

# **Informovanost všeobecných sester o technikách bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom**

Kateřina Pešková DiS

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav ošetrovatelství  
akademický rok: 2010/2011

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina PEŠKOVÁ, DiS.**

Osobní číslo: **H080293**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Informovanost všeobecných sester o technikách bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom**

Zásady pro vypracování:

**Výběr a studium odborné literatury.**

**Sběr informací a orientace v problematice.**

**Formulace cílů.**

**V teoretické části zaměření na vymezení pojmů apalický syndrom, bazální stimulace, biografická anamnéza.**

**V praktické části tvorba dotazníku a organizace šetření.**

**Realizace dotazníkového šetření.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Tvorba edukačního materiálu.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publisching, a. s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.**

**KAPOUNOVÁ, G. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publisching, a. s., 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.**

**FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství. 2. vyd. Frýdek Místek: [s.n.], 2006. 50 s. ISBN 80-239-6132-2.**

**SMRČKA, M, et al. Poranění mozku. 1. vyd. Praha: Grada Publisching, a. s., 2001. 272 s. ISBN 80-7169-820-2.**

**SMRČKA, M, et al. Patofyziologie poranění mozku. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. 34 s. ISBN 80-210-2788-6.**

**ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. Intenzivní medicína. 2. vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Renata Halmo**

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

**10. února 2011**

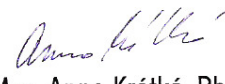
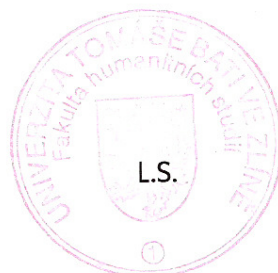
Termín odevzdání bakalářské práce:

**3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že


- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

12.5.2011



*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Téma mé bakalářské práce „Informovanost všeobecných sester o technikách bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom“. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou vymezeny pojmy apalický syndrom, ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou apalický syndrom, bazální stimulace a její techniky, biografická anamnéza. Praktická část se zabývá vyhodnocením dotazníkového šetření, které bylo určeno pro všeobecné sestry na pracovištích intenzivní péče a standardních odděleních KNTB, a. s. Zlín. Výzkum byl zaměřen na srovnání informovanosti všeobecných sester v oblasti péče o pacienty s diagnózou apalický syndrom, informovanosti a užívání technik bazální stimulace. Výsledky výzkumu jsou popsány a zobrazeny v tabulkách a grafech v praktické části. Výstupem mé bakalářské práce je vytvoření formuláře biografické anamnézy pro potřeby JIP KNTB, a. s. Zlín.

Klíčová slova: apalický syndrom, bazální stimulace, biografická anamnéza.

## **ABSTRACT**

The topic of my bachelor thesis is "Nurses' awareness of basal stimulation techniques in patients with the apallic syndrome diagnosis". The paper is divided into two parts, the theoretical and the practical one. In the theoretical part, the terms of the apallic syndrome, nursing care for a patient with the apallic syndrome diagnosis, basal stimulation and its techniques, biographic anamnesis are defined. The practical part deals with evaluation of a questionnaire survey that was intended for nurses at intensive care units and standard wards of KNBT, a. s. Zlín (Regional Hospital of Tomáš Baťa). The survey was focused on comparing nurses' awareness of care for patients with the apallic syndrome diagnosis, awareness and using basal stimulation techniques. The survey outcomes are described and shown in the tables and charts in the practical part. The outcome of my bachelor thesis is creating a biographic anamnesis form for the needs of the intensive care unit of the KNTB, a. s. Zlín.

Key words: apallic syndrome, basal stimulation, biographic anamnesis.

Děkuji za odborné vedení mé bakalářské práce PhDr. Renatě Halmo za cenné rady a připomínky. Děkuji také mojí rodině za trpělivost a psychickou podporu. Rovněž patří poděkování všem respondentům, kteří byli ochotni věnovat svůj čas vyplňování dotazníku.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 APALICKÝ SYNDROM</b> .....	<b>13</b>
1.1 DĚJINY APALICKÉHO SYNDROMU.....	13
1.2 DEFINICE APALICKÉHO SYNDROMU .....	14
1.3 PŘÍČINY APALICKÉHO SYNDROMU .....	14
1.4 DIAGNOSTIKA.....	15
1.5 TERAPIE .....	15
1.5.1 Komplikace .....	16
1.6 REHABILITACE PACIENTŮ S APALICKÝM SYNDROMEM.....	16
<b>2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S APALICKÝM SYNDROMEM</b> .....	<b>18</b>
2.1 PÉČE O DÝCHACÍ CESTY.....	18
2.1.1 Zajištění dýchacích cest.....	18
2.1.2 Toaleta dýchacích cest.....	19
2.2 VÝŽIVA .....	20
2.2.1 Umělá enterální výživa.....	21
2.2.2 Parenterální výživa.....	21
2.3 HYGIENICKÁ PÉČE A VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	22
2.3.1 Hygienická péče .....	22
2.3.2 Vyprazdňování .....	22
2.4 POLOHOVÁNÍ A PREVENCE DEKUBITŮ.....	23
2.4.1 Polohování.....	23
2.5 KOMUNIKACE.....	24
<b>3 BAZÁLNÍ STIMULACE</b> .....	<b>25</b>
3.1 BAZÁLNÍ STIMULACE – VYSVĚTLENÍ POJMU.....	25
3.2 HISTORICKÝ VÝVOJ A AUTOŘI KONCEPTU .....	25
3.2.1 Současnost.....	26
3.2.2 Cíle bazálně stimulující péče .....	26
3.3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE .....	27
3.4 PRVKY BAZÁLNÍ STIMULACE .....	28
3.4.1 Somatická stimulace.....	28
3.4.1.1 Iniciální dotek .....	29
3.4.2 Somatické stimulace dle konceptu bazální stimulace .....	29
3.4.2.1 Somatická stimulace zklidňující .....	29
3.4.2.2 Somatická stimulace povzbuzující.....	30
3.4.2.3 Neurofyziologická stimulace .....	30
3.4.2.4 Symetrická stimulace .....	31



3.4.2.5	Rozvíjející stimulace.....	31
3.4.2.6	Diametrální stimulace .....	31
3.4.2.7	Polohování v konceptu bazální stimulace.....	31
3.4.2.8	Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání .....	32
3.4.3	Taktilně-haptická stimulace .....	32
3.4.4	Orální stimulace .....	33
3.4.5	Olfaktorická stimulace .....	33
3.4.6	Auditivní stimulace .....	33
3.4.7	Optická stimulace.....	33
3.4.8	Vestibulární stimulace.....	34
3.4.9	Vibrační stimulace.....	34
<b>4</b>	<b>BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA.....</b>	<b>35</b>
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>37</b>
5.1	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	37
5.2	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	37
5.3	POUŽITÁ METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
5.4	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	38
5.5	ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
5.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	39
<b>6</b>	<b>INTERPRETACE DAT K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ.....</b>	<b>40</b>
6.1	VYHODNOCENÍ IDENTIFIKAČNÍCH ÚDAJŮ RESPONDENTŮ .....	40
6.2	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 1 .....	46
6.3	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 2 .....	54
6.4	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 3 .....	62
6.5	INTERPRETACE DAT K CÍLI Č. 4 .....	64
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>68</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>85</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>87</b>

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce nese název „Informovanost všeobecných sester o technických bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom“. Zvolila jsem je, protože mi připadá zajímavé, aktuální a výsledky výzkumné části dle mého názoru by mohly být přínosné pro zkvalitnění péče u pacientů s touto diagnózou.

S termínem apalický syndrom jsem se setkala poprvé na Střední zdravotnické škole ve Zlíně při přednášce zkušené sestry, která pracovala na oddělení ARO. Toto setkání bylo pouze na teoretické úrovni a říkala jsem si, že pacientů s touto diagnózou přece nemůže být tak velké množství. Že se jedná pouze o ojedinělou a výjimečnou událost, pokud se někde na oddělení objeví takto nemocný pacient. Později při studiu na Vyšší zdravotnické škole ve Zlíně jsem během praktické výuky procházela odděleními intenzivní medicíny a již tehdy jsem si uvědomila, že apalický syndrom opravdu ojedinělá diagnóza není. Z literatury i praxe znám více různých příčin, které vedou k poškození mozku a následnému vývoji klinického obrazu, kterým je apalický syndrom či koma vigile specifický. V dnešní velmi uspěchané době, kdy navíc mladí lidé stále častěji riskují při aktivitách ve volném čase, nemine den, kdy by se nestala tragická dopravní nehoda, úraz ve sportu, v zaměstnání či jiných běžných aktivitách. Tyto úrazové příčiny mohou vést k poškození mozkových struktur a následně ke vzniku vigilního kómatu u všech věkových skupin, mladé lidi a děti, bohužel, nevyjímaje. Další velmi častou příčinou apalického syndromu bývá posthypoxické poškození mozku po dlouhotrvající kardiopulmonální resuscitaci.

Již 5 let pracuji na jednotce intenzivní péče interního oddělení KNTB, a. s. ve Zlíně. Ve své praxi se s pacienty s apalickým syndromem setkávám velmi často. Vím tedy z vlastní zkušenosti, jak je tato ošetrovatelská péče namáhavá, dlouhodobá, vyčerpávající. Obrovský psychický nápor znamená toto onemocnění především pro rodinu nemocného. Díky zkvalitňování resuscitačních technik a intenzivní péče přibývá pacientů, kteří přežívají závažná onemocnění či úrazy.

