají náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem.

Pro dosažení zvoleného hlavního výzkumného cíle jsme si stanovili **dílčí cíle výzkumu**:

- Zjistit a popsat, jak všeobecné sestry vnímají psychickou náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem.
- Zjistit a popsat, jak všeobecné sestry vnímají fyzickou náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem.
- Zjistit a popsat, jak všeobecné sestry vnímají důležitost spolupráce rodinných příslušníků při ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem.

3.2 Výzkumné otázky

V návaznosti na hlavní cíl jsme si stanovili **hlavní výzkumnou otázku**:

- Jak všeobecné sestry vnímají náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem?

Od hlavní výzkumné otázky se odvíjejí **dílčí výzkumné otázky**:

- Jak všeobecné sestry vnímají psychickou náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem?
- Jak všeobecné sestry vnímají fyzickou náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem?
- Jak všeobecné sestry vnímají důležitost spolupráce rodinných příslušníků při ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem?

Tyto otázky slouží k hlubšímu porozumění problematice náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty s apalickým syndromem, s níž se všeobecné sestry každodenně setkávají.

3.3 Výzkumná metoda a technika

Pro praktickou část byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, a to z důvodu hlubšího porozumění zkoumaného tématu a možnosti bližší interakce s participanty. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Creswell, 1998 cit. podle Hendl, 2023, s. 48).

Pro získání kvalitativních dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda umožňuje zachovat předem stanovenou strukturu otázek, a zároveň poskytuje prostor pro doplňující otázky v závislosti na průběhu rozhovoru. Hendl (2023) uvádí, že k tomu, aby měl rozhovor smysluplný průběh, musí mít tazatel jasno v tom, co chce zjistit, klást promyšlené otázky vedoucí k informačně hodnotným odpovědím a poskytovat dotazovanému adekvátní zpětnou vazbu.

3.4 Metoda analýzy dat

Pro zpracování dat polostrukturovaného rozhovoru byly využity dílčí postupy inspirované metodikou zakotvené teorie. Po získání všech rozhovorů následoval jejich doslovný přepis do textového editoru Microsoft Word a následná analýza. V rámci otevřeného kódování byly identifikovány klíčové úseky v textu, kterým byly přiřazeny kódy. Tyto kódy byly následně porovnávány a seskupeny do významových celků, z nichž vzniklo sedm kategorií. Následovalo axiální kódování, během něhož byly mezi jednotlivými kategoriemi hledány souvislosti. Výstupem této fáze byl paradigmatický model, který přehledně znázorňuje vztahy mezi ústředním jevem, kontextem, příčinami, strategií jednání a důsledky.

3.5 Volba výzkumného souboru a jeho charakteristika

Participanti byli zvoleni na základě předem stanovených kritérií:

- Všeobecná sestra.
- Minimálně rok praxe na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen DIOP).

- Ochota spolupráce na výzkumu.

Výzkumu se zúčastnilo šest všeobecných sester, z toho dvě s ARIP specializací. Pro zachování anonymity jsou participanti označení P1-P6. Bližší informace jsou uvedené v Tabulce 1.

Tabulka 1 Participanti

OZNAČENÍ PARTICIPANTA	POHLAVÍ	VĚK	DÉLKA PRAXE NA ODDĚLENÍ	PRACOVNÍ POZICE
P1	Žena	59 let	2 roky	Všeobecná sestra
P2	Žena	59 let	15 let	Všeobecná sestra
P3	Žena	52 let	2 roky	Všeobecná sestra
P4	Žena	44 let	6 let	Všeobecná sestra se specializací ARIP
P5	Žena	52 let	1 rok	Všeobecná sestra
P6	Žena	44 let	8 let	Všeobecná sestra se specializací ARIP

(zdroj: vlastní, 2025)

3.6 Realizace výzkumu

Na oddělení DIOP byli na základě stanovených kritérií vybráni vhodní participanti pro realizaci výzkumu. Následně byli seznámeni s bližšími informacemi a byly domluveny termíny rozhovorů. Rozhovory probíhaly v období od 4. do 31. března 2025 ve večerních hodinách přímo na oddělení. Sběr dat byl realizován až po schválení výzkumu vrchní sestrou

oddělení ARIM, staniční sestrou oddělení DIOP a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Před zahájením rozhovoru byl každý participantem seznámen s jeho průběhem a podepsal informovaný souhlas. Rozhovory byly nahrávány pomocí diktafonu v mobilním telefonu.

Rozhovor č. 1: Participantka P1

- Polostrukturovaný rozhovor s participantkou P1 proběhl 4. března 2025 ve večerních hodinách na oddělení v kuchyňce pro personál. Místo bylo zvoleno kvůli zajištění dostatečného soukromí a absenci rušivých vlivů. Rozhovor trval 16 minut. Zpočátku participantka působila nervózně, ale po několika otázkách nervozita opadla. Odpovídala jasně a věcně. Rozhovor hodnotím jako přínosný.

Rozhovor č. 2: Participantka P2

- Polostrukturovaný rozhovor s participantkou P2 se uskutečnil dne 14. března 2025 ve večerních hodinách ve vyšetřovací místnosti, která poskytovala dostatek soukromí bez rušivých vlivů. Rozhovor trval 16 minut. Participantka reagovala na otázky velmi emotivně a odpovídala do detailu. Rozhovor hodnotím kladně.

Rozhovor č. 3: Participantka P3

- Polostrukturovaný rozhovor s participantkou P3 proběhl 16. března 2025 ve večerních hodinách ve vyšetřovací místnosti pro dostatek soukromí a absenci rušivých vlivů. Rozhovor trval 15 minut. Participantka působila sebevědomě a odpovídala na otázky velmi profesionálně. Rozhovor byl plynulý a přínosný.

Rozhovor č. 4: Participantka P4

- Polostrukturovaný rozhovor s participantkou P4 proběhl dne 20. března 2025 ve večerních hodinách ve vyšetřovací místnosti s dostatečným soukromím. Délka rozhovoru byla 6 minut. Participantka působila klidně a nejevila známky nervozity. Odpovědi byly velmi stručné, i na doplňující otázky. Přesto byl rozhovor přínosný.

Rozhovor č. 5: Participantka P5

- Polostrukturovaný rozhovor s participantkou P5 se uskutečnil dne 21. března 2025 ve večerních hodinách v kuchyňce pro personál. Místo bylo vybráno kvůli zajištění soukromí a nerušeného průběhu. Rozhovor trval 15 minut. Participantka působila velmi otevřeně a odpovídala na otázky věcně a upřímně. Rozhovor byl přínosný.

Rozhovor č. 6: Participantka P6

- Polostrukturovaný rozhovor s participantkou P6 proběhl dne 31. března 2025 ve večerních hodinách v kuchyňce pro personál. Místo zajistilo dostatek soukromí a klid. Rozhovor trval 15 minut. Participantka působila klidně a na otázky odpovídala upřímně. Rozhovor byl přínosný.

4 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

4.1 Otevřené kódování

V přepsaných rozhovorech bylo identifikováno 48 otevřených kódů, které byly následně tematicky uspořádány do sedmi významových kategorií. Součástí interpretace dat jsou i přímé citace participantů, uvedené v původním znění, aby bylo zachováno jejich autentické vyjádření.

4.1.1 Kategorie č. 1 Vnímání kvality života u pacientů s apalickým syndromem

Tabulka 2 Vnímání kvality života u pacientů s apalickým syndromem

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
VNÍMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA U PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM	Vnímání kvality života
	Obtížnost hodnocení kvality života
	Závislost kvality života na péči
	Rozdíly v kvalitě života podle prostředí
	Nejasná prognóza
	Tragické dopady na kvalitu života

(zdroj: vlastní, 2025)

Jedním z významných kódů vzniklých z analýzy rozhovorů je **vnímání kvality života u pacientů s apalickým syndromem**. V odpovědích všech oslovených sester převažuje názor, že kvalita života těchto pacientů je výrazně snížena, a to jak v rovině tělesné, tak i duševní. Některé z výpovědí dokonce reflektují pochybnosti o tom, zda lze v tomto stavu o kvalitě života vůbec hovořit. Participantka P1 uvedla: „Kvalita je omezená tím, že ztratil schopnost vnímat okolí...“ čímž poukázala na ztrátu základního kontaktu s prostředím jako určující faktor snížení kvality života. Participantka P2 vidí apalický syndrom spíše jako formu přežívání: „V tomto případě se nedá velice mluvit o žádné kvalitě života, víceméně se jedná jenom o přežívání a udržování života. V tomto případě jde spíše o utrpení než o klasickou dobrou kvalitu života.“ Participantka P3 konstatovala: „Ta kvalita života samozřejmě prudce klesá.“ Respondentka P4 vyzdvihla naprostou závislost pacienta na ošetrovatelské

péči: „*Ve většině případů to vnímám jako pacienta, který je udržovaný při životě podáváním výživy, hydratací a komplexní ošetrovatelskou péčí.*“ Participantka P5 spojila kvalitu života s absencí autonomie a mentálních funkcí: „*Kvalita života těchto pacientů je velmi nízká, protože nejsou schopni ovládat své tělo, nejsou schopni přemýšlet, myslet, hodnotit situace.*“ Podobně hodnotí stav i participantka P6: „*Myslím si, že ta kvalita života je určitě snižena než u běžného člověka zdravého...*“

Obtížnost hodnocení kvality života byla v rozhovorech zmíněna pouze jednou sestrou, přesto však poukazuje na zásadní nejistotu, kterou mohou v souvislosti s péčí o tyto pacienty pociťovat. Participantka P4 uvedla: „*No, takže velmi těžké posoudit kvalitu života, to určitě.*“

Závislost kvality života na péči se odráží ve výpovědích dvou sester, které si uvědomují, že úroveň poskytované ošetrovatelské péče může výrazně ovlivnit celkový stav a komfort pacienta. Participantka P1 uvedla: „*Ta kvalita je závislá na tom, jak je o pacienta pečováno, jaké má podněty ke stimulaci...*“ Stejného názoru je i participantka P6: „*Myslím si, že záleží na té ošetrovatelské péči hodně, jak kvalitně se provádí...*“

Jedna ze sester upozornila na **rozdíly v kvalitě života podle prostředí**, přičemž domácí prostředí vnímala jako příznivější variantu, která může pozitivně ovlivnit celkový stav pacienta a snížit riziko komplikací spojených s hospitalizací. Participantka P6 uvedla: „*Myslím si, že určitě tam je přínos v tom domácím prostředí, že ta kvalita života bude asi jiná určitě než teda někde při hospitalizaci v nemocnici, kde vlastně může docházet ke komplikacím, ať už pneumonie nebo nějaké infekce močových cest a různé takové...*“