Tato bakalářská práce ve své teoretické části uvádí do problematiky apalického syndromu, ošetrovatelské péče o pacienty s touto diagnózou a představuje koncept bazální stimulace. V praktické části je cílem mé práce zjistit, jaké rozdíly jsou ve vědomostech všeobecných sester o problematice apalického syndromu a péče o tyto pacienty na odděleních intenzivní medicíny a oddělení standardních v KNTB, a.s. Zlín. Zároveň mě velmi zaujal koncept bazální stimulace a jejich technik, který v některých případech může pomoci navrátit nemocné zpět do běžného života nebo alespoň zlepšit kvalitu jejich života. Dalším z cílů mé práce tedy je zjištění, jakou informovanost mají všeobecné sestry o technikách bazální stimulace, biografické anamnéze a zda by měly motivaci zavádět tyto techniky do praxe. Abychom mohli o nemocné ve vigilním kómatu dobře a kvalitně pečovat, je důležité vědět o nich a jejich předchozím životě co možná nejvíce. Praktickým výstupem mé bakalářské práce proto je vytvoření formuláře biografické anamnézy pro potřeby oddělení KNTB, a. s. Zlín.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 APALICKÝ SYNDROM

## 1.1 Dějiny apalického syndromu

Stav označovaný výrazy apalický syndrom, vegetativní stav či coma vigile má základ ve slově a- pallium, což přeloženo znamená bez mozkové kůry. První případ apalického syndromu byl popsán v literatuře již v roce 1899 Rosenblathem, který popsal průběh nemoci a patologický nález u chlapce, který se zřítíl při artistickém vystoupení z výšky. Po úrazu žil ještě 245 dní a nakonec zemřel na komplikaci, která vznikla sekundárně. Rosenblath však tehdy užil názvu „pozoruhodný případ otřesu mozku“ (Doležil, 1/2007).

Názvu apalický syndrom poprvé použil v roce 1940 Kretschmer. Již tehdy zdůrazňoval, že apalický syndrom může vzniknout na podkladě různých etiologií a jako hlavní fenomén tohoto syndromu označil coma vigile. Klinický popis apalického syndromu, který podal Kretschmer, bývá podáván v literatuře následovně: Pacient leží bdělý s otevřenými očima, pohled je strnulý, nefixuje, ojediněle bloudí ze strany na stranu. Pokusy o upoutání pozornosti se nedaří, anebo jen náznakem. Oslovení, uchopení, ukázání předmětů nevyvolává žádný ohlas, reflektorické únikové a obranné pohyby mohou chybět. Přes bdělost je pacient neschopen mluvení, rozpoznávání a provádění účelných pohybů. Zůstávají zachovány určité elementární vegetativní funkce, např. polykání. Jsou patrné také některé reflexy jako sací a úchopový (Strnad, 1987).

Podrobný popis klinického průběhu apalického syndromu přinesl v roce 1967 Gerstenbrand. Rozdělil jej na tři základní stádia podrobným popisem forem i léčení tohoto syndromu. Jako původce apalického syndromu uvádí dva nitrolební procesy, které také určují reverzibilitu a prognózu. Jsou to chronické, progredující procesy vedoucí k destrukci mozku, jako metabolicko – cévní procesy postihující mozkové hemisféry. A akutní procesy, které vedou k výpadku funkce mozkových hemisfér či jejich propojení s mozkovým kmenem. Do akutních procesů řadíme např. kraniocerebrální poranění, stavy mozkové hypoxie atd. (Strnad, 1987).

Podle Gerstenbranda, který jako první apalický syndrom popsal, rozlišujeme osm fází apalického syndromu a jeho remise:

1. apalický syndrom v akutním stádiu
2. fáze primitivní psychomotoriky

3. fáze sahání po předmětech
4. Klüwerův-Bucyho syndrom
5. Korsakovův syndrom
6. amnestický syndrom
7. organický psychosyndrom
8. stádium defektu (Lippertová-Grünerová, 2005, s 194).

Termín apalický syndrom není v anglosaské literatuře považován za zcela výstižný a je používán zejména v zemích střední Evropy. Termín, který anglosaská literatura považuje za výstižnější, je tzv. vegetativní stav. Tento termín poprvé užíli Jennett a Plum v roce 1972 (Doležil, 1/2007).

## 1.2 Definice apalického syndromu

Jde o komplexní onemocnění, jehož příčinou bývá těžké mozkové poškození různé etiologie. Jedná se o subakutní nebo chronický výpadek funkcí mozkové kůry, který vede při funkčním aktivačním systému formatio reticularis k disociaci mezi vědomím a bděním. Vzniká tedy klinický stav kompletní poruchy uvědomování si sama sebe a svého okolí doprovázený cyklem spánku a bdění, kdy zůstává zachována kompletní nebo parciální autonomní funkce hypotalamu a mozkového kmene (Lippertová-Grünerová, 2005).

Apalický syndrom má svá specifická klinická kritéria (pacient má otevřené oči, nemá přítomny smysluplné reakce na oslovení či jakýkoliv podnět, nevykazuje žádné známky uvědomování si sama sebe či okolí, atd.) a symptomový komplex – podrobněji uvedeno v příloze č.I (Lippertová-Grünerová, 2005).

## 1.3 Příčiny apalického syndromu

Nejčastější příčinou vzniku tohoto syndromu jsou obvykle kraniotraumata, způsobená většinou následkem autonehod, pádů z výšek či při adrenalinových sportech u mladých

lidí. Další častou příčinou bývá hypoxicko – anoxické poškození mozkových struktur, nejčastěji po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci. Následují cévní mozkové příhody, metabolické příčiny, infekční onemocnění nebo toxické postižení (Doležil,1/2007).

## 1.4 Diagnostika

Při stanovování diagnózy je nutno spolehlivě vyloučit působení anestetik, sedativ, blokátorů nervosvalového přenosu či jiných léčiv, které by mohly vést ke špatné diagnostice. Do konečného stanovení diagnózy je nutno postupovat velmi obezřetně a opakovaně provádět neurologická vyšetření, doplněná o zobrazovací metody (Doležil,1/2007).

I při maximální technické podpoře v diagnostice apalického syndromu je počet nesprávných diagnóz tohoto onemocnění velmi vysoký. Podle údajů uvedených v literatuře je procento chybných diagnóz v rozmezí 15 – 43 %. Při diagnostice je důležité, že u mnohých pacientů s těžkým mozkovým poškozením nacházíme významné poruchy smyslu, např. zraku nebo sluchu, které často vedou k selhání obvyklých diagnostických testů. Mnoho pacientů se syndromem locked-in nebo s podobným onemocněním bylo z tohoto důvodu po řadu let považováno za apaliky (Lippertová-Grünerová, 2005, s 194).

Přes všechny diagnostické a terapeutické pokroky zůstává prognóza vegetativního stavu, který trvá déle než čtyři týdny, špatná. V převážné většině pacienti poté již nedosáhnou kompletní remise, ačkoli v jednotlivých případech je alespoň částečná remise možná i po několika letech (Lippertová-Grünerová, 2005, s 194).

## 1.5 Terapie

Lékařská péče a způsob léčby je dán základním typem onemocnění. V akutním stavu po proběhlém infarktu je pacient umístěn dle závažnosti stavu na odděleních anesteziologickoresuscitačních nebo na jednotkách intenzivní péče. Zde probíhá intenzivní péče, monitoring fyziologických funkcí a začíná rehabilitace. Po stabilizaci jsou pacienti většinou umístěni na oddělení dle jejich aktuálního stavu. Mohou to být oddělení dlouhodobé intenzivní a ošetrovatelské péče, neurologická či oddělení interního typu (Maršálková, 1/2004).

Po zvládnutí akutní fáze onemocnění a stanovení diagnózy apalický syndrom se léčba směřuje především k prevenci komplikací. Nejdůležitější součástí terapie se stávají dokonalá ošetrovatelská péče, péče o výživu, polohování, rehabilitační a stimulační techniky (Maršálková, 1/2004).

### 1.5.1 Komplikace

- narušení troficity tkání - vznik dekubitů, rohovkový vřed
- bronchopneumonie, pneumonie, vznik atelaktáz, stenózy trachey
- uroinfekce až urosepse, hematurie
- vznik svalových kontraktur a kloubních ankylóz
- gastrointestinální komplikace - krvácivé projevy, obstrukce či průjmy
- časná a pozdní pouřazová epilepsie
- vegetativní poruchy - poruchy srdečního rytmu a frekvence, hyper či hypotenze, poruchy termoregulace
- poruchy metabolismu - kachexie, diabetes mellitus
- vznik flebotrombózy, tromboflebitidy
- riziko vzniku superinfekcí různé etiologie (Větríková,1/2007).

## 1.6 Rehabilitace pacientů s apalickým syndromem

Nejdůležitější cíl rehabilitace raných stádií remise je – po dosažení zlepšení vigility a začínající schopnosti vnímání – zejména prodloužení fází bdění a zlepšení pozornosti. Ve fázích rané remise může být doba pozornosti velmi krátká, na začátku např. jen několik sekund. Pacienti v tomto stádiu často mají značné poruchy psychomotorického tempa a doba schopnosti reakce proto nejprve může přesahovat dobu udržení pozornosti. V těchto případech není pacient pro okolí schopen reagovat, nebo může být reakce pozorována až se značným zpožděním. Nejdůležitějším cílem rehabilitační terapie je naučit pacienta jednoduchým, ale reprodukovatelným činnostem. Začíná se s nácvikem optické fixace a schop-



nosti sledování osob a předmětů, nebo schopnosti otevírání a zavírání očí jako základního komunikačního kódu. Od začátku se snažíme do terapie integrovat nové podněty, známé pokud možno z každodenního života, a tím usilovat o prodloužení intervalů, kdy je pacient schopen reagovat a o zvýšení obtížnosti úkolů. Postupně je pacientovi možné nabídnout předměty nejlépe z oblasti každodenního života, aby je mohl využít způsobem, jenž zná – např. uchopení hrnku a jeho vedení k ústům, nebo uchopení ručníku a osušení mokrých rukou (Lippertová-Grünerová, 2005, s 196).