Nejasná prognóza je v souvislosti s apalickým syndromem vnímána jako stav s nejistým vývojem, jehož délku trvání i případný posun ve vědomí nelze spolehlivě předvídat. Tato nejistota se promítá nejen do plánování péče, ale také do vnímání kvality života pacienta. Participantka P6 se vyjádřila následovně: „*Apalický syndrom nebo stav je vlastně neléčitelný stav vegetativní, může trvat několik dnů, několik měsíců, ale i roků.*“

Tragické dopady na kvalitu života vyjádřila participantka P3 ve vztahu k pacientům ve středním věku, u nichž došlo k rozvoji apalického syndromu v důsledku úrazu: „*Většinou to bývají pourazové stavy, kdy dochází k vytvoření toho apalického syndromu, takže co se týče toho středního věku, tak je to samozřejmě má to tragické následky pro tu kvalitu života.*“

4.1.2 Kategorie č. 2: Vnímání smyslu ošetrovatelské péče

Tabulka 3 Vnímání smyslu ošetrovatelské péče

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
VNÍMÁNÍ SMYSLU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	Porucha vnímání
	Odkázanost na péči druhých
	Zajištění základních potřeb
	Prevence komplikací
	Význam péče
	Vnímání péče
	Podpora návratu vědomí

(zdroj: vlastní, 2025)

Porucha vnímání vyjadřuje nejistotu sester ohledně úrovně vědomí pacientů s apalickým syndromem. Výpovědi poukazují na to, že není možné s jistotou posoudit, do jaké míry pacienti vnímají své okolí, chápou svou situaci a zda jsou schopni na jakékoli podněty smysluplně reagovat. Participantka P1 uvedla: „Ztratil schopnost vnímat okolí, reagovat, říkat si o své potřeby, on si neuvědomuje vlastně svou situaci...“ Participantka P2 konstatovala: „Nevíme, do jaké míry vnímají či nevnímají, do jaké míry jsou uzavřeni ve vlastním těle a nemůžou to dát nijak najevo.“ Podobnou nejistotu vyjádřila participantka P5: „Nevíme, do jaké míry jsou schopni používat nebo využívat své smysly, žijí ve vlastním světě, pokud v nějakém a nejsou schopni reagovat na okolí.“ Participantka P6 navíc zmínila myšlenku možného vývoje stavu: „Nevíme, jak dalece ten člověk vnímá nebo ne, jak dalece se může ještě ten stav změnit a do jaké míry ještě je možnost aspoň částečně navrátit toho člověka do nějakého života nebo aspoň času stráveného s rodinou.“

Odkázanost na péči druhých vyjadřuje skutečnost, že pacienti s apalickým syndromem nejsou schopni uspokojovat své základní potřeby a jsou plně závislí na péči poskytované zdravotnickým personálem či blízkými osobami. Participantka P1 uvedla: „Pacient s apalickým syndromem je odkázaný na péči a pomoc druhých osob, podmínky mu zajistí personál a pečující osoby...“ Participantka P3 zdůraznila, že běžná laická pomoc

nestačí: „*Pacient je zcela odkázaný na péči druhé osoby, hlavně na tu odbornou stránku, protože nestačí jenom taková ta běžná lidská ošetrovatelská...*“

Zajištění základních potřeb je sestrami vnímáno jako jeden z hlavních cílů ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem. Péče je zaměřena především na komfort, prevenci bolesti, zachování fyziologických funkcí a minimalizaci komplikací spojených s imobilitou. Participantka P1 uvedla: „*Zajistit ten komfort tomu pacientovi, aby netrpěl, neměl bolesti a cítil se vlastně v pohodě.*“ Podobně participantka P2 zdůraznila zajištění základních tělesných funkcí: „*Můžeme vnímat, aby neměl bolesti, aby se nedusil, aby se mu dobře dýchalo, aby byl najezený, netrpěl hladem...*“ Participantka P4 výstižně shrnula smysl péče: „*Smyslem je zajistit život vlastně bez bolesti a základní potřeby jako výživu, hydrataci, vyprazdňování.*“ Konkrétní činnosti popsala participantka P5: „*Provádí se jim hygiena několikrát denně, polohují se, aby nedocházelo k proleženinám, dává se jim výživa, medikace, v případě že mají nízkou saturaci, tak se jim navyšuje kyslíková terapie, v případě zvýšených teplot se dává medikace na snížení teploty, pokud se nedaří aby čůrali, tak se u nich podporuje čůrání, provádí se u nich rehabilitační cvičení, aby u nich nedocházelo ke ztuhlosti svalů, udržujeme jejich tělo v teple, suchu.*“

Prevence komplikací související s apalickým syndromem je sestrami vnímána jako důležitý aspekt ošetrovatelské péče. Jejím cílem je minimalizovat riziko rozvoje sekundárních komplikací, které mohou mít pro pacienta závažné až fatální následky. Participantka P1 uvedla: „*Předejití zdravotních komplikací a péče o ty, jak bych se vyjádřila...péče o třeba dekubity, ochrnuté třeba končetiny, kontraktury...*“ Participantka P2 vyjádřila podobný postoj: „*Můžeme s péčí zabránit vzniku dekubitů, opruzenin...*“ Participantka P3 zdůraznila význam odbornosti při péči o tyto pacienty: „*Musí být velká znalost těch odborných problematik, tak aby nedošlo k dalšímu poškození zdraví a udržení maximální jakoby tělesné...nějakého tělesného standartu toho pacienta, tak aby nedošlo k rozvoji dalších komplikací.*“

Význam péče se ve výpovědích sester opakuje nejčastěji. Péče nebyla vnímána pouze jako odborný výkon, ale především jako prostředek k zachování lidské důstojnosti a respektu vůči pacientovi. Participantka P1 uvedla: „*Ten smysl je vlastně v zachování nějakého důstojného dožití nebo důstojnosti člověka.*“ Participantka P2 zdůraznila význam péče: „*U pacienta s apalickým syndromem je vlastně ošetrovatelská péče to nejdůležitější...*“ Participantka P5 vyjádřila podobný postoj: „*Dokud tito lidé žijí, tak je potřeba se o ně postarat, protože se o sebe nedokážou postarat sami.*“ A participantka P6

konstatovala: „Smysl ošetrovatelská péče u pacienta myslím si, že má, stojí to za to se pokusit.“

Vnímání péče u pacientů s apalickým syndromem je sestrami spojováno především s její náročností. Zdůrazňovány jsou jak psychické, tak fyzické aspekty této péče. Participantka P1 uvedla: „No, péče je velmi náročná jak psychicky, tak fyzicky.“ Participantka P4 doplnila: „No ta péče je určitě náročná, ale tak jak u ležícího pacienta všeobecně.“

Podpora návratu vědomí vyjadřuje přesvědčení sester, že dlouhodobá ošetrovatelská péče může napomoci k případnému obnovení vědomí u pacientů s apalickým syndromem. Participantka P1 vyjádřila názor, že: „Je ta péče náročná, ale zároveň se ti pacienti dají vlastně někam posunout takto jako, že s tou dlouhodobou péčí dokážou pak třeba začít reagovat na nějaké podněty.“ Participantka P2 dodala: „Jestli je tam nějaká možnost návratu vědomí, tak podpořit ten návrat vědomí.“ Participantka P3 v této souvislosti poznamenala: „Nehledě na to, že samozřejmě jak se říká, naděje umírá poslední a je potřeba udržet takový ten tělesný i pokud možno nějaký duševní stav na takové úrovni, aby pacient potom se mohl v případě nějakýho nabití vědomí, aby se mohl nějakým trošku způsobem zase vrátit do života.“

4.1.3 Kategorie č. 3: Komunikace s pacientem a hodnocení jeho potřeb

Tabulka 4 Komunikace s pacientem a hodnocení jeho potřeb

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
KOMUNIKACE S PACIENTEM A HODNOCENÍ JEHO POTŘEB	Náročnost komunikace
	Hodnocení potřeb
	Reakce na známé podněty
	Nejasná reakce na známé podněty

(zdroj: vlastní, 2025)

Náročnost komunikace s pacientem v apalickém stavu spočívá především v její jednostrannosti a absenci zpětné vazby. Přesto sestry komunikaci nepodceňují. Pacienta oslovují, informují ho o prováděných úkonech a využívají prvky bazální stimulace. Tento způsob komunikace vnímají jako důležitý pro zachování důstojného přístupu k pacientovi.

Participantka P1 popsala svůj přístup takto: „*I když ten pacient vlastně takto leží pro ostatní bez reakce, tak se k němu chováme jako k pacientovi, který by nám třeba odpověděl. Takže pozdrav, oslovení...ptáme se ho na bolesti, jestli je mu zima a chováme se k němu tak, jako kdyby nám odpověděl, i když nám neodpoví.*“ Participantka P2 popsala komunikaci s pacientem jako způsob, jak zmírnit jeho případný stres a emocionální nepohodu: „*Tady se víceméně jedná pouze o jednostrannou komunikaci z mé strany, kdy prostě aby ten pacient nebyl ve stresu, protože jak už jsem zmínila, nevíme, do jaké míry vnímá či nevnímá, tak aby nebyl ve stresu co se sním bude dělat, aby netrpěl strachem, zmatkem, stresem.*“ Participantka P3 zdůraznila význam osobního oslovení i spolupráce s rodinou: „*Tak snažíme se určitě o ten fyzický kontakt jo, takové ty obvyklé místa k tomu kontaktu, samozřejmě oslovujeme, nejčastěji oslovujeme samozřejmě příjmením nebo jménem dle dohody, protože tam ta spolupráce s tou rodinou je strašně důležitá, protože ne každý reaguje na své původní křtěné jméno, ale mnohdy reaguje úplně na jméno, kterým ho oslovovali třeba doma nebo takoví ti nejbližší, takže spíš jako ten začátek té komunikace a mluvíme naňho normálně, když vlastně je veškerý postup třeba co u toho pacienta provádíme, teď Vás otočím nebo teď Vám umyju oči a tak dále třeba při té hygieně, takže všechno v podstatě jakoby říkáme, i když ta odezva tam není žádná.*“ Participantka P4 zmínila i využívání prvků bazální stimulace při komunikaci: „*Tak při té komunikaci využíváme hodně vlastně prvků z té bazální stimulace jako iniciační dotek, na pacienta určitě mluvíme tak, jako by šlo o pacienta při vědomí.*“ Participantka P5 uvedla: „*Je to jednostranná komunikace. Hovoříme na pacienta, pouštíme mu hudbu, informujeme ho o tom, co sním budeme dělat, aby věděl.*“ Participantka P6 dodala: „*Využívá se bazální stimulace u pacienta, je to iniciační dotek úvodní, je to vlastně určitě popis veškeré činnosti co se dělá u pacienta, může to být formou od rodiny nějaké nahrávky nebo nějaké sdělení od nich, takže jako mluvené slovo, ale určitě jako personál teda popis všech vlastně dějů, co se děje kolem toho člověka v ten daný moment nebo po příchodu na pokoj.*“