Pacienti mají v této fázi jen velmi omezenou schopnost zátěže a proto má být terapie vždy prováděna jako terapie jednotlivce, pokud možno v optimálně upraveném okolí, s omezením rušivých impulzů (Lippertová-Grünerová, 2005, s 196).

Fyzioterapie raných fází remise usiluje v první řadě o redukci vzorů primitivní motoriky, zlepšení vzpřimovacích reflexů a rovnováhy. Ačkoli pacienti trpí hlavně těžkými spastickými parézami, deficity koordinace a senzitivity, podaří se při přesném pozorování často najít první známky vědomé motoriky. Sekundární komplikace jako kontraktury, heterotopické osifikace a atrofie svalstva mohou však terapii této fáze značně ztěžovat. Prvním cílem fyzioterapie je proto terapie kontraktur, odstranění dýchacích problémů, redukce atrofie a oslabení svalstva způsobených inaktivitou a také obnovení rovnováhy a vědomé motoriky. Po zlepšení vědomí a schopnosti spolupráce rozšiřuje terapeutický koncept o další formy terapie, jako senzomotorický trénink a nácvik činností denního života (Lippertová-Grünerová, 2005, s 197).

Terapeutický tým během rehabilitace při ústupu apalického syndromu tvoří: fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, psychologové (Lippertová-Grünerová, 2005).

## 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S APALICKÝM SYNDROMEM

### 2.1 Péče o dýchací cesty

#### 2.1.1 Zajištění dýchacích cest

##### 1. Endotracheální intubace

Intubace je zavedení tracheální rourky do průdušnice s cílem udržení volných a průchodných dýchacích cest, prevenci aspirace a toaletě dýchacích cest (Chrobok, 2004, s 17).

Používá se v akutních fázích onemocnění a jedná se o nejspolehlivější způsob zajištění průchodnosti dýchacích cest, kdy je endotracheální rourka zavedena přes dutinu ústní, do laryngu, skrz hlasivkovou štěrbinu do trachey. Zajišťuje ochranu dýchacích cest před aspirací žaludečního obsahu, slin či krve. Slouží pro krátkodobou plicní ventilaci (Lukáš, 2005).

##### 2. Tracheostomie

Tracheostomie je chirurgický výkon nebo stav po chirurgickém výkonu, kdy je průdušnice uměle vyústěna na kůži povrchu těla. Cílem je zajištění průchodnosti dýchacích cest, nejčastěji s cílem umožnění ventilace (spontánní nebo pomocí přístroje). Z praktického hlediska rozlišujeme:

- trvalou (permanentní) tracheostomii (např. po totální laryngektomii)
- dočasnou tracheostomii (Chrobok, 2004, s 18).

Jedná se o nejčastější chirurgický výkon prováděný na průdušnici, ve své podstatě jednoduchý, avšak při nesprávné technice provedení mívá pro operovaného závažné následky (Pafko, 2001).

Tento výkon se používá u pacientů, jejichž léčba vyžaduje dlouhodobou ventilační podporu a důslednou toaletu dýchacích cest. Výkon se provádí otevřením průdušnice inci- zí mezi druhým a třetím nebo třetím a čtvrtým prstencem. Po vyšití stomatu se zavádí do tracheostomického kanálu tracheostomická kanyla (Marková, 2006).

Výhody tracheostomie spočívají v:

1. usnadnění odsávání a péči o dutinu ústní a nosní
2. snižuje odpor v dýchacích cestách a usnadňuje dechovou práci
3. snižuje riziko poškození sliznice dýchacích cest způsobených drážděním a tlakem, oddaluje vznik stenózy průdušnice (Marková, 2006).

Pacienti v bezvědomí mají většinou zajištěny dýchací cesty tracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou. Péče o dýchací cesty začíná pro sestru již při provádění zajištění, pokračuje ošetrovatelskou péčí a péčí o případné komplikace – příloha č. II.

### **2.1.2 Toaleta dýchacích cest**

Toaleta dýchacích cest patří k základním ošetrovatelským výkonům. Zaměřujeme se především na péči o dutinu ústní, odsávání z tracheostomie, lavážování a zvlhčování vdechované směsi (Marková, 2006).

#### 1. Péče o dutinu ústní

- u pacientů v bezvědomí se provádí v pravidelných intervalech po třech hodinách nebo dle potřeby
- sestra pravidelně odsává pomocí odsávacích cévek šetrně obsah dutinu ústní, nosní průduchy, provede vizuální kontrolu dutiny ústní
- vytírá dutinu ústní tampony nebo štětičkami namočenými do vhodného dezinfekčního roztoku nebo ústní vody, nebo použije originální štětičky napuštěné borglycerinem
- jazyk vytírá od kořene ke špičce, patro zepředu do zadu
- během výkonu si průběžně mění tampony či štětičky
- součástí péče o dutinu ústní je i péče o chrup, očista plošek zubů probíhá od zadních stoliček dopředu, dásně otírá šetrně
- rty sestra pravidelně promazává balzámem (Marková, 2006).

## 2. Odsávání z tracheostomie

- jde o odsátí sekretu z dolních dýchacích cest pomocí sterilní odsávací cévky a elektrické nebo vakuové odsávačky
- může se odsávat buď uzavřeným odsávacím systémem (u pacientů na UPV) nebo otevřeným způsobem
- frekvence odsávání je uzpůsobena potřebám pacienta (častěji při viditelné zahleněnosti, slyšitelných dechových fenoménech, při poklesu saturace kyslíkem atd.), vždy je nutné odsání před a po nebulizaci
- odsávání se provádí krátkodobým, přerušovaným podtlakem po dobu max. 12 sekund
- sterilní odsávací cévka se zavádí do trachey až k místu pevného odporu (oblast cariny), povytáhne se o 1 cm a pak za stálého vytahování cévky přerušovaně odsávat
- je-li nutno odsávání opakovat, je nutné přerušit odsávání na nejméně tři dechové cykly
- odsávání je vnímáno jako velmi nepříjemný výkon, proto je nutno postupovat co nejšetrněji a co nejkratší dobu (Kapounová, 2007).
- součástí odsávání je také lavážování a zvlhčování – příloha č. III.

## **2.2 Výživa**

Enterální a parenterální výživa jsou jednou ze základních součástí péče o kriticky nemocné. Jsou zcela neodmyslitelnou součástí léčby pacientů, kteří nemají schopnost z nejrůznějších příčin být dostatečně živeni přirozenou cestou. Nemocní v kritických stavech jsou v katabolismu, řada z nich je v dlouhodobé malnutrici a bez dostatečného příjmu energie není šance na jejich úspěšnou léčbu a zlepšení prognózy (Ševčík, 2003).

Zajištění kriticky nemocného vhodnými energetickými bohatými substráty je jedním ze základních předpokladů k tomu, abychom navodili a poté udrželi anabolický stav. Jsou známy příznivé účinky nutriční podpory na imunitní systém organismu a na schopnost regeneračních procesů. Lze-li podat výživu trávícím ústrojím, volíme vždy tuto možnost. V opačném případě je nutno zvolit parenterální výživu (Ševčík, 2003).

### 2.2.1 Umělá enterální výživa

Enterální výživa je oproti parenterální výhodnější a měla by mít vždy přednost.

Dělí se dle složení a aplikuje se pomocí různých druhů sond do zažívacího traktu - příloha č. IV.

Umělá enterální výživa má své výhody, ale také komplikace:

- technického charakteru – špatné uložení sondy, její ucpání, reflux potravy, poškození (otlak) sliznice
- vyvolané nutričními přípravky – průjmy, nadýmání, nauzea, regurgitace
- metabolické změny – hyperglykémie, dumping syndrom, poruchy bilance minerálů, vzácnou komplikací je hyperosmolární neketogenní kóma (Ševčík, 2003, s 345).

### 2.2.2 Parenterální výživa

Parenterální výživa je indikována všude tam, kde perorální příjem není možný a enterální výživa není účinná, je u nemocného kontraindikována nebo ji pacient špatně snáší. Jde o výživu, která se aplikuje do žilního systému pacienta. Mezi její nevýhody patří technická náročnost a rizikovost při kanylaci velkých cév, zvyšující se náročnost ošetrovatelské péče (dodržování aseptických postupů v péči o CŽK), atrofie střevní sliznice způsobená nefyziologickým příjmem výživy a finanční nákladnost (Kapounová, 2007).

V dnešní době se používá k parenterální výživě systému all-in-one = vše v jednom. Jde o plastický vak, ve kterém jsou všechny složky parenterální výživy smíchané v potřebném množství a optimálním poměru. Dříve se tyto vaky ředily ve sterilním laminárním boxu, dnes jsou již dodávány přímo od firem specializovaných na výrobu parenterální výživy. Do vaků je možno sterilně aplikovat ordinované léky, ionty a vitamíny. Často jsou připravovány standardně i vaky all in one pro určité skupiny nemocných (nemocní s jaterním selháním, s renálním selháním) (Ševčík, 2003).

## 2.3 Hygienická péče a vyprazdňování

### 2.3.1 Hygienická péče

Potřeba čistoty a hygieny je základní biologickou potřebou. Pro většinu lidí tvoří základní předpoklad pro pocit osobní pohody. Tuto potřebu ovlivňují kulturní, sociální a rodinné faktory. K hygienické péči patří ranní a večerní umývání, česání, péče o nehty, vlasy, chrup a čisté ložní prádlo (Doležil, 1/2007).

Péči o dutinu ústní byla věnována pozornost v kapitole Toaleta dýchacích cest. Nedílnou součástí celkové hygieny je péče o oči, které vykapáváme 3x denně Lacrisynem, můžeme aplikovat Ophthalmo-Azulen mast. Dále věnujeme nemalou pozornost také péči o vlasy, holení tváře u mužů a péči o nosní dutinu a uši. Pokud máme možnost, provádíme hygienu 1x týdně v přenosné nafukovací vaně. Pokud ne, provádíme hygienickou péči na lůžku 2x denně. Po důkladném omytí těla promazáváme pokožku různými tělovými mléky, chladivými gely, na predilekční místa používáme výrobky řady Menalind. Pokožku se snažíme udržet čistou, suchou a zároveň sledujeme změny na kůži. Většinou součástí celkové toalety bývají i převazy invazivních vstupů, drénů a ran. Postupujeme vždy přísně sterilně a dodržujeme aseptické podmínky (Rozsypalová, 2002).

### 2.3.2 Vyprazdňování

Péče o vyprazdňování je taktéž nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Pacienti v bezvědomí bývají většinou plně inkontinentní a péči o vyprazdňování přebírá ošetrovatelský personál. Většina pacientů mívá zaveden Foleyův balónkový katetr, který bývá napojen na sběrný močový systém. Množství moče zaznamenáváme do bilance tekutin a sledujeme barvu, množství, příměsi a zápach moči. Péči o permanentní močový katetr je nutno věnovat velkou pozornost, jelikož je velké riziko vzniku močové infekce až urosepsy. Permanentní močové katetry jsou vyráběny z různých materiálů, nejčastěji se používají silikonové nebo latexové. Doba použití se řídí platnými standardy daného oddělení (Doležil, 1/2007).

Při péči o vyprazdňování je nutno věnovat velkou pozornost také vyprazdňování stolice. Pacienti v bezvědomí nedokáží komunikovat a sdělit své potřeby ve vylučování. Bývají plně inkontinentní. Sestra musí sledovat hlavně frekvenci vyprazdňování a charakter stolice. Mnoho léků, které pacienti v bezvědomí dostávají, způsobuje obstipaci. Tento pro-

blém ve vyprazdňování je nutno řešit, jinak může vzniknout tzv. paradoxní průjem. Pokud se vyskytne průjmovitá stolice, je nutno sledovat hladiny iontů, bilanci tekutin a dle ordinační lékařské odebrat vzorek stolice na bakteriologické vyšetření. Při průjmovitých onemocněních je extrémně důležité pečovat o kůži v oblasti konečníku a používat vhodné ochranné přípravky na kůži, které zmírní příznaky podráždění (Rozsypalová, 2002).

## 2.4 Polohování a prevence dekubitů

### 2.4.1 Polohování

Jedná se o systematické, ve stanovených časových intervalech prováděné změny polohy pacienta. Provádí se u pacientů, kteří nejsou sami schopni změnit polohu v lůžku. Pravidelnými změnami polohy se omezuje působení tlaku na predilekční místa a jde tak o nejzákladnější a nejúčinnější prostředek proti tvorbě dekubitů (Doležil, 1/2007).

Při vzniku dekubitů dochází k místnímu poškození buněčné tkáně důsledkem přímého tlaku, tření, střížných sil, imobility a celkového stavu pacienta. Postihuje kůži, svaly, šlachy až kosti (Kapounová, 2007, s 125). Podrobněji – příloha č. V.

Správným uložením pacienta lze také zabránit vzniku svalových kontraktur, deformit a omezenému pohybu v kloubech. Plán polohování je vhodné upravit dle denního režimu pacienta tak, aby v době stravování byl v poloze podepřeného lehu až sedu. Časové intervaly jsou individuální a řídí se jak zdravotním stavem pacienta, tak např. i denní dobou. Od 6 hod. ráno se mění poloha co 2 hodiny, od půl noci každé 3 hodiny. Polohu na břicho vynecháváme u pacientů s respiračními potížemi, vždy je nutno dbát na bezpečnost pacienta. Součástí polohování je také kontrola stavu a zabarvení kůže, používání antidekubitních a polohovacích pomůcek (Klusoňová, 2000).

Nejpoužívanější polohy – příloha č. VI.

#### Pomůcky:

- antidekubitní matrace
- molitanové polštářky různých velikostí, tvarů

- sáčky s pískem, klíny
- papuče z ovčího rouna, podložky, atd. (Rozsypalová, 2002).

## 2.5 Komunikace

Komunikace je základním prvkem a předpokladem fungování mezilidských vztahů. Komunikace v ošetrovatelství je specifickou částí komunikace sociální a většinou probíhá ve vzájemné interakci. Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Schopnost komunikovat má obrovský vliv na kvalitu lidského života, díky její pomoci lidé získávají nové znalosti, vědomosti a také je předávají dál. Tím dochází k výměně názorů, pocitů a informací. U pacientů v bezvědomí se většinou používá forma tzv. pasivní komunikace (komunikace vychází ze strany sestry) a je bez zpětné vazby. Zde záleží na pozorovacích schopnostech ošetřujícího personálu a trpělivosti při snaze o navázání kontaktu. Především si však personál musí uvědomit, že pacient může vnímat i slyšet a proto kontrolujeme vždy své chování. Důležité je mluvit vlídně, klidně a stále pečlivě sledovat reakce na naše slova. Ke zlepšení komunikace přispívá také nehlukné prostředí, přiměřená hlasová intenzita, atd. Specifikum komunikace s pacientem s diagnózou apalický syndrom se bude věnovat pozornost v následujících kapitolách (Kapounová, 2007).

Jelikož nemoc nikdy nezasáhne pouze pacienta, ale i jeho nejbližší, je nutná dobrá komunikace i s rodinou. Rodina nemocného poskytuje zdravotnickému týmu cenné a nenahraditelné informace a má velký vliv na psychiku a fyzickou podporu pacienta. Většinou mají příbuzní velký zájem o uzdravení nebo zlepšení kvality života svého blízkého a ošetrovatelský personál musí rodinu edukovat, jak pomoci (Kapounová, 2007).



### 3 BAZÁLNÍ STIMULACE

#### 3.1 Bazální stimulace – vysvětlení pojmu

Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou aktivitou, která se snaží nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Pojem bazální znamená elementární základní nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojmem stimulace se rozumí nabídka podnětu všude tam, kde těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů pro svůj vývoj (Müller, 2005, s 223).

U bazální stimulace je kladen důraz na celistvost a holistický přístup. Základní model vychází z předpokladu, že není možné vystihnout smysluplný rozdíl mezi tělem a duší, neboť lidská bytost je nedělitelná (Müller, 2005).

#### 3.2 Historický vývoj a autoři konceptu

Tvůrcem konceptu je Prof. Dr. Andreas Fröhlich, který pracoval jako speciální pedagog od roku 1970 v německém rehabilitačním centru. Věnoval se dětem s těžkými vrozenými kombinovanými somatickými a intelektovými vadami. Během svého vědeckého projektu vypracoval koncept bazální stimulace. Vycházel z vědeckých studií oblasti prenatálního vývoje a zabýval se podporou senzomotorické komunikace. Tento koncept bazální stimulace ukázal cestu speciálním pedagogům k jejich klientům a umožnil jim podpořit tyto děti v jejich vývoji a zkvalitnit prožívání života. Od 80. let 20. století spolupracoval s Christel Bienstein, která jako zdravotní sestra aplikovala prvky konceptu do ošetrovatelské péče u pacientů ve vigilním kómatu a prokázala přínos tohoto komunikačního a podpůrného konceptu taktéž v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně. Ve spolupráci s odborníky z jiných oblastí zdravotnické péče se koncept přenesl do všech těchto oblastí, např. geriatrické, neonatologické, psychiatrické či paliativní péče. Stal se tak uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem. Prof. Fröhlich s prof. Bienstein se v současnosti podílejí na různých vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace a vytvořili systém vzdělávání lektorů tohoto konceptu. Lektoři musejí absolvovat ve vybraných vzdě-

lávacích institucích dvouleté studium konceptu a následně složit závěrečné zkoušky. Jsou samozřejmě povinni se poté dále vzdělávat (Friedlová, 2007).

### 3.2.1 Současnost

V zemích evropské unie patří bazální stimulace mezi nejpobulárnější ošetřovatelské koncepty. V zahraničí je koncept součástí osnov ve výuce ošetřovatelství na zdravotnických školách a v ošetřovatelské praxi jej používá většina zařízení. V České republice poprvé informovala o konceptu veřejnost pomocí publikace v časopise *Sestra* a na ošetřovatelské konferenci v Olomouci v roce 2000 Karolína Friedlová. Ta také vedla první základní kurz bazální stimulace v České republice v lednu roku 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Od roku 2004 je koncept integrován do tématických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách a je zohledněn ve Vyhláše Ministerstva zdravotnictví České republiky. V říjnu 2005 byl ve Frýdku – Místku založen Institut bazální stimulace, kde v listopadu 2005 proběhla historicky 1. národní konference bazální stimulace za účasti prof. Bienstein. V České republice s konceptem pracuje či začíná pracovat mnoho zdravotnických či sociálních zařízení, ale i agentury domácí péče (Friedlová, 2007).

#### Definice bazální stimulace v ošetřovatelství

Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání (Friedlová, 2007, s 19).

Využívá dřívější životní návyky a zkušenosti nemocného (Friedlová, 2006).

### 3.2.2 Cíle bazálně stimuluji péče

Podporují a umožňují vnímání tak, aby docházelo u pacientů k rozvoji vlastní identity, navázání komunikace se svým okolím, podpoře orientace v prostoru a čase a zlepšení funkce organismu. Cíle jsou formulovány z pohledu pacienta a péče tak může být individuálně strukturována. Po mnohaletých zkušenostech a vývoje konceptu autoři sestavili 9 centrálních ošetřovatelských cílů. Bylo sestaveno také desatero bazální stimulace – příloha č. VII (Friedlová, 2006).