Hodnocení potřeb pacientů s apalickým syndromem představuje pro sestry náročnou oblast péče, zejména kvůli absenci přímé komunikace. Sestry jsou odkázány na vlastní zkušenosti, intuici a sledování neverbálních projevů pacienta. Participantka P1 uvedla: „*Člověk musí vysledovat s reakcí toho apalického pacienta...grimasy, jestli se mu dobře leží a z celkového stavu pozorovat jak ten pacient...jestli je mu to příjemné, a hlavně aby byl v těch polohách přirozených, i když si neřekne, tak my musíme vyhledat tu polohu, aby mu byla příjemná.*“ Participantka P3 doplnila: „*Čím déle o něho pečujeme, tím lépe*

vnímáme jeho pohodlí nebo nepohodlí nebo jeho potřeby, protože vytvoříme si tu znalost že, těch jeho potřeb a ať jsou to ty tělesné, že vidíme to nepohodlí nebo tak a nebo naopak vypořádujeme že jako i psychicky naňho působí něco špatně, třeba hluk nebo naopak potřebuje takový ten aktivně něco slyšet že, takže spíš to vnímáme takto.“ Participantka P5 konstatovala: *„Pacient s apalickým syndromem nepomůže, není schopen dát najevo jestli se mu něco líbí nebo nelíbí, jestli je to pro něho příjemné nebo není, jestli ho něco tlačí, jestli ho něco bolí, takže je péče o tohoto pacienta je dána hodně na intuici, kdy musí ošetrovatelský personál odhadnout, v jaké je jeho tělo situaci a co potřebuje, jestli mu může být zima nebo teplo nebo horko, jestli má dobrou polohu a podle toho se zachovat.“*

Reakce na známé podněty byly zmíněny ve dvou výpovědích jako možné projevy určité míry vnímání okolí. Pacienti mohou podle sester reagovat na osobní předměty, hudbu nebo přítomnost blízkých. Participantka P1 uvedla: *„I po delší době může třeba promluvit nebo vnímat tu rodinu, reagovat na nějaký podnět třeba, na nějaký...jak bych to řekla...osobní předmět třeba, který přinese rodina nebo na hudbu nebo na ty příbuzné, úsměv...“* Participantka P5 doplnila: *„Jsou případy, že někteří se usmějí nebo pohnou očima nějakým směrem, ale to je tak maximum vlastně, které je jakoby jejich projev.“*

Nejasná reakce na známé podněty poukazuje na obtížnost rozlišit, zda pacient skutečně na podnět reaguje nebo zda jde o mimovolný tělesný projev. Participantka P5 se k tomu vyjádřila následovně: *„Někteří se jakoby mimovolně usmívají a těžko říct, jestli se jedná o reakci na ten podnět nebo je to mimovolné.“*

4.1.4 Kategorie č. 4: Bazální stimulace

Tabulka 5 Bazální stimulace

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
BAZÁLNÍ STIMULACE	Důležitost bazální stimulace
	Nedostatek času na bazální stimulaci
	Nedostatečná bazální stimulace
	Návrh na zlepšení bazální stimulace
	Absolvování kurzu bazální stimulace
	Absence kurzu bazální stimulace

(zdroj: vlastní, 2025)

Důležitost bazální stimulace se ve výpovědích sester objevovala opakovaně. Na základě jejich zkušeností lze konstatovat, že tento koncept představuje běžnou a zároveň nepostradatelnou součást péče o pacienty s apalickým syndromem. Participantka P2 uvedla: „Bazální stimulaci se snažíme přiblížit tomu dotyčnému co se dělo před tím úrazem, co měl rád, co ho bavilo, kde žil, s kým žil...“ Participantka P3 zdůraznila význam bazální stimulace: „Bazální stimulace to je takový základní kámen při péči o tady ty pacienty a bez bazální stimulace určitě nejde pečovat dneska už, patří to normálně ke standartu péče.“ Participantka P4 uvedla konkrétní stimulační prvky: „Užití v praxi tak nejvíce samozřejmě polohování, iniciační doteky, orální stimulace, vizuální, sluchová. Poskytujeme i třeba MP3 přehrávače, když to přinese rodina a podobně.“ Na možnost, že bazální stimulace může pomoci pacientovi alespoň částečně navázat kontakt s okolním prostředím upozornila participantka P5: „Je to jeden z mála projevů, které jsou pravděpodobně schopni vnímat. By to byl jakoby podnět, který by je mohl přibližovat k tomuto světu nebo do toho prostoru, ve kterém jsou.“

Nedostatek času na bazální stimulaci poukazuje na skutečnost, že sestry nemají vždy prostor věnovat se této formě péče. Participantka P2 uvedla: „My vzhledem k tomu, že nemáme jednoho pacienta v apalickém syndromu, ale máme jich více na starosti, proto nemáme tolik času věnovat bazální stimulaci, která je u těchto pacientů stejně důležitá, jak

ta ošetrovatelská péče... “ Nedostatek času zmiňovala i participantka P5: „Co se týká bazální stimulace, ne vždy je čas se tímto zabývat nebo potom kdy ten čas je, tak už pacienti třeba spí a zase už není prostor jim tu bazální stimulaci poskytnout.“

Nedostatečná bazální stimulace vyjadřuje názor, že tato forma péče není vždy využívána v takové míře, v jaké by mohla být. Participantka P6 uvedla: *„Myslím si, že u nás teda na oddělení by se to dalo víc využívat, ale je to závislé na tom, jaká je skladba pacientů, v jakém jsou zdravotním stavu, kolik je ošetrujícího personálu...“*

Návrh na zlepšení bazální stimulace navrhla participantka P6, která uvedla možnost vyčlenění jedné osoby z personálu pro individuální práci s pacientem v průběhu celé směny: *„Myslím si, že by bylo fajn, kdyby třeba z toho personálu jeden člověk ten den byl třeba vyčleněný pro jednoho pacienta, u kterého tu bazální stimulaci by vyloženě dělal i po tu svoji směnu, a vím, že třeba na jiném oddělení sestra kde prováděla tu stimulaci, tak byla jakdyby na tom pokoji sama s tím pacientem, nikdo tam nesměl chodit a věnovala se vlastně celé té až už ráno té koupeli stimulující nebo na večer zklidňující, takže spíš jako takto se vyčlenila sestra, která se opravdu jako věnovala té bazální stimulaci v podstatě do hloubky.“*

Absolvování kurzu bazální stimulace zmiňovalo více participantek. Z jejich výpovědí vyplývá, že většina z nich má s tímto typem vzdělávání osobní zkušenost. Participantka P2 uvedla: *„Mám zkušenost...“* Participantka P3 sdělila: *„Jako většinou všechny procházíme tady tím školením, jsou to vlastně dvě úrovně že, od té jedné základní, až po tu nejvyšší...“* Podobně se vyjádřila i participantka P4: *„Prošla jsem kurzem bazální stimulace jak základní, tak rozšířenou bazální stimulací.“* Absolvování obou úrovní kurzu potvrdila rovněž participantka P6: *„Školení máme, absolvovali jsme základní kurz a nástavbový kurz bazální stimulace...“*

Absence kurzu bazální stimulace byla zmíněna dvěma participantkami, které s tímto typem vzdělávání dosud nemají zkušenost. Participantka P1 uvedla: *„Zkušenost s bazální stimulací nemám...“* Podobně odpověděla na otázku absolvování kurzu i participantka P5: *„Zatím ne.“*

4.1.5 Kategorie č. 5: Role rodiny v ošetrovatelské péči

Tabulka 6 Role rodiny v ošetrovatelské péči

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
ROLE RODINY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	Zapojení rodiny do péče
	Vliv postoje rodiny na spolupráci
	Rodina jako zdroj informací
	Absence rodiny jako komplikace
	Nutnost odborných znalostí při péči
	Psychická bariéra rodiny při péči
	Pasivita rodiny při péči
	Pozitivní vliv rodiny na stav pacienta
	Negativní vliv rodiny na stav pacienta

(zdroj: vlastní, 2025)

Zapojení rodiny do péče vnímaly sestry jako důležitý přínos, zejména v souvislosti s bazální stimulací, individualizací péče a také edukací rodinných příslušníků. Participantka P1 popsala zapojení rodiny následovně: „*Ta rodina jak zajistí ty hygienické pomůcky, na které byl třeba pacient zvyklý, které třeba my nemáme, pak může stím pacientem vlastně třeba si číst, předčítat mu něco co byl, co třeba měl rád doma, může mu pustit hudbu, může sním mluvit, vzpomínat na to třeba co měl pacient rád a může mu i třeba jídlo pokud ten pacient je schopný, může mu to jídlo podávat nebo něco třeba z hygienické péče, třeba oholení je příjemnější pro toho pacienta když to dělá příbuzný než třeba ten personál, třeba i stříhání nehtů...*“ Participantka P2 zmínila konkrétní možnosti zapojení v bazální stimulaci: „*Jak jsem říkala, v tomto ohledu víceméně hlavně v ohledu bazální stimulace. Že mu můžou donést to co měl rád, jaké jídla měl rád, jaké vůně měl rád, jako co doma používal, jakou kosmetiku, jakou toaletní vodu. Potom mu fotky můžou přinést, vykládat co rodinní příslušníci ostatní dělají, čím se zabývají, aby ho to motivovalo se vrátit prostě...*“ Podobné zkušenosti popsala participantka P3: „*Nejčastěji samozřejmě co se týče těch pomůcek*

hygienických, to se rádi oni zapojují, protože třeba přinesou to, co ten pacient rád používal. U mužů třeba při holení nebo u ženy třeba oblíbená vůně, a tak to je zase takový jako bazálně stimulační, je to důležitý a nebo pokud už pacient je schopen nějakým způsobem aspoň bazálně přijímat třeba tekutiny nějaká malý množství, tak taky samozřejmě je to přínosný, když oni nám přinesou to, co pacient měl rád a tak.“ Participantka P4 zmínila zájem rodiny o edukaci v péči: „Chtějí edukovat v oblasti té péče o dýchací cesty, pokud to jsou tracheostomovaní pacienti, krmení nebo orální bazální stimulace, polohování. Je to úleva určitě pro ten ošetřující personál.“ Participantka P5 dodala, že někteří rodinní příslušníci se aktivně zapojují i prostřednictvím cvičení a masáží: „Donáší pacientovi hygienické potřeby, v rámci bazální stimulace mu nosí potraviny které měl rád, na které byl zvyklý, donáší mu rádio nebo kazeťák s hudbou kterou měl rád, kterou poslouchal. Někteří, kteří to umí, dělají svým rodinným příslušníkům masáže, rehabilitační cvičení, snaží se s nima pracovat, aby jim pobyt v nemocnici zpříjemnili.“ Participantka P6 popsala i spolupráci s rehabilitačními pracovníky: „Bazální stimulace per os, že třeba zkouší na lžičku něco podat pacientovi se souhlasem personálu. Potom můžou dělat různé masáže, protahování, někdy se domluví s rehabilitačním pracovníkem, ať jim ukáže, jak pečovat o toho svého příbuzného, takže kdyby péče o tu pokožku, promazávání, můžou pouštět nějakou hudbu třeba, ale vesměs třeba ta péče ošetrovatelská o tu kůži bych řekla nebo nějaké jako ten per os příjem spíš co měli třeba rádi, tak se jim dává.“