### 9 centrálních cílů

1. Zachovat život a zajistit vývoj.
2. Umožnit klientovi vnímat vlastní život.
3. Poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry.
4. Rozvíjet vlastní rytmus klienta.
5. Umožnit klientovi poznat okolní svět.
6. Pomoci klientovi navázat vztah.
7. Umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností.
8. Pomoci klientovi uspořádat jeho život.
9. Poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život (Friedlová, 2006, s 9).

### **3.3 Teoretická východiska konceptu bazální stimulace**

Tento koncept podporuje vnímání v jeho nejzákladnější, tzn. bazální rovině. Bazální stimulace vychází ze skutečnosti, že lidská existence je založena na schopnosti vnímat – tudíž přijímat stimuly ze zevního prostředí. Tato schopnost vnímání má základ již v embryonální fázi lidského vývoje. Fylogeneticky nejstarší je vnímání somatické – embryo pociťuje tlak plodové vody na své tělo, chuťové – cítí chuť plodové vody, vestibulární – vnímá změnu polohy jak svého těla, tak i těla matky, auditivní – vnímá zvuky z matčina těla či ze zevního prostředí. Tyto informace jsou uloženy hluboko do lidského podvědomí a jsou tak nedílnou součástí lidského života (Wolfová, 7/2006).

Temporální oblasti mozkové kůry analyzují senzorické informace a umožňují tak rozpoznat jejich význam. Informace jsou převáděny na slovní ekvivalenty pro potřeby komunikace, myšlení a jsou v této podobě také ukládány do paměti. Asociační oblasti temporální mozkové kůry jsou také zapojeny do procesu učení a vytváření paměťových stop. Učení a paměť jsou podkladem schopnosti ukládat a následně využívat informace získané v průběhu života. Mechanizmy paměti umožňují ukládání, uchovávání a následné vybavování informací, které jsou uloženy ve formách různě stabilních paměťových stop. Nejtrva-

lejší a vysokou stabilitu mající je paměť dlouhodobá. Její paměťové stopy vznikají mnohonásobným ukládáním a vybavováním a bývají tedy snadno přístupnější (Kittnar, 2011).

Díky vnímání se můžeme pohybovat a komunikovat, tyto součásti se navzájem ovlivňují a jsou tedy základními prvky konceptu bazální stimulace, která může aktivovat mozkovou činnost a produkovat tak zpět uložené vzpomínky (Wolffová, 7/2006).

Kontinuální stimulace také umožňuje vznik nových spojení dendritů v mozku a novou neuronální organizaci určitých mozkových lokalit. Stimulace se tedy orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a individuálně se přizpůsobuje věku a stavu pacienta, plně respektuje jeho autonomii a poskytuje tak profesionální, individuální, efektivní, terapeutickou a humánní ošetrovatelskou péči. Všechny aktivity člověka probíhají na podkladě stálé výměny mezi vnímáním, pohybem a komunikací. Pomocí nabízení podnětů a pohybu se pokoušejí terapeuti navázat komunikaci s lidmi se změnou v oblasti vnímání. Cílem je podpora vnímání, aby u klientů docházelo ke stimulaci vnímání vlastního těla, podpoře rozvoje vlastní identity, umožnění vnímání okolního světa, umožnění navázání komunikace se svým okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase a ke zlepšení funkcí organismu. Důležitým faktorem při stimulaci je motivace (Friedlová, 2007).

### **3.4 Prvky bazální stimulace**

#### **3.4.1 Somatická stimulace**

Vnímání mechanických, chemických, elektromagnetických a tepelných podnětů ze zevního i vnitřního prostředí organismu zajišťují receptory. Z těchto receptorů se skládají senzorické systémy, což jsou oddíly nervového systému odpovědné za příjem a zpracování určitého typu informací. Proces vnímání není mechanickým odrazem podnětů působících na tyto receptory, ale zahrnuje interpretaci vjemů. Provází jej třídění vstupních informací, jejich významová selekce, ve které se většinou využívá předchozích zkušeností (záznamy v paměti). Somatické vnímání zajišťují receptory v kůži (exteroreceptory, mechanoreceptory a termoreceptory) (Kittnar, 2011).

Hlavním cílem somatické stimulace je tvorba stabilní tělesné identity. Jedná se o stimulaci těla a jeho hranic, integrujeme zde prvky paměťových pohybových schémat. Typ

somatické stimulace používáme dle stavu a potřeb klienta, bere se ohled na jeho schopnost vnímání, komunikace, lokomoce a plně využíváme údaje ze somatické anamnézy pacienta. Kvalita a účinnost somatické stimulace je závislá na kvalitě doteku. Předpokladem kvalitního doteku je klid, způsob a význam kontaktu, vyvinutá síla a tlak, rytmus opakování, kontinuita a sled. Je vhodné omezovat doteky letmé, krátkodobé, rušivé či chaotické. Koncept bazální stimulace není doteková terapie, ale s dotekem pracuje a klade velký důraz na jeho kvalitu. Dotek je také velmi významným prvkem v komunikaci. Dotýkat se je jednou ze základních lidských schopností a dává nám spoustu impulzů ze zevního prostředí, ale i možnost pomocí doteků komunikovat s okolím. Doteky mají v životě člověka různé role a významy (Friedlová, 2007).

#### **3.4.1.1 Iniciální dotek**

Na základě biografické anamnézy se zvolí nejvhodnější místo na pacientově těle a pevným, zřetelným dotekem ho vždy informujeme o začátku a konci naší přítomnosti nebo činnosti s jeho tělem. Tento dotek je důležitou formou komunikace a prvním krokem při navázání kontaktu s pacientem. Nečekané a necílené doteky u pacientů s poruchou vnímání vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Dotek musí být přiměřeného tlaku, zřetelný a musí být doprovázen verbálně. Lokalizaci doteku musí dodržovat všichni členové ošetřovatelského týmu. Formu iniciálního doteku zapisujeme do dokumentace a dáme do pacientovy blízkosti na viditelné místo (nad lůžko) (Šándorová, 9/2008).

#### **3.4.2 Somatické stimulace dle konceptu bazální stimulace**

Při všech dále zmíněných technikách je stimulován kožní percepční orgán a také vnímání pohybu vykonaného během stimulace. Vnímání doteků (tlaku), vibrací nebo lechtání patří do mechanorecepce a vnímání změn teplotních, behaviorální a autonomní reakce, podílející se na regulaci tělesné teploty, patří do termorecepce. Systém propriorecepce umožňuje vnímání hluboké citlivosti (polohový smysl, pohybový smysl, silový smysl) (Holíbková, 2001).

##### **3.4.2.1 Somatická stimulace zklidňující**

Zklidňující stimulaci můžeme do péče integrovat nejčastěji během mytí pacienta, nazýváme ji zklidňující koupelí. Lze ji aplikovat kdykoliv během dne a za použití různých

prostředků. Při provádění somatické stimulace během koupele se používá vlažnější voda. Můžeme stimulovat také bez vody za použití např. froté ponožek či jiných pomůcek. Prováděním této koupele je možné pacienta zklidnit, ztlumit bolest, zmírnit zmatenost, dezorientaci, úzkost, napětí a navodit celkové tělesné uvolnění. Večer lze tuto koupel použít jako nástroj k navození spánku. Při provádění zklidňující koupele je nutno s pacientem komunikovat a sledovat jeho reakci. Pro zklidnění vždy postupujeme v jednom směru, a to ve směru ochlupení. Stimulaci verbálně komentujeme a sdělujeme, kterou část těla právě modulujeme. Po umytí pacienta zakryjeme a umožníme odpočinek, dbáme na prevenci pocitu chladu. Při koupelích můžeme stimulovat smysly auditivní, optický, olfaktorický a taktile-haptický. Mezi zásady zklidňujících koupelí patří modulace pacientova těla oběma rukama, udržování stálého kontaktu, neměli bychom odcházet a být rušeni, zajistit v místnosti příjemnou teplotu a klidnou atmosféru, nehovořit se třetí osobou a pokud pacient vykazuje negativní reakce, stimulaci přerušit (Slezák, 8/2010).

### **3.4.2.2 Somatická stimulace povzbuzující**

Tuto stimulaci můžeme také integrovat během hygienické péče a nazýváme ji povzbuzující koupelí. Můžeme ji aplikovat kdykoli během dne za použití různých pomůcek a různých členů zdravotnického týmu. Teplota povzbuzující koupele by měla být mezi 23 – 28 °C. Na těle se nachází různé teplotní zóny, nejteplejším místem je břicho a podpaží, dále obličej a končetiny. Opět můžeme stimulovat buďto pomůckami jako žínky, nebo jen pomocí rukou. Cílem povzbuzující stimulace je zvýšení úrovně vědomí, svalového tonu, zvýšení srdeční frekvence a tlaku krve, podpoření aktivity a vnímání tělesného schématu. Nepoužíváme tuto metodu u pacientů dezorientovaných, neklidných a po čerstvém traumatu mozku. Opět musíme povzbuzující mytí spojit s iniciálním dotekem, pacienta informujeme o zahájení činnosti a postupujeme v jednom směru a to proti směru ochlupení. Vždy dodržujeme zásady platné v předchozí části (Friedlová, 2007).

### **3.4.2.3 Neurofyziologická stimulace**

Cílem této metody je umožnění pacientům s poruchami hybnosti jedné poloviny těla ji znovu vnímat. Předpokladem je však schopnost vnímat nepostiženou stranu, aby mohl pacient zapojit postiženou stranu opět do svého tělesného schématu. Neurofyziologická stimulace vychází z konceptu Bobathových (Friedlová, 2007).