Vliv postoje rodiny na spolupráci vnímaly sestry rozdílně. Z výpovědí vyplynulo, že přístup rodinných příslušníků může spolupráci s personálem výrazně ovlivnit, jak pozitivně, tak i negativně. Participantka P1 popsala situace, kdy rodina nedokáže přijmout závažnost zdravotního stavu pacienta, což se může promítnout do komunikace s personálem: „Někdy je to přínos, někdy je to horší, protože hodně ta rodina nedokáže ten stav toho pacienta jako zvážit a srovnat se s tím, jak je ten stav třeba špatný, takže pak třeba reagují špatně na ten personál...“ Podobný názor vyjádřila i participantka P5: „Záleží, o jaké rodinné příslušníky se jedná. Jestli jsou k naší péči a k pacientovi v té situaci, ve které ten pacient je, pozitivní, snaží se pomáhat, je s nima dobrá komunikace, vycházejí vstříc a nebo jsou z té situace...nejsou spokojení s péčí, nejsou spokojení se stavem pacienta a není s nima dobrá komunikace a spolupráce.“

Rodina jako zdroj informací byla sestrami vnímána jako nezbytná pro zajištění kvalitní péče přizpůsobené konkrétním potřebám pacienta. Z výpovědí vyplynulo, že personál získává důležité informace právě díky rodině, nejčastěji prostřednictvím

biografické anamnézy. Participantka P2 uvedla: „*Oni nejlíp ví, co měl rád, co neměl rád, co ho bavilo, co ho nebavilo, jaké zvířata měl rád, zda měl rád psy, neměl rád psy, jakým způsobem žil, jaké měl rád vůně. To oni ví, i když nám napíšou tu biografickou anamnézu, tak oni stím člověkem žili, takže oni nejlíp ví, co mu dělalo dobře a co spíš ne.*“ Podobně se vyjádřila i participantka P3: „*Oni samozřejmě nám zprostředkují i to, co pacient měl rád a neměl rád v tom předchozím životě, než upadl do apalického syndromu. A jeho oblíbené věci, oblíbené podněty, oblíbené doteky, to, co my můžeme díky té rodině zprostředkovat ve prospěch toho pacienta a taky třeba i co se týče péče a zvyklostí při hygieně, protože i tady ty věci jsou pro toho pacienta strašně důležité.*“ Význam informací od rodiny zdůraznila také participantka P6: „*Tam je velký význam té rodiny, vlastně vypisují vždycky na oddělení biografickou anamnézu ti příbuzní, kde uvádějí veškeré informace, co teda pacient měl doma nebo v domácím prostředí rád nebo jaké měl zvyky...*“

Absence rodiny jako komplikace byla vnímána jako faktor, který ztěžuje přizpůsobení péče individuálním potřebám pacienta. Pokud není k dispozici žádný rodinný příslušník, sestry musí informace o pacientovi zjišťovat postupně, což celý proces péče zpomaluje. Participantka P3 konstatovala: „*Důležité je taky samozřejmě, aby ta rodina nějaká byla nebo nějakí blízcí byli, protože pokud jako ta spolupráce není, tak je to mnohem těžší...musíme si sami vytvořit nějaký prostě plán a zjistit si teprve vlastně úplně od píky, co tomu pacientovi vyhovuje a co je pro něho příznivé, kdežto ta rodina nám může tady ty věci strašně rychle zprostředkovat.*“

Participantka P3 zmínila **nutnost odborných znalostí při péči** v souvislosti se zapojením rodiny. Péče podle její výpovědi vyžaduje odborný přístup kvalifikovaného personálu, protože i malé pochybení může mít vážné následky: „*No ono v podstatě ta péče jako vyžaduje určitý jako odborný přístup. Protože pokazit se dá něco velice snadno, co se pak těžko a dlouho napravuje, protože přece jenom tělo apalika reaguje úplně jinak než tělo zdravé, jenom třeba ležícího člověka při chřipce, takže rozhodně by to mělo být hlavně v kompetenci člověka odborníka.*“

Psychická bariéra rodiny při péči byla dvěma participantkami vnímána jako překážka pro rodinu se aktivně zapojit do péče. Podle jejich výpovědí příbuzní často pocítují obavy, že by pacientovi mohli neúmyslně ublížit. Participantka P4 uvedla: „*Většinou to lidi odmítají, bojí se pacienta nebo svého blízkého dotknout a vůbec jako představa, že by měli udělat tu ošetrovatelskou činnost, jako přebalení nebo odsávání z dýchacích cest, tak to vidí jako asi velkou zátěž pro ně, možná i psychickou a pro někoho nepřekonatelnou.*“ Podobný

názor vyjádřila i participantka P6: „*Někdy si myslím, že se jako bojí, aby třeba nějak neublížili, tak se spíš tak jakože drží zpátky...*“

Pasivita rodiny při péči byla zmíněna ve výpovědích dvou participantek. Podle jejich zkušeností někteří příbuzní nemají zájem se zapojit do péče o pacienta, a to ani v případech, kdy by mohli zvládnout základní úkony. Participantka P2 uvedla: „*Málokdy prostě by ho přebalili, málokdy by ho nakrmili, protože nakrmení do PEGU nebo sondy jim nepřípadá na stejné úrovni, jako jídlo ústy. Takže pro ně vlastně to není výživa do sondy nebo do PEGU. Takže v tom případě ani oni nemají zájem je krmit tímto způsobem.*“ Participantka P4 se vyjádřila následovně: „*Málokterá rodina má zájem se zapojit do péče.*“

Pozitivní vliv rodiny na stav pacienta byl několika participantkami vnímán jako významný aspekt péče. Z jejich výpovědí vyplynulo, že pacienti s apalickým syndromem mohou lépe reagovat na přítomnost blízkých než na podněty ze strany personálu. Přítomnost rodiny a známé hlasy mohou pacienta stimulovat a pozitivně ovlivnit jeho stav. Participantka P1 uvedla: „*Oni pomáhají vlastně nebo dokáží pomoci v té bazální stimulaci a ten pacient taky na tu rodinu může reagovat, protože je vnímá a může se ten jeho vlastně stav s kontaktem...kdy má kontakt s tou rodinou ten stav se může hodně zlepšovat. Reagují ti pacienti dobře na něho, takže ta rodina je velmi důležitá.*“ Participantka P3 doplnila: „*Hlavně co se týče té ošetrovatelské péče po té psychické stránce, protože to je dávno prokázané vědecky, že pacienti reagují lépe na známé podněty...*“ Podobně se vyjádřila i participantka P5: „*Je předpoklad, že tito pacienti jsou schopni nějakým způsobem vnímat zvuky, které jsou jim známé nebo povědomé, barvu hlasu, která je jim známá nebo povědomá, případně jazyk. Takže když zaslechnou řeč rodinných příslušníků, které znají, tak jsou schopni na ně i když na ně nereagují, tak jsou schopni je jakoby zachytit.*“ Také participantka P6 pozorovala, že reakce na rodinu bývají silnější než na personál: „*Ti lidé můžou víc začít třeba reagovat na podněty víc od rodiny, jak od nás od personálu...*“

Participantka P3 zmínila možný **negativní vliv rodiny na stav pacienta**, kdy mohou někteří pacienti s apalickým syndromem reagovat na přítomnost rodinných příslušníků nepříznivě. Vyjádřila se následovně: „*Dokonce dokážeme vypožorovat i na koho reagují třeba negativně. Ty projevy jsou různé že, může dokonce se třeba ten pacient i mračit jo nebo jsou tam různé tělesné funkce, které se v té chvíli mění i do těch špatných hodnot, i to nebo může vznikat takový nějaký velmi neklidný třes...*“

4.1.6 Kategorie č. 6: Psychická náročnost ošetrovatelské péče

Tabulka 7 Psychická náročnost ošetrovatelské péče

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
PSYCHICKÁ NÁROČNOST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	Emoce
	Potlačení emocí
	Rozdíly v emocích podle věku pacienta
	Uvědomování si křehkosti života
	Motivace
	Pochybnosti o smyslu péče

(zdroj: vlastní, 2025)

Emoce spojené s péčí o pacienty s apalickým syndromem se ve výpovědích sester objevovaly poměrně často. Převládaly především pocity smutku, lítosti a soucitu, a to jak vůči samotnému pacientovi, tak i jeho rodině. Participantka P1 uvedla: „Často se snaží člověk soucítit a vcítit do toho pacienta...“ Participantka P2 popsala emoce jako: „Bohužel negativní. Víceméně je to jenom smutek, beznaděj...“ Podobně se vyjádřila i participantka P3: „Tak určitě je to lítost, určitě je nám líto toho pacienta, je nám líto i té rodiny, která třeba je fungující, která prostě drží tu naději, že by došlo ke zlepšení.“ Stejně emoce zmínila i participantka P4: „Smutek, lítost. Ve většině případů mi je teda líto jich i jejich rodin...“ Odlišný postoj vyjádřila participantka P5: „Žádné emoce nemám.“ Participantka P6 se vyjádřila stručně: „Jedním slovem emoce...možná nějaká lítost.“

V souvislosti s péčí o pacienty s apalickým syndromem sestry popisovaly nutnost **potlačení** vlastních **emocí** a udržení profesionálního přístupu i v psychicky náročných situacích. Participantka P1 uvedla: „Ale zároveň to musí v některých chvílích člověk překonat, protože je nutné prostě mít tu zodpovědnost se o něho postarat.“ Participantka P3 konstatovala: „Zachovávat prostě chladnou hlavu při rozhodování, nenechat se příliš jako unášet emocemi, i když nejsme roboti že, jako nelze úplně potlačit tu lidskou stránku...“

Rozdíly v emocích podle věku pacienta se podle výpovědí některých sester promítají do vnímání náročnosti péče. Emoce bývají silnější zejména při péči o mladé nebo dětské

pacienty, kdy si sestry uvědomují přerušenu životní perspektivu. Participantka P3 uvedla: „*Obzvlášť pokud je to člověk do té doby relativně mladý aktivní třeba i inteligentní, za kterým je prostě nějaký i zajímavý život, tak o to je těžší ta práce okolo něho, protože vidíme, co všechno vlastně tím stavem bylo přerušeno.*“ Podobně se vyjádřila i participantka P6: „*Je to jiné myslím si že u dětí tyto stavy, myslím si, že jsou jiné u mladých lidí ty emoce a zase možná jiné třeba u starších lidí, kteří jsou na sklonku života, takže si myslím, že určitě nějaké zamyšlení někdy to určitě vyvolává.*“