#### 3.4.2.4 *Symetrická stimulace*

Podporuje obnovení vnímání tělesného schéma u pacientů s poruchou rovnováhy a to na podkladě fixace tělesné symetrie. Provádí se synchronně na obou polovinách těla (Friedlová, 2007).

#### 3.4.2.5 *Rozvíjející stimulace*

Používá se u pacientů, kteří ještě nemají stabilizováno tělesné schéma, dochází při této stimulaci ke zdůraznění symetrie a středu těla (Friedlová, 2007).

#### 3.4.2.6 *Diametrální stimulace*

Provádí se u pacientů se zvýšeným svalovým napětím, které omezuje pohyb v kloubu. Pokud tuto stimulaci aplikujeme jako koupel, nemusí být aplikována na celé tělo, ale jen na jeho část (Friedlová, 2007).

#### 3.4.2.7 *Polohování v konceptu bazální stimulace*

Při dlouhodobém ležení dochází ke ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic. Tento pocit je prohlubován zvláště u dezorientovaných pacientů a pacientů dlouhodobě ležících na měkkých matracích. Díky polohování je stimulována jak somatická, tak vestibulární oblast. Polohováním docílíme kromě prevence dekubitů, pneumonie, trombembolické komplikace, také neurologických cílů (Klusoňová, 2000).

Při polohování je nutné vždy dbát na to, aby se pacient cítil komfortně a zohledňujeme autobiografický faktor. Při polohování stimulujeme i minimálními změnami tělesné pozice (např. propletení prstů rukou, položením rukou na hrudník, překřížením dolních končetin, atd.) (Friedlová, 2007).

#### Poloha „hnízdo“

Tato poloha stimuluje vnímání tělesného schématu, poskytuje poziční komfort a způsobuje příjemné pocity. Nabízí pocit jistoty a zlepšuje vnímání tělesných hranic. S výhodou tuto polohu volíme u pacientů neklidných, dezorientovaných, po vyšetřeních, při odpočinku. Pacient leží v jakékoli poloze (záda, bok, atd.) a jeho tělo je obloženo smotanými dekami nebo fixačními perličkovými polštáři či vaky (Friedlová, 2007).

### Poloha „mumie“

Používá se u pacientů, kde je nutná intenzivní stimulace vnímání tělesného schématu. Také eliminuje stavy neklidu a agresivity. Kontraindikovaná je u pacientů, kteří mají v biografické anamnéze klaustrofobii. Pacient je zabalen do deky či prostěradla, začíná se u nohou a končí se v horní části těla, kde příkrývkou fixujeme přeložením jejího konce pod tělo pacienta. Tuto polohu můžeme kombinovat s polohou „hnízdo“ (Friedlová, 2007).

#### **3.4.2.8 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání**

Dýchání patří mezi základní lidské potřeby a nabízí tak člověku zdroje informací o vlastním bytí. Imobilita vede k závažnému snížení plicní ventilace. Dechová cvičení tak mají pro imobilního pacienta důležitý preventivní význam. Masáž stimulující dýchání se provádí v rytmu a dostatečným kontinuálním tlakem v oblasti zad či ventrální části hrudníku. Je součástí dechové gymnastiky. Cílem je zklidnění rytmu dýchání a podpora vykašlávání pomocí prudkého stlačení hrudníku při výdechu. (Klusoňová, 2000).

#### **3.4.3 Taktálně-haptická stimulace**

Mechanoreceptory se nacházejí ve vrstvách kůže a umožňují vnímání doteků, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla, lechtání, vibrací (Holibková, 2001).

Jedná se o buňky, které převádějí mechanické podněty na bioelektrické signály (nejčastější typy sensorických receptorů). Vyskytují se jako čidla doteku a tlaku v kůži, slouží tak jako receptory hlubokého cití ve svalech, šlachách a kloubech. Jako základ činnosti mechanoreceptorů jsou mechanicky řízené iontové kanály (Kittnar, 2011).

Většina vjemů zprostředkovaných somatosenzorickým systémem má informativní charakter (dotek, tlak, vibrace, poloha, pohyb) a některé mohou být navíc spojeny s více či méně intenzivní emoční reakcí. Vnímání podnětů z povrchu těla, stejně tak i informace o napětí svalů, postavení kloubů, pohybu a poloze celého těla, jsou zprostředkovávány aktivací celé řady receptorů (Kittnar, 2011).

K této technice používáme různé předměty, pacientům známé z dřívějšího období jejich života. Jsou to např. oblíbené předměty (mobil, ovladač), hračky, předměty používané k výkonu povolání či provozování zájmových aktivit, k osobní toaletě, atd. Tyto předměty mohou velmi výrazně stimulovat paměťovou stopu (Šándorová, 9/2008).



#### 3.4.4 Orální stimulace

Ústa jsou jednou z nejcitlivějších tělesných zón, která plní spoustu funkcí, od příjmu potravy přes komunikaci, vnímání chutí, vyjádření emocí, dýchání, atd. (Šándorová, 9/2008).

Formy orální stimulace jsou stimulace dutiny ústní, péče o dutinu ústní a příjem potravy. U pacientů se změněným vědomím lze vybavit vzpomínky taktéž pomocí chuťového prožitku. V první řadě je nutné vyslat signál mozku, že chceme pracovat s dutinou ústní a chuťovými smysly. Tento signál je zprostředkován prsty ošetřujícího personálu, kterými je prováděna drobná masáž dolní čelisti směrem k ústům. Následně by měl pacient začít slinit či naprázdno přežvýkávat, což je vhodný okamžik pro vložení chuťového stimulantu do dutiny ústní. Tuto orální stimulaci lze kombinovat s péčí o dutinu ústní. Než zvolíme způsob péče o dutinu ústní, je nutno ji řádně vyšetřit (zjištění přítomnosti defektů, aft, trhlinek, kazy zubů, dekubity, atd.). Hlavní zásadou je nevnikat do úst násilím. Důležité je, aby péče o dutinu ústní poskytla příjemné zážitky a nebyla stresující (Wolffová, 7/2006).

#### 3.4.5 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou hlavními vyvolavateli vzpomínek pro lidský organismus. Mohou vyvolávat vzpomínky jak na roční období, (např. perník = vánoce), tak na různé činnosti (např. vůně benzínu, mycího prostředku, atd.). Každý člověk má své oblíbené vůně a ty je třeba respektovat (Šándorová, 9/2008).

#### 3.4.6 Auditivní stimulace

Sluch je důležitý smysl v komunikaci, navazování a udržování vztahů ve společnosti a rozvoji myšlení. Cílem je stimulovat sluchové vnímání a díky tomu i rozlišovací schopnosti pro jednotlivé zvuky, čímž mobilizujeme pacientovy vzpomínky. Vhodné prostředky: řeč, hudba, zpěv. Důležité je informovat se o poruchách sluchu pacienta a nutností užívat kompenzační prostředky (Šándorová, 9/2008).

#### 3.4.7 Optická stimulace

Díky zrakovému aparátu poznáváme okolní svět, můžeme se orientovat, poznávat lidi, předměty, prožívat pozitivní vjemy a komunikovat s okolím. Pacienti dlouhodobě ležící v nemocničních zařízeních bývají po delší době po probnutí z bezvědomí velmi stres-

vání okolním prostředím, které je většinou velmi chudé na vizuální podněty. Pro podporu znovuprobuzení vizuálních vzpomínek a vnímání okolí pacienta je nutno brát zřetel na autobiografickou anamnézu a spolupracovat s příbuznými pacienta. Je dobré udržet rozdíl mezi dnem a nocí, umístit hodiny, fotografie, malby či obrázky do zorného pole, můžeme nabídnout sledování televize s oblíbenými pořady (Šándorová, 9/2008).

### 3.4.8 Vestibulární stimulace

V průběhu dne zdravý člověk neustále mění polohu v závislosti na různých činnostech. Dochází tak k permanentní stimulaci jeho rovnovážného ústrojí. Pacienti s omezenými pohybovými aktivitami mají informaci o změně pohybu či polohy minimálně. Prostřednictvím stimulace lze podpořit jejich rovnovážné ústrojí, zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Vestibulární vnímání dává možnost zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy, čímž nás informuje o naší poloze a pohybu v prostoru. Vestibulární aparát tak zodpovídá za koordinaci pohybu, orientaci v prostoru, rovnováhu a stabilizaci oběhového systému. Tuto stimulaci je možno provádět u pacienta ležícího na lůžku prostřednictvím zcela nepatrných pohybů jeho hlavou. Tu mírně otáčíme do stran, kdy hlava je ve stálém kontaktu s podložkou a pevně fixována rukama terapeuta. Tento pohyb postačí provést 3 – 5x. Je vhodné tuto stimulaci provádět před každou změnou polohy těla pacienta (Friedlová, 2007).

### 3.4.9 Vibrační stimulace

Pomocí vibrací stimulujeme kožní receptory, receptory hluboké citlivosti, ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vibrace vnímáme ve směru od periferie do středu těla. Vibrační stimulace dává pacientovi intenzivní vjemy z jeho těla. Tyto vibrace jsou vnímány zcela individuálně a používají se především u pacientů s apalickým syndromem. K této stimulaci lze použít různých technických předmětů (holící strojek, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, vibrující lehátka) nebo vlastní ruce. Vibrátory se přikládají do okolí kloubů na dolních i horních končetinách nebo jsou vkládány do dlaně. Můžeme je využít i k celotělové vibrační stimulaci tím, že vibrátor necháme působit na matraci. Kontraindikací této techniky jsou krvácivé stavy, varixy a porucha integrity kůže. Jako vibrační stimulaci lze použít také hudební nástroje nebo mluvení či zpěv člověka (Friedlová, 2007).