Uvědomování si křehkosti života se u některých sester objevovalo ve chvílích, kdy přemýšlely nad osudy pacientů. Uvědomovaly si, že podobná situace může potkat kohokoli, včetně jejich blízkých. Participantka P3 se vyjádřila následovně: „*Také jsou různé okolnosti, které jako vedou k tomu, že ten pacient se dostal do takového stavu. Protože mnohdy to můžou být situace, které vlastně si vůbec nezavinil, zavinila je třeba druhá osoba nebo nějaká nešťastná náhoda, a takže nad tady tím vším jako my přemýšlíme, a když si to promítneme třeba na své blízké nebo na lidi z naší rodiny nebo tak, na kterým nám záleží, tak je to takové těžké si představit, že by se toto mohlo stát i nám.*“ Podobně uvažovala i participantka P4, která poznamenala: „*Jako sama bych nechtěla být udržována ve stavu vigilního kóma.*“

Motivace k péči o pacienty s apalickým syndromem byla u sester nejčastěji spojena se snahou poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči ve spolupráci s rodinou a v některých případech také s vírou v možné zlepšení zdravotního stavu. Ve výpovědích se objevovalo jak vědomí profesní odpovědnosti, tak i osobní přesvědčení o smyslu této práce. Participantka P2 uvedla: „*Zkvalitnit tu ošetrovatelskou péči, protože to je vlastně to jediné, co pro toho člověka můžeme udělat. Kvalitní ošetrovatelská péče a bazální stimulace, abysme ho prostě po fyzické stránce zajistili a taky po psychické...*“ Participantka P3 popsala motivaci jako naději na zlepšení: „*Hlavně ta naděje, že může dojít ke zlepšení, že třeba může dojít k procitnutí nebo nabytí vědomí a nebo čím déle třeba udržíme pacienta bez nějakých větších komplikací, taky je to taková motivace.*“ Participantka P4 přistupovala k péči spíše pragmaticky: „*No vnímám to prostě jako svoji práci, asi nic víc.*“ Participantka P5 spojila motivaci s odpovědností: „*Je to pocit, že je o tyto lidi se potřeba postarat, protože nejsou schopni se o sebe postarat sami.*“ Participantka P6 popsala motivaci jako snahu hledat další možnosti, jak péči posouvat: „*Člověk se snaží udělat jakdyby co nejvíc pro toho člověka, potom i s tou rodinou vlastně ta komunikace a najít nějakou cestu, jak třeba ještě by to šlo ten stav trošičku pozměnit.*“

Pochybnosti o smyslu péče se objevily ve výpovědi participantky P2. Ta poukázala na to, že i přes veškerou snahu personálu nemusí mít poskytovaná péče pro pacienta dlouhodobý efekt: „*I když pro toho pacienta se snažíme udělat všechno, tak stejně jako to víceméně nemá žádný dlouhodobý efekt nebo smysl.*“

4.1.7 Kategorie č. 7: Fyzická náročnost ošetrovatelské péče

Tabulka 8 Fyzická náročnost ošetrovatelské péče

KATEGORIE	KÓDY REPREZENTUJÍCÍ KATEGORII
FYZICKÁ NÁROČNOST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	Fyzická náročnost
	Fyzická omezení
	Náročnost péče o neklidné pacienty
	Náročnost provádění intimní hygieny
	Vliv hmotnosti pacienta na fyzickou náročnost
	Rozdíl ve fyzické manipulaci u neapalických pacientů
	Dopady na tělesné zdraví
	Benefity na podporu zdraví personálu

(zdroj: vlastní, 2025)

Fyzická náročnost péče o pacienty s apalickým syndromem se v rozhovorech sester opakovaně objevovala v souvislosti s každodenní manipulací s pacientem, polohováním a hygienickou péčí. Participantka P1 uvedla: „*Jako nejnáročnější je určitě ta práce kolem toho lůžka, kde je to fyzicky náročné, to je přesouvání třeba do koupelny při hygieně, při těch různých posunech, i v péči o rány a dekubity, to samé při polohování pacienta, je to fyzicky náročné...*“ Podobně se vyjádřila i participantka P2: „*Víceméně ta manipulace, to polohování...to je to nejnáročnější v této péči.*“ Participantka P3 upozornila na opakované zvedání těžkých pacientů: „*Veškerá váha pacienta v podstatě je jakoby na personálu že, i když jsou pomůcky, jsou možnosti, jsou techniky, které nám to usnadní a nebo máme i na to různé školení, tak v každém případě se to podepisuje samozřejmě na tom našem zdraví,*

protože je to opakované zvedání těžké váhy že a vyloučit se to prostě nedá...“ Participantka P4 zmínila fyzickou náročnost hygienické péče: *„Určitě celkově tu denní hygienu, toaletu ráno v poledne a večer, v případě potřeby častěji, celková koupel na lůžku, to považuji za hodně náročné.“*

Vliv hmotnosti pacienta na fyzickou náročnost byl zmíněn dvěma participantkami, které upozornily, že manipulace je výrazně náročnější u osob s vyšší tělesnou hmotností. Podle jejich výpovědí představují tito pacienti pro personál větší fyzickou zátěž i přes využívání kompenzačních pomůcek. Participantka P6 uvedla: *„Je rozdíl, jestli se jedná o ženu, která váží míň, pokud se jedná o muže, který třeba váhově je víc, tak ta zátěž pro ten personál je větší si myslím, co se týče nějakého jako fyzického zatížení...“* Podobně participantka P5 konstatovala: *„Pokud je to velký a těžký pacient, tak je ta manipulace s tímto pacientem nejnáročnější.“*

Rozdíl ve fyzické manipulaci u neapalických pacientů popsala participantka P2. Manipulace s těmito pacienty je podle ní výrazně náročnější, protože nejsou schopni jakkoliv spolupracovat a často se přidružují i další komplikace, jako je spasticita či kontraktury. Vyjádřila to slovy: *„Pacienti, kteří nejsou apalici, tak zaprvé můžou nějakým způsobem pomoci, můžou se přichytit, můžou cokoli. Nejsou spastiční nebo neměli by být, protože tady se nemá jednat o kontraktury, když nejsou apalici, takže co se týká té fyzické stránky a manipulace, tak tam je veliký rozdíl.“*

Sestry ve svých výpovědích popisovaly **fyzická omezení** pacientů s apalickým syndromem především jako bezvládnost a přítomnost spasticity. Participantka P6 poukázala na imobilitu těchto pacientů: *„V tom apalickém stavu ti lidi nemají vůbec nebo jsou jakože bezvládní, není tam žádný pohyb, můžou být spastiční...“* Podobně se vyjádřila participantka P2: *„Pacienti v apalickém syndromu jsou většinou bezvládní, spastiční...“*

Náročnost péče o neklidné pacienty se objevila v jedné výpovědi, která upozorňovala na to, že i pacienti v apalickém stavu mohou někdy vykazovat známky neklidu nebo odporu vůči ošetrovatelské péči. Participantka P3 uvedla: *„Tak samozřejmě neklidný, agresivní pacient, to bývá těžké. To bývá nejtěžší samozřejmě, protože poskytnout péči kvalitní na standardní úrovni musíme i pro pacienty, kteří se k nám staví naprosto negativisticky že, což lze i při tom apalickém syndromu.“*

Náročnost provádění intimní hygieny zmínila participantka P3 v souvislosti s negativními reakcemi pacientů během tohoto úkonu, jelikož se týká citlivých oblastí

těla: „*No asi ta taková ta intimní hygiena, protože tam většinou jako u těch pacientů dochází malinko k nějaké reakci, protože přece jenom jsou to takové už ty intimnější věci, které většinou každý člověk si jako si vykonával sám, a tak tam bývají někdy takové ty negativní reakce, tak to jako se snažíme maximálně citlivě, to bývá pro ně takové nepříjemné.*“

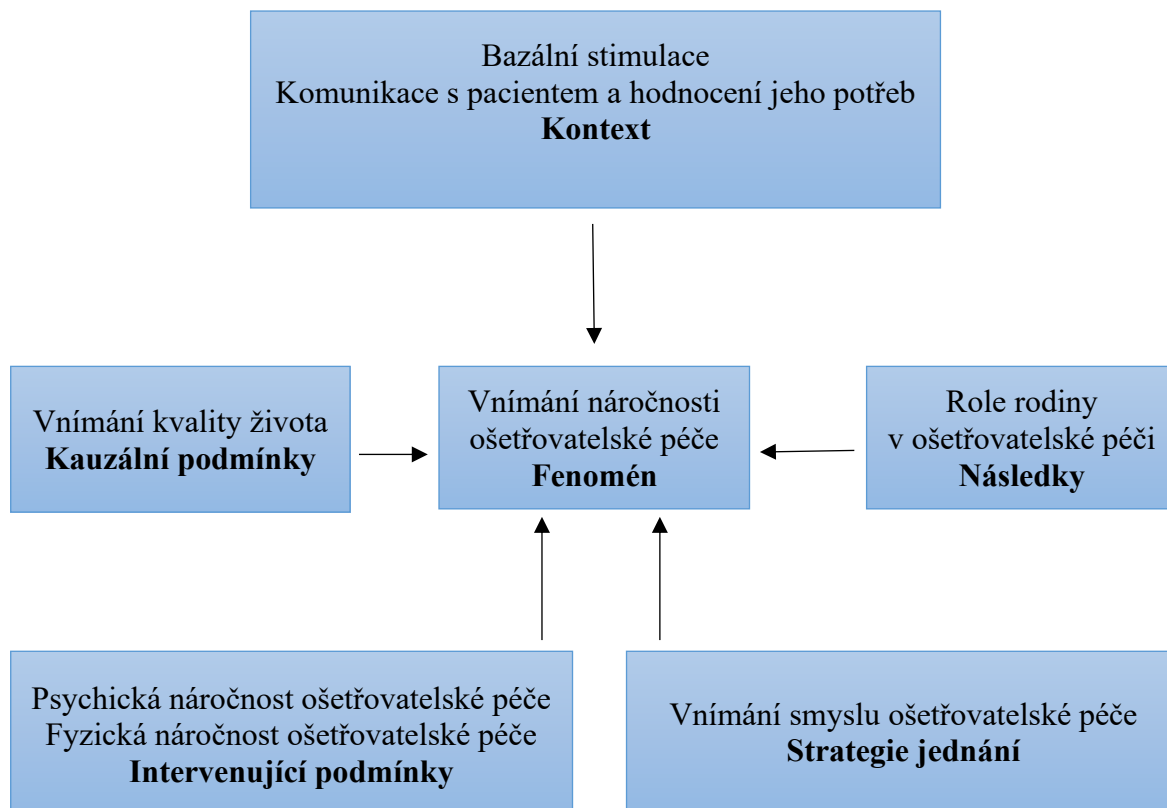
Dopady na tělesné zdraví se ve výpovědích sester vyskytovaly opakovaně. Dlouhodobá péče o pacienty s apalickým syndromem byla spojována s bolestmi zad, kloubů a fyzickou únavou. Sestry zmiňovaly, že častá manipulace s pacientem, polohování a práce ve směnném provozu mají negativní vliv na jejich tělesnou kondici. Participantka P1 uvedla: „*Určitě je to fyzická zátěž na záda, na ruce, musí se člověk snažit, aby se vyhýbal, aby si ty záda úplně neodrovnal, snažit se využít té polohy na tom lůžku, aby se nemusel zatínat do protitahu toho pacienta...*“ Participantka P2 popsala dopady následovně: „*Dlouhodobá péče o pacienta v apalickém syndromu zaprvé nás vyčerpává, jak psychicky, tak i fyzicky. Jsme unavení, bolí nás záda, prostě všechno, co jako stím souvisí stím nataháním a stou těžkou manipulací s tímto pacientem.*“ Participantka P3 dodala i možné riziko nákazy: „*Určitě bolest zad, bolesti krční páteře, teď většinou ten směnný provoz se podepisuje na zdraví negativně to je dávno prokázané, že trpí celkově ten metabolismus, rozhodí se celý ten cyklus toho denního rytmu a ještě navíc co jsem ještě nezminila ohledně toho zdraví, tak samozřejmě obzvlášť u toho apalického syndromu pacienti mají zajištěné dýchací cesty, což samozřejmě představuje obrovské jako riziko nákazy, protože tam samozřejmě každý má takovou tu svoji mikroflóru, která je pro nás zatěžující.*“ Participantka P4 se vyjádřila: „*Tak vzhledem k tomu, že s pacientem často manipulujeme, polohujeme a děláme jiné úkony, tak je to bolest zad, jednoznačně.*“ Participantka P5 zmínila i únavu: „*Cítím se velmi unavená, někdy ne, ale jsou časté směny, kdy jsem velmi unavená. Je to náročné pro záda, pro klouby.*“ Participantka P6 stručně shrnula: „*Za mě bolesti zad...*“

Benefity na podporu zdraví personálu byly v rozhovorech zmiňovány spíše okrajově. Z výpovědí vyplývá, že možnosti regenerace a podpory fyzického zdraví jsou ze strany zaměstnavatele nedostatečné, případně o nich personál nemá dostatek informací. Některé participantky uvedly, že v minulosti byly k dispozici jednorázové příspěvky na lázně nebo masáže a ostatní sestry o možnostech podpory vůbec nevěděly. Participantka P1 uvedla: „*V benefitech jsou slevy na lázně a nevím, jestli se do toho počítá unie sester, kdy nám dají aspoň ten dvoudenní pobyt s wellnessem a pak ještě máme vlastně na masáže tam nějaký benefit.*“ Participantka P2 vzpomínala: „*To bylo pouze jednorázově, vlastně po*

Covidu byly dány k dispozici ty pobyty v lázních, ale jinak ne.“ Participantka P4 konstatovala: „No to ani nevím, ale já rozhodně nic nepoužívám, musím po vlastní ose...“ Participantka P5 se vyjádřila následovně: „Nevím o tom.“ Participantka P6 poznamenala s narážkou na vedení: „Občas tam byly nějaké v minulosti benefity, nějaké vouchery na ty lázně, teďka si úplně nemůžu uvědomit, jestli teď tam jsou, ale vím, že jsme se už kdysi zmiňovali, když přišel pan primář, že bysme uvítali masáže.“

4.2 Paradigmatický model

Pojmová analýza možných hodnot znaků sledovaných fenoménů a případů v rámci dané kategorie představuje výchozí bod pro další fázi analýzy. V průběhu axiálního kódování se výzkumník zaměřuje na identifikaci vztahů mezi kategoriemi, a to prostřednictvím zkoumáním příčin a důsledků, podmínek a kontextu, strategií a procesů. Tímto způsobem dochází k vytváření tzv. os, které jednotlivé kategorie vzájemně propojují. Výzkumník zároveň aktivně vyhledává další související kategorie a koncepty, které přispívají k hlubšímu porozumění studovanému jevu. Strauss a Corbinová doporučují použít obecné kódovací paradigma pro formulování vztahů (Hendl, 2023).



Obrázek 1 Paradigmatický model

(zdroj: vlastní, 2025)

Dle Hendla (2023) je **fenomén** názvem celého vztahu nebo schématu. Jedná se o koncept, který drží jednotlivé části pohromadě. Ve výzkumu představuje fenoménem *vnímání náročnosti ošetrovatelské péče* o pacienta s apalickým syndromem pohledem všeobecné sestry, což vychází z hlavního cíle výzkumu a vyjadřuje, jak sestry subjektivně prožívají tuto specifickou péči.

Kauzální podmínky jsou události vedoucí k fenoménu nebo k jeho vývoji (Hendl, 2023). V tomto výzkumu byla jako kauzální podmínka identifikována *vnímání kvality života u pacientů s apalickým syndromem*, protože právě způsob, jakým sestry vnímají jejich kvalitu života, je jedním z hlavních důvodů, proč péči považují za psychicky náročnou.

Kontext je dle Hendla (2023) množina podmínek, která ovlivňuje akce a strategie a je těžký odlišit od příčinné podmínky. V tomto výzkumu reprezentují kategorie *bazální stimulace a komunikace s pacientem a hodnocení jeho potřeb*. Tyto dvě kategorie odrážejí prostředí a podmínky, za kterých je péče poskytována. Bazální stimulace je sestrami vnímána jako důležitá součást péče, která může mít pozitivní vliv na pacienta, avšak její využití bývá omezeno časovou náročností, nedostatkem personálu či nedostatečnou podporou ze strany vedení. Kategorie komunikace s pacientem a hodnocení jeho potřeb vyjadřuje snahu sester navázat kontakt s pacientem, i když neprojevuje žádné známky vědomé reakce. Sestry s pacienty mluví, sledují jejich projevy a využívají informace od rodiny. Tyto přístupy ukazují, jak se sestry snaží přizpůsobit péči individuálním potřebám pacienta.

Intervenující podmínky jsou podobné kontextu (Hendl, 2023). V tomto výzkumu byly jako intervenující podmínky identifikovány *psychická náročnost ošetrovatelské péče* a *fyzická náročnost ošetrovatelské péče*. Obě kategorie odrážejí zatěžující okolnosti, které sestry při péči o pacienta s apalickým syndromem dlouhodobě prožívají. Sestry popisují emoční vyčerpání, frustraci a nutnost potlačovat soucit. Zároveň zmiňují fyzickou zátěž spojenou s manipulací s nepohyblivým pacientem. Tyto faktory mohou negativně ovlivňovat psychickou i fyzickou pohodu sester a ztěžovat dlouhodobé zvládání péče.

Strategie jednání a interakce jsou cílené aktivity, které jsou odpovědí na fenomén a intervenující podmínky (Hendl, 2023). V tomto výzkumu s touto složkou modelu souvisí kategorie *vnímání smyslu ošetrovatelské péče*. Sestry aktivně hledají vnitřní motivaci k poskytování kvalitní péče i bez viditelné odezvy pacienta. Opírají se o pocit profesní odpovědnosti, snahu zachovat pacientovu důstojnost a přesvědčení, že i nekomunikující

pacient vnímá podněty a kontakt. Tento postoj nevzniká automaticky, ale sestry si jej vědomě vytvářejí jako způsob, jak se vyrovnat s náročností péče. Vnímání smyslu se tak stává strategií zvládání, která jim umožňuje pokračovat v péči s lidským přístupem i v náročných situacích.

Následky jsou dle Hendla (2023) důsledky akcí a strategií. V tomto výzkumu se jako důsledek strategií sester ukazuje *role rodiny v ošetrovatelské péči*. Rodina je vnímána jako významný prvek, který může pozitivně či negativně ovlivňovat průběh péče. Sestry popisují, že aktivní rodina je přínosem, jelikož poskytuje informace o pacientovi, emocionálně ho podporuje a přispívá ke smyslu péče. Naopak pasivita nebo zcela chybějící kontakt může vést ke zvýšené zátěži a ztěžovat naplňování potřeb pacienta, zejména v oblasti bazální stimulace. Role rodiny je zde zařazena jako následek, protože se jedná o výsledek vnějších okolností, nikoliv o vědomě řízenou strategii sester. Sestry se přizpůsobují tomu, jak se rodina chová, ať už s pozitivním nebo negativním dopadem.

5 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE

Tato část práce vychází z výsledků kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak všeobecné sestry vnímají náročnost ošetrovatelské péče o pacienty s apalickým syndromem. K naplnění a zodpovězení hlavního cíle jsme si zvolili tři dílčí výzkumné otázky zaměřené na psychickou a fyzickou náročnost ošetrovatelské péče a na význam spolupráce s rodinou. V této části jsou získaná zjištění porovnávána s odbornou literaturou a dalšími výzkumy na podobné téma.

Dílčí otázka č. 1: **Jak všeobecné sestry vnímají psychickou náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem?**

Výpovědi participantek jednoznačně potvrdily, že péče o pacienta s apalickým syndromem je vnímána jako výrazně psychicky náročná. Sestry popisovaly silné emoce, které tuto péči provázejí – nejčastěji smutek, frustraci, soucit a lítost, a to nejen ve vztahu k pacientovi, ale i k jeho rodině. Uváděly, že je pro ně velmi obtížné pečovat o člověka, který nereaguje, nekomunikuje a jehož prognóza je nejistá. Významnou roli v prožívání této zátěže sehrává také skutečnost, že od pacienta nepřichází žádná zpětná vazba. Sestry popisovaly, že k pacientovi mluví i přesto, že nereaguje, a snaží se vnímat i nepatrné signály a porozumět jeho potřebám. Tuto skutečnost potvrzují i Tomová a Křivková (2016) a zároveň upozorňují na význam pozorování neverbálních projevů pacienta, které sestra může vnímat jako zpětnou vazbu.

Ve výpovědích se opakovaně objevovalo hluboké vnitřní dilema – participantky otevřeně vyjadřovaly pochybnosti o tom, zda lze v daném stavu hovořit o kvalitě života a přemýšlely, jestli má poskytovaná péče vůbec smysl, pokud se zdravotní stav pacienta dlouhodobě nezlepšuje. Toto zjištění odpovídá poznatkům Častoralové (2019), která ve své bakalářské práci popisuje, že některé sestry zaujímají negativní postoj k hodnotě a smyslu života pacientů s apalickým syndromem. Navzdory těmto pochybnostem sestry často uváděly, že je k péči motivuje nejen naděje na možné zlepšení stavu pacienta, ale i snaha poskytovat co nejvyšší péči. Vnímaly pacienta jako zcela odkázaného na jejich pomoc, což v nich posilovalo pocit profesní odpovědnosti.