## 4 BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA

V konceptu bazální stimulace je kladen velký důraz na adekvátní sběr dat v ošetřovatelské anamnéze. Hovoříme tedy o biografii, autobiografii, senzobiografii. Jedná se o holistické pojetí ošetřovatelství a individualizovanou péči. Péče poskytovaná na základě biografické anamnézy znamená porozumět jedinci a tím ho umět doprovázet v jeho nové situaci a případně až na konec života (Procházková, 2007).

Pokud chceme aplikovat prvky konceptu bazální stimulace do ošetřovatelské péče, je nutné znát pacientovy předešlé životní návyky, zvyky a prožitky. Každý jedinec reaguje na určité situace jinak, je jedinečná bytost, kterou formovaly jak prožité situace, tak sociální okolí. Důraz je kladen na pacientovu vlastní autonomii, což znamená nutnost respektovat ho a pochopit. Sepsání biografie není jednoduchou záležitostí, je nutno získat si důvěru jeho nejbližšího sociálního okolí. Příbuzní se tak stávají velmi významným prvkem v léčebném a ošetřovatelském procesu. Sběr anamnestických dat může být dlouhodobým procesem, příbuzní nemusí poskytnout všechny údaje při prvním kontaktu, musí tedy probíhat opakovaně. Pokud pracujeme s biografií, znamená to volit ošetřovatelské nabídky, které berou ohled na individualitu a autobiografii pacienta. Tyto data jsou výchozím bodem pro individuální péči. V této anamnéze se zaměřujeme jak na sociální situaci, tak na informace z jeho soukromého života, jeho zvyky, zážitky z poslední doby, atd. Pro sběr autobiografické anamnézy mají většinou zdravotnická zařízení vypracován formulář biografické anamnézy (Friedlová, 2007).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 5.1 Cíle výzkumného šetření

1. Srovnat informovanost všeobecných sester v KNTB, a. s. Zlín na standardních odděleních a oddělení ARO + JIP o problematice apalického syndromu.
2. Srovnat informovanost všeobecných sester v KNTB, a. s. Zlín na standardních odděleních a oddělení ARO + JIP o bazální stimulaci a biografické anamnéze.
3. Srovnat užívání technik bazální stimulaci na standardních odděleních a oddělení ARO + JIP v KNTB, a. s. Zlín.
4. Zjistit motivaci sester na oddělení k zavedení technik bazální stimulace do praxe.
5. Vytvořit formulář biografické anamnézy pro potřeby KNTB, a. s. Zlín.

### 5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro výzkumné šetření byl použit soubor respondentů, kteří se vykazovali těmito charakteristikami:

- všeobecné sestry s různým stupněm vzdělání
- muži a ženy
- bez rozdílu věku, s různou délkou praxe
- všeobecné sestry pracující na standardním oddělení (interní, neurologické, LDN), ARO, JIP KNTB, a. s. Zlín

### 5.3 Použitá metoda výzkumného šetření

Výzkumné šetření jsem provedla formou dotazníkového šetření. Dotazník je souborem otázek, které jsou již předem připraveny a sestaveny do určitého formuláře. Jedná se o velmi frekventovanou a populární metodu sociologických výzkumů. Většinou bývá anonymní, pokud ne, je třeba informovaný souhlas respondenta. Výhodou dotazníku jsou především jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného, jednoduchost zpracování dat, které je možné zpracovat též hromadně pomocí počítače. Mezi možné negativa patří neporozumění otázce, nemožnost doplnění, opravení či zpřesnění nebo nízká návratnost (Kutnohorská, 2009).

### 5.4 Charakteristika položek

V úvodní části dotazníku byli respondenti seznámeni s tématickým zaměřením dotazníku, s využitím získaných dat a dodržením anonymity při zpracování výsledků. Dotazník byl sestaven ve spolupráci s PhDr. Renatou Halmo a obsahoval 27 položek.

Položky dotazníku vztahující se k cíli č. 1: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

K cíli č. 2: 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 24.

K cíli č. 3: 17, 23.

K cíli č. 4: 18, 25, 26, 27.

Položkami v dotazníku 1 – 5 jsem získala identifikační údaje respondentů.

Dělení otázek.

- uzavřené alternativní (dichotomické): 1, 23
- uzavřené polytonické: 5, 6, 9, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25
- polouzavřené: 3, 8, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 26, 27
- otevřené: 2, 4, 5a), 14
- filtrační: 7

## 5.5 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v měsících březen a duben letošního roku se svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Krajské nemocnice Tomáše Bati, a. s. ve Zlíně. Po vytvoření, konzultaci a schválení dotazníku vedoucí práce jsem dotazníky osobně předala na jednotlivá oddělení KNTB, a. s. Zlín. Celkem jsem rozdala 100 dotazníků, na oddělení ARO 30, JIP 20, standardní oddělení interního typu 20, standardní oddělení neurologie 15 a na standardní oddělení LDN 15. Z celkového počtu se vrátilo 96 dotazníků, ze kterých jsem musela 2 dotazníky pro neúplnost vyřadit. Celková návratnost tedy byla 94 %.

## 5.6 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovala pomocí programu Microsoft Office Excel v operačním programu Windows 2003. Jednotlivé otázky dotazníku jsem zpracovala do podoby tabulek a grafů. Zvlášť jsou vyhodnoceny odpovědi sester pracujících na pracovištích intenzivní péče a na standardních odděleních a následně tyto odpovědi porovnány. V tabulkách jsou uvedeny data v absolutních a relativních četnostech, přičemž absolutní četnost ( $n$ ) udává počet respondentů, kteří uvedli stejnou odpověď v dané otázce. Relativní četnost ( $r$  v %) vyjadřuje procentuálně, kolik respondentů odpovědělo stejně na danou otázku z celkového počtu. Relativní četnost se zaokrouhluje na dvě desetinná čísla a je znázorněna pomocí grafů.

## 6 INTERPRETACE DAT K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ

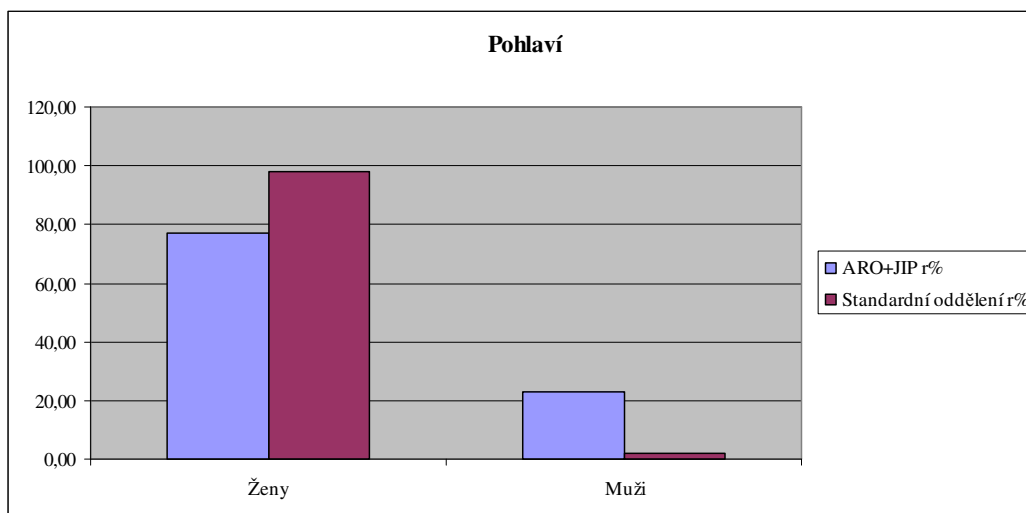
### 6.1 Vyhodnocení identifikačních údajů respondentů

Ze 48 (100 %) respondentů na oddělení ARO + JIP bylo 37 žen (77,08 %) a 11 mužů (22,92 %). Na standardních odděleních ze 46 (100 %) respondentů bylo 45 žen (97,83 %) a 1 muž (2,17 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 1 a v grafu č. 1.

**Tabulka č. 1:** Pohlaví

Pohlaví	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Ženy	37	77,08	45	97,83
Muži	11	22,92	1	2,17
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 1:** Pohlaví



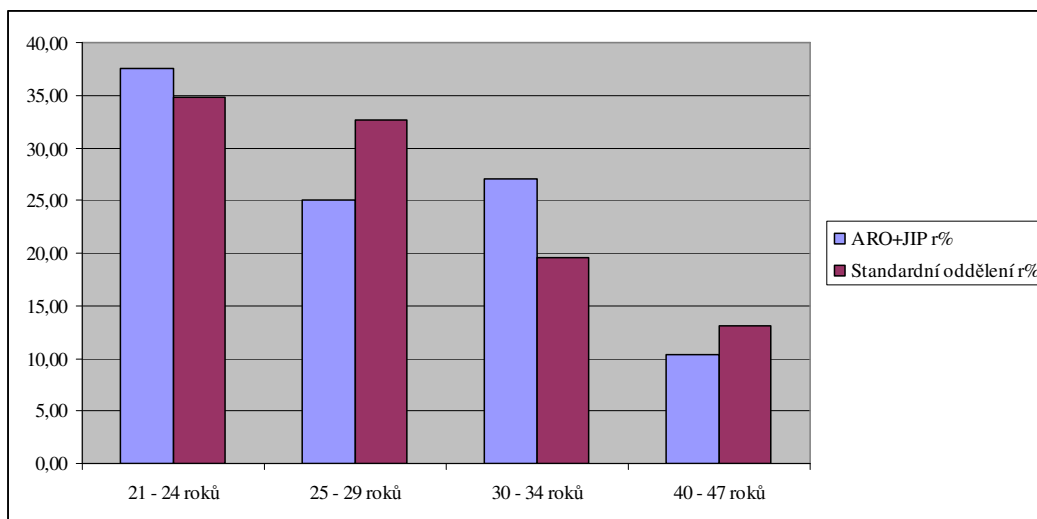


Z uvedených hodnot je patrné, že na oddělení ARO + JIP je věková skupina: 21 – 24 roků 18 respondentů (37,50 %), 25 – 29 roků 12 (25,00 %), 30 – 34 roků 13 (27,08 %), 40 – 47 roků 5 respondentů (10,42 %). Na standardních odděleních je ve skupině 21 – 24 roků 16 respondentů (34,78 %), 25 – 29 roků 15 (32,61 %), 30 – 34 roků 9 (19,57 %) a 40 – 47 roků 6 (13,04 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 2 a v grafu č. 2.

**Tabulka č. 2: Věk**

Věk	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
21 - 24 roků	18	37,50	16	34,78
25 - 29 roků	12	25,00	15	32,61
30 - 34 roků	13	27,08	9	19,57
40 - 47 roků	5	10,42	6	13,04
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 2: Věk**

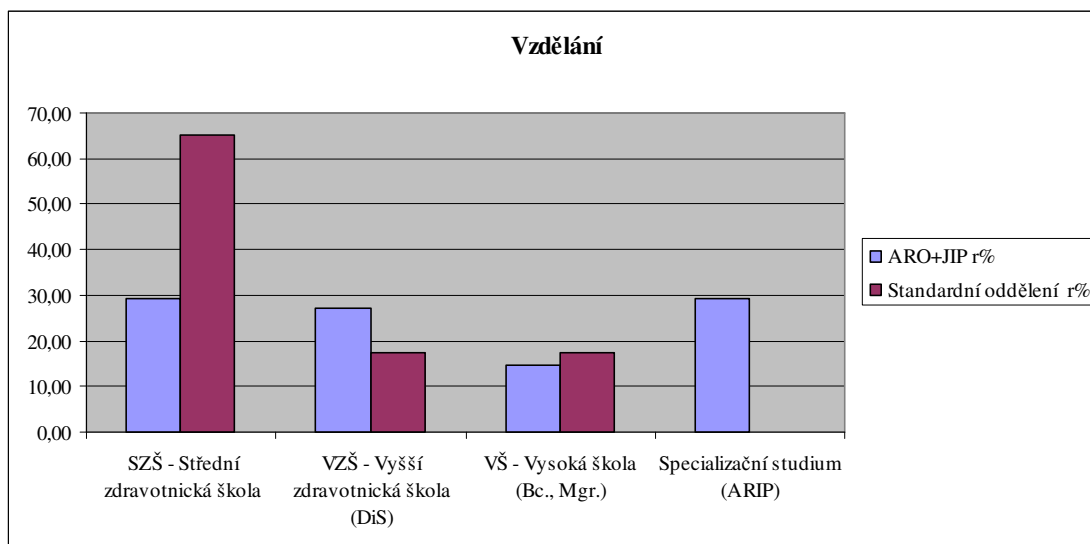


Ze 48 (100 %) respondentů na oddělení ARO + JIP má dosažené vzdělání SZŠ 14 (29,17 %) respondentů, VZŠ 13 (27,08 %), VŠ 7 (14,58 %) a specializační studium 14 (29,17 %) respondentů. Ze 46 (100 %) respondentů pracujících na standardních odděleních má SZŠ 30 (65,22 %), 8 (17,39 %) VZŠ a VŠ 8 (17,39 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 3 a v grafu č. 3.

**Tabulka č. 3:** Nejvyšší vzdělání

Vzdělání	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
SZŠ - Střední zdravotnická škola	14	29,17	30	65,22
VZŠ - Vyšší zdravotnická škola (DiS)	13	27,08	8	17,39
VŠ - Vysoká škola (Bc., Mgr.)	7	14,58	8	17,39
Specializační studium (ARIP)	14	29,17	0	0,00
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100,00</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

**Graf č. 3:** Nejvyšší vzdělání

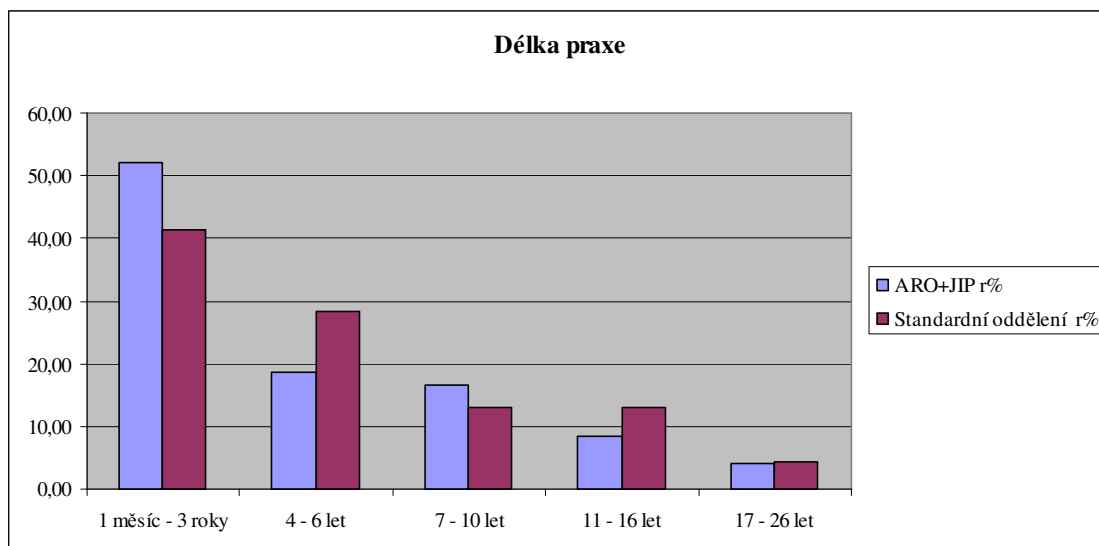


Délku celkové praxe 1 měsíc – 3 roky uvádí 25 (52,08 %) respondentů z oddělení ARO + JIP, ze standardních oddělení je to 19 (41,30 %), 4 – 6 let uvádí 9 respondentů z oddělení ARO + JIP, ze standardních oddělení 13 (28,27 %), 7 – 10 let z ARO + JIP 8 respondentů (16,67 %), ze standardních oddělení 6 (13,04 %), 11 – 16 let 4 respondenti z ARO + JIP, 6 (13,04 %) ze standardních oddělení, 17 – 26 let 2 (4,17 %) z ARO + JIP, ze standardních oddělení 2 respondenti (4,35 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 4 a v grafu č. 4.

**Tabulka č. 4:** Celková délka praxe

Délka praxe	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
1 měsíc - 3 roky	25	52,08	19	41,30
4 - 6 let	9	18,75	13	28,27
7 - 10 let	8	16,67	6	13,04
11 - 16 let	4	8,33	6	13,04
17 - 26 let	2	4,17	2	4,35
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100,00</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

**Graf č. 4:** Celková délka praxe

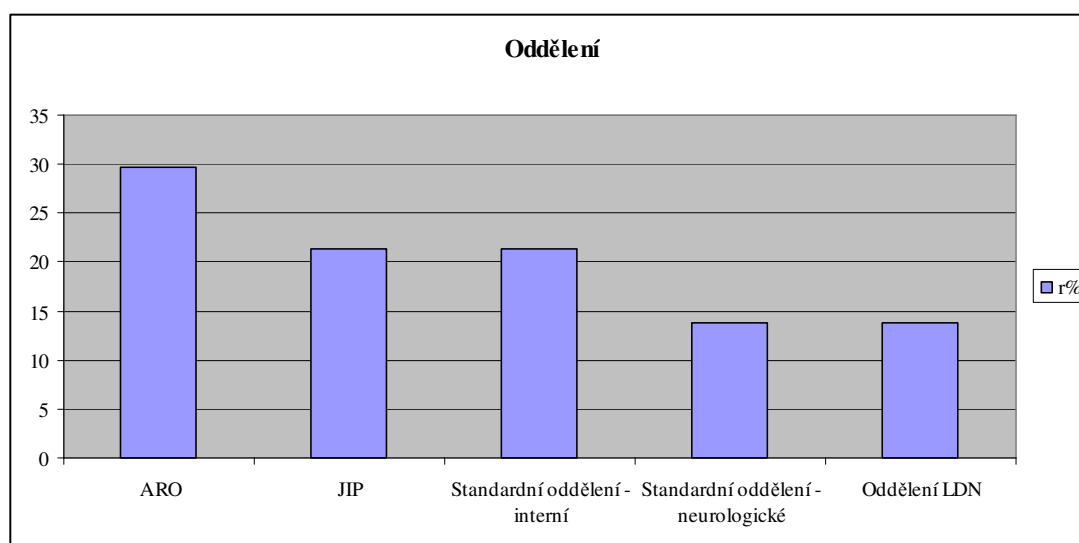


Na oddělení ARO pracuje 28 respondentů (29,78 %), 20 (21,28 %) pracuje na oddělení JIP, 20 (21,28 %) na interním oddělení, 13 (13,83 %) na neurologickém oddělení a 13 respondentů (13,83 %) na LDN. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 5 a v grafu č. 5.

**Tabulka č. 5:** Oddělení

Oddělení	n	r%
	ARO	28
JIP	20	21,28
Standardní oddělení - interní	20	21,28
Standardní oddělení - neurologické	13	13,83
Oddělení LDN	13	13,83
Celkem	94	100,00

**Graf č. 5:** Oddělení