Podle participantek je důležité mít emoce pod kontrolou, jinak by bylo obtížné péči dlouhodobě zvládat. Potlačování emocí popisovaly jako nezbytnou součást profesního přístupu, přesto však připouštěly, že takové nastavení může být dlouhodobě psychicky vyčerpávající. Některé zdůraznily, že je nutné zachovat „chladnou hlavu“ a nenechat se

emocemi unášet, i když situace často bývá lidsky velmi dojemná. Tyto zkušenosti potvrzuje i teoretická část, kde Drábková a Hájková (2018) uvádějí, že dlouhodobá péče o těžce až nevyléčitelně nemocné klade vysoké nároky na psychickou odolnost personálu. Sestra musí být nejen empatická a chápavá, ale zároveň psychicky silná a schopná udržet si profesionální odstup, aby se nenechala pohltit smutkem nebo neúspěšnou léčbou. Zároveň autorky upozorňují na riziko vzniku syndromu vyhoření, které může být důsledkem dlouhodobé psychické zátěže.

Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že intenzita prožívání emocí bývá silnější v případech, kdy je pacient mladší. V těchto situacích si sestry více uvědomují křehkost lidského života. Některé participantky se svěřily, že by samy nechtěly být udržovány při životě ve stavu vigilního kómatu. Tyto výpovědi korespondují se zjištěním uvedeným v teoretické části, kde Heřmanová et al. (2012) uvádí, že více než 82 % zdravotnických pracovníků v evropském výzkumu by si nepřálo být v takovém stavu udržováno při životě. Ptáček a Bartůněk (2014) v této souvislosti upozorňují na morální dilemata, která vyvstávají při rozhodování o smyslu života a smrti u pacientů v apalickém stavu.

Navzdory emoční náročnosti však většina participantek zdůraznila, že péči považují za důležitou a chtějí ji poskytovat s respektem a důstojností.

Dílčí otázka č. 2: Jak všeobecné sestry vnímají fyzickou náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem?

Participantky v rozhovorech zdůrazňovaly, že péče o apalického pacienta je fyzicky velmi náročná. Tuto skutečnost potvrzuje také Černá (2018), která ve své bakalářské práci uvádí, že ošetrovatelská péče o pacienty s apalickým syndromem se podle výsledků jejího výzkumu řadí mezi druhou nejnáročnější ve zdravotnictví. Sestry opakovaně poukazovaly na náročnost každodenní manipulace s pacientem – zejména při polohování, zvedání a přemisťování. Vzhledem k tomu, že pacienti nejsou schopni žádné spolupráce, musí být veškeré úkony prováděny sestrou ve spolupráci s personálem. Zvláště náročné jsou situace, kdy je pacient těžký, spastický nebo má výrazné kontraktury.

Fyzická zátěž se netýká pouze manipulace s tělem pacienta, ale i každodenní hygieny, včetně intimní péče, která bývá často komplikovaná neklidem nebo zvýšeným svalovým napětím. Sestry se dále podílejí na ošetrování ran, což vyžaduje čas, pečlivost a opakované fyzicky náročné úkony. Některé participantky přiznaly, že se tato zátěž dlouhodobě podepisuje na jejich zdraví v podobě bolesti zad, kloubů nebo celkové únavy. Přestože tyto

obtíže vnímají jako součást péče, opakovaná fyzická námaha může podle jejich slov vést k vyčerpání.

Některé participantky zároveň poukazovaly na nedostatečnou podporu ze strany vedení, především na absenci benefitů, které by mohly tuto náročnou práci alespoň částečně kompenzovat.

Dílčí otázka č. 3: Jak všeobecné sestry vnímají důležitost spolupráce rodinných příslušníků při ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem?

Z rozhovorů jednoznačně vyplynulo, že sestry vnímají spolupráci rodinných příslušníků jako velmi důležitou součást péče o apalického pacienta. Výpovědi participantek ukazují, že účast rodiny může být přínosem nejen pro samotného pacienta, ale také pro zdravotnický personál. Její aktivní zapojení napomáhá lepšímu poznání pacientových zvyklostí a potřeb, čímž může přispět k individualizaci péče a zvýšení komfortu pacienta. Tento přínos spolupráce potvrzuje také Kapounová (2020), která uvádí, že rodinní příslušníci hrají důležitou roli při poskytování informací a mohou tak výrazně přispět ke kvalitě ošetrovatelské péče.

Participantky uváděly, že přítomnost blízkých má pozitivní vliv na psychiku pacienta, věří, že i přes poruchu vědomí může pacient vnímat známé hlasy, doteky nebo vůně. V některých případech se rodina přímo zapojovala i do prvků bazální stimulace, např. přinášením známých vůní, osobních předmětů nebo komunikací se svým blízkým. V teoretické části je tato forma spolupráce rovněž zmiňována jako součást podpory smyslové aktivace a zachování identity pacienta (Kapounová, 2020). Participantky dále uvedly, že bazální stimulace je velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče, protože podle jejich názoru umožňuje pacientům s poruchou vědomí alespoň částečně se přiblížit okolnímu světu. Zároveň však některé z nich kurz bazální stimulace neabsolvovaly.

Naopak v situacích, kdy se rodina o pacienta nezajímá nebo zcela chybí, sestry vnímaly péči jako výrazně náročnější. Jejich absence zároveň ztěžuje získání důležitých informací o pacientovi, což může komplikovat poskytování individuálně zaměřené péče. Z výpovědí rovněž vyplynulo, že rodiny se většinou do péče spíš nezapojují. Některé participantky upozorňovaly na psychickou bariéru ze strany rodiny, která se projevovala např. neschopností přijmout stav pacienta nebo obavami z přítomnosti u jeho lůžka. Oproti tomu Černá (2018) ve své bakalářské práci uvádí, že všechny sestry z jejího výzkumu potvrdily aktivní účast rodiny na péči o pacienta.

Celkově sestry považují spolupráci rodiny za jeden z významných faktorů, který ovlivňuje nejen průběh péče, ale i její kvalitu a smysluplnost.

5.1 Doporučení pro praxi

Na základě výpovědí participantek bylo možné formulovat několik doporučení, která by mohla přispět ke zkvalitnění péče o pacienty s apalickým syndromem a současně zohlednit potřeby všeobecných sester na oddělení DIOP:

- Sestry opakovaně upozorňovaly na fyzickou náročnost péče, kterou vnímají jako dlouhodobě vyčerpávající. V této souvislosti by bylo vhodné zvážit zavedení benefitů, které by alespoň částečně kompenzovaly zátěž vyplývající z této specifické péče. Zároveň by bylo přínosné realizovat ergonomické školení pro personál, zaměřené na prevenci přetížení pohybového aparátu a bezpečnou manipulaci s pacientem.
- Sestry popisovaly, že kvůli časové tísní a provozním podmínkám není možné věnovat pacientům takové množství péče, jaké by považovaly za ideální. Tento problém se týkal především bazální stimulace, která je podle nich důležitá, ale v praxi nebývá dostatečně využívána. Doporučujeme proto personální posílení oddělení, které by umožnilo individuálnější přístup k pacientům a pravidelnější využívání prvků bazální stimulace.
- Z rozhovorů vyplynulo, že ne všechny sestry mají s bazální stimulací dostatek zkušeností. Doporučujeme absolvovat kurz bazální stimulace.
- Sestry upozorňovaly na rozdíly v míře spolupráce ze strany rodiny. Pasivita nebo psychická bariéra ze strany příbuzných zvyšovala celkovou náročnost péče. Doporučujeme proto posilovat komunikaci s rodinou a poskytovat jí dostatečné informace i podporu, která by mohla přispět k jejímu aktivnějšímu zapojení.
- Z výpovědí respondentek vyplynulo, že péče o pacienty s apalickým syndromem je psychicky velmi náročná a vyžaduje zvládání silných emocí. Sestry uváděly, že své emoce potlačují, aby péči zvládly, což však může vést k psychickému vyčerpání. Proto doporučujeme zaměřit se také na dostupnost psychické podpory personálu, např. formou psychosociální intervenční služby nebo supervize.

Uvedená doporučení vycházejí z konkrétních zkušeností všeobecných sester a mohou sloužit jako podnět pro zlepšení podmínek na pracovištích, kde je poskytována péče pacientům s apalickým syndromem.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit a popsat, jak všeobecné sestry vnímají náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem. K naplnění tohoto cíle byl využit kvalitativní výzkum s použitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se zúčastnilo šest všeobecných sester s praktickou zkušeností s péčí o apalické pacienty na oddělení DIOP.

Fyzická náročnost souvisela zejména s každodenní manipulací s imobilním pacientem, hygienickou péčí a polohováním. Z výpovědí vyplynulo, že dlouhodobé fyzické zatížení může mít negativní dopad na zdraví sester a přispívat k jejich celkovému vyčerpání. Psychická náročnost byla spojována především s dlouhodobostí stavu pacienta, absencí zpětné vazby, nejistou prognózou a otázkami týkajícími se kvality jeho života. Důležitým faktorem byla rovněž spolupráce s rodinou. Aktivní zapojení příbuzných bylo vnímáno jako přínosné, zatímco pasivita nebo obtížná spolupráce byla pro sestry náročná, zejména v případech, kdy rodina obtížně přijímala stav pacienta nebo měla nereálná očekávání. Jako významnou součást péče sestry označily bazální stimulaci, která podle jejich názoru pomáhá pacientům s poruchou vědomí alespoň částečně se přiblížit okolnímu světu prostřednictvím známých podnětů, hlasů, vůní a doteků.

Výsledky výzkumu naplnily stanovené cíle a zároveň přinesly hlubší náhled do této problematiky. Získané poznatky potvrdily, že ošetrovatelská péče o pacienty s apalickým syndromem vyžaduje nejen odborné znalosti a dovednosti, ale také vysokou míru empatie, psychické odolnosti, týmové spolupráce a aktivní spolupráce s rodinou. Přestože je tato péče náročná, většina sester ji vnímá jako smysluplnou a nedílnou součást své profese. Přínos této bakalářské práce spočívá mimo jiné v tom, že otevírá prostor pro diskuzi o zlepšení pracovních podmínek a o potřebě psychické podpory pro sestry.

Vypracování této práce mi umožnilo hlouběji porozumět nejen odborným, ale i lidským aspektům ošetrovatelské péče o pacienty s hlubokým neurologickým postižením. Zároveň jsem si uvědomila, jak důležitou roli všeobecné sestry v této péči sehrávají a jak velký význam má jejich každodenní práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ACH-HÜBNER, Otakar, 2017. Apalický syndromu pohledem praktického lékaře. Online. *Practicus*. Roč. 16, č. 10, s. 6-7. Dostupné z: <https://www.practicus.eu/file/e8fa5bdba12898c1816be97a2edd308c/30/Practicus-10-2017.pdf>. [cit. 2025-05-23].
- AUGUSTINI, Lucie a GABRHELÍK, Tomáš, 2012. Vegetativní stav z pohledu přístrojových vyšetřovacích metod. Online. *Neurologie pro praxi*. Roč. 13, č. 1, s. 38-43. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/01/10.pdf>. [cit. 2025-05-22].
- BARTOŠ, Aleš; BAKALÁŘ, Bohumil a ČECH, Pavel, 2015. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. ISBN 978-80-246-2922-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/diagnostika-poruch-vedomi-v-klinicke-praxi-5563/>. [cit. 2025-05-25].
- BARTŮŇEK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana; HECZKOVÁ, Jana a NALOS, Daniel, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BENDER, Andreas; JOX, Ralf J.; GRILL, Eva; STRAUBE, Andreas a LULÉ, Dorothee, 2015. Persistent Vegetative State and Minimally Conscious State. Online. *Deutsches Arzteblatt*. Roč. 112, č. 14, s. 235-242. Dostupné z: <https://di.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=169020>. [cit. 2025-05-22].
- BRABCOVÁ, Soňa, 2021. *Péče o rány*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3133-4.
- BUŽGOVÁ, Radka a KOZÁKOVÁ, Radka, 2020. *Základy paliativní péče v neurologii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-502-3.
- ČASTORALOVÁ, Veronika. *Úloha sestry v péči o nemocného s apalickým syndromem*. Bakalářská práce. Jiří KAAS (vedoucí práce). České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019.
- ČERNÁ, Iveta. *Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s apalickým syndromem*. Bakalářská práce. Veronika KUSÍNOVÁ (vedoucí práce). Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií, 2018.
- DOLEŽIL, David a CARBOLOVÁ, Kamila, 2007. Vegetativní stav (apalický syndrom). Online. *Neurologie pro praxi*. Ostrava: Neurologická klinika FN, roč. 8, č. 1, s. 27-31. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf>. [cit. 2025-05-22].

DOLEŽIL, David, 2010. Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu. Online. *Neurologie pro praxi*. Roč. 11, č. 1, s. 20-22. Dostupné z: <https://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/07.pdf>. [cit. 2025-05-22].

DOSBABA, Filip; KŘÍŽOVÁ, Dagmar a HARTMAN, Martin, 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2018. Nová metodická doporučení pro stav minimálního vědomí a pro vegetativní stav jako závažné poruchy vědomí. Online. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. Roč. 65, č. 3, s. 4-8. Dostupné z: https://nlk.cz/wp-content/uploads/2018/09/AR_2018_3.pdf. [cit. 2025-05-22].

DRÁBKOVÁ, Jarmila a HÁJKOVÁ, Soňa, 2018. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4470-7.

GUČKOVÁ, Mária, 2007. Fyzická zátěž sester. Online. *Zdraví.euro.cz*. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/fyzicka-zatez-sester/>. [cit. 2025-05-22].

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-497-3.

HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

HEŘMANOVÁ, Jana; VÁCHA, Marek; SVOBODOVÁ, Hana; ZVONÍČKOVÁ, Marie a SLOVÁK, Jan, 2012. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3469-9.

KACHLOVÁ, Miroslava a PLEVOVÁ, Ilona, 2023. *Postupy v ošetrovateľskej péči 4: Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1244-9.

KAŇOVSKÝ, Petr a BÁRTKOVÁ, Andrea, 2020. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5611-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovateľství v intenzivní péči*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0130-6.

KOHOUT, Pavel; HAVEL, Eduard; MATĚJOVIČ, Martin a ŠENKYŘÍK, Michal, 2021. *Klinická výživa*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-555-9.

- KOMAČEKOVÁ, Dagmar, 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. Online. *Zdraví.euro.cz*. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/fyzicka-a-psychicka-zatez-pri-poskytovani-oseetrovatelske-pece-pr/>. [cit. 2025-05-22].
- KOUKOLÍK, František, 2024. *Já. O mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5843-8.
- LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela, 2013. *Rehabilitace pacientů v kómatu*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-761-5.
- LUKÁŠ, Karel a HOCH, Jiří, 2018. *Nemoci střev*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0353-9.
- MAŇÁSEK, Viktor; SOUMAROVÁ, Renata; KOCIÁNOVÁ, Iva a MAŇÁSKOVÁ, M., 2012. Žilní vstupy v onkologii. Online. *Klinická onkologie*. Roč. 25, č. 1, s. 9-16. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/168/3916.pdf>. [cit. 2025-05-22].
- NAVRÁTIL, Leoš, 2025. *Fyzioterapeutická propedeutika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3996-5.
- PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava, 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 3: Enterální výživa*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3033-7.
- PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5471-0.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra; ZVONÍČKOVÁ, Marie a SVOBODOVÁ, Hana, 2017. Akutní doporučení v péči o periferní žilní katétry. Online. *Solen*. Roč. 14, č. 2, s. 94-97. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2017.018>. [cit. 2025-05-22].
- STREITOVÁ, Dana a ZOUBKOVÁ, Renáta, 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: Ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5215-0.
- ŠÁMAL, Vladimír; KRHUT, Jan; ZACHOVAL, Roman; MATOUŠKOVÁ, Michaela a BRODÁK, Miloš, 2022. Permanentní močový katétr – dobrý sluha, zlý pán: Doporučení pro prevenci, diagnostiku a léčbu močových infekcí spojených s katetrizací. Online. *Časopis lékařů českých*. Roč. 161, č. 7-8, s. 303-308. Dostupný z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2022-7-8-1/permanentni-mocovy-katetr-dobry-sluha-zly-pan-doporuceni-pro-prevenci-diagnostiku-a-lecbu-mocovych-infekci-spojenych-s-katetrizaci-133471>. [cit. 2025-05-22].

ŠEFLOVÁ, Lenka; STEJSKALOVÁ, Petra a DANIŠ, Lukáš, 2016. Dekubity v praxi. Online. *Solen*. Roč. 13, č. 5, s. 263-267. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/med.2016.047>. [cit. 2025-05-22].

ŠEVČÍK, Pavel, 2014. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠPILÁČKOVÁ, Marie a MICHNÍKOVÁ, Uršula, 2018. Integrated Care for People with Apallic Syndrome in Homes for People with Disabilities in the Czech Republic. Online. *Kontakt*. Roč. 20, č. 1, s. 92-101. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.11.003>. [cit. 2025-05-22].

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

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva a KUBÁTOVÁ, Lucie, 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3421-7.

VYTEJČKOVÁ, Renata; SEDLÁŘOVÁ, Petra; WIRTHOVÁ, Vlasta; OTRADOVCOVÁ, Iva a PAVLÍKOVÁ, Pavla, 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3420-0.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Paradigmatický model	63
--------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Participantů	42
Tabulka 2 Vnímání kvality života u pacientů s apalickým syndromem	45
Tabulka 3 Vnímání smyslu ošetrovatelské péče	47
Tabulka 4 Komunikace s pacientem a hodnocení jeho potřeb.....	49
Tabulka 5 Bazální stimulace	52
Tabulka 6 Role rodiny v ošetrovatelské péči	54
Tabulka 7 Psychická náročnost ošetrovatelské péče.....	58
Tabulka 8 Fyzická náročnost ošetrovatelské péče	60

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CNS	Centrální nervová soustava
PET	Pozitronová emisní tomografie
fMRI	Funkční magnetická rezonance
EEG	Elektroencefalopatie
CMRglu	Cerebrální metabolická spotřeba glukózy
TSK	Tracheostomická kanyla
Cps.	Kapsle
IASP	International Association for the Study of Pain
Tzv.	Takzvaný
Např.	Například
DNR	Do Not Resuscitate
NGS	Nasogastrická sonda
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
ml	Mililitr
PMK	Permanentní močový katétr
CAUTI	Catheter-Associated Urinary Tract Infections
PŽK	Periferní žilní katétr
CŽK	Centrální žilní katétr
PICC	Periferně implantovaný centrální katétr
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
ARIP	Specializační vzdělávání v oboru intenzivní péče
ARIM	Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
MP3	Music Protocol 3
Mosm/l	Miliosmol na litr

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Příloha P II: Informovaný souhlas

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

VO 1: Jak všeobecné sestry vnímají psychickou náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem?

1. Jak vnímáte kvalitu života u pacienta s apalickým syndromem?
2. Jak vnímáte smysl ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem?
3. Jaké emoce ve Vás nejčastěji vyvolává ošetrovatelská péče o pacienta s apalickým syndromem?
4. Co Vás motivuje při ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem?
5. Jak probíhá komunikace mezi Vámi a pacientem s apalickým syndromem?
6. Jakým způsobem zajišťujete naplnění biopsychosociálních potřeb pacienta s apalickým syndromem?
7. Máte zkušenosti se školením v oblasti bazální stimulace? Pokud ano, jakým způsobem ovlivňuje Vaší ošetrovatelskou péči u pacienta s apalickým syndromem?

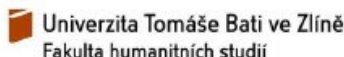
VO 2: Jak všeobecné sestry vnímají fyzickou náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem?

8. Jaké činnosti při ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem považujete za nejnáročnější?
9. Vnímáte rozdíl ve fyzické zátěži při ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem ve srovnání s jiným pacientem?
10. Jakým způsobem ovlivňuje fyzická náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem Vaše tělesné zdraví?

VO 3: Jak všeobecné sestry vnímají důležitost spolupráce rodinných příslušníků při ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem?

11. Jaký význam podle Vás má spolupráce rodinných příslušníků při ošetrovatelské péči o pacienta s apalickým syndromem?
12. Vnímáte starostlivost rodinných příslušníků o pacienta s apalickým syndromem jako přínos nebo zátěž? A v čem konkrétně?
13. Jakým způsobem se rodina nejčastěji podílí na ošetrovatelské péči?

PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS



INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Vnímání péče o apalického pacienta pohledem všeobecné sestry

Řešitel projektu: Barbora Balůsková

Název pracoviště: Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hůsková, Ph.D.

Cíl výzkumu: Zjistit a popsat, jak všeobecné sestry vnímají náročnost ošetrovatelské péče o pacienta s apalickým syndromem

Popis výzkumu: Kvalitativní výzkum bude realizován v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na oddělení dlouhodobé intenzivní péče, v období od března do dubna roku 2025. Participant budou zapojeni do výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru, jehož otázky budou předem poskytnuty k přípravě. S jejich souhlasem budou rozhovory zaznamenávány na diktafon, následně přepsány, analyzovány a upraveny pro potřeby praktické části bakalářské práce. Předpokládaná délka rozhovoru je přibližně 30 minut. Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a každý participant má právo kdykoliv odstoupit bez udání důvodu. Při zpracování a publikaci výsledků bude kladen důraz na ochranu osobních údajů a anonymitu participantů, aby byly získané informace chráněny před možným zneužitím.

.....
datum a podpis řešitele projektu

.....
datum a podpis vedoucího práce

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště účastníka:

Podpis účastníka: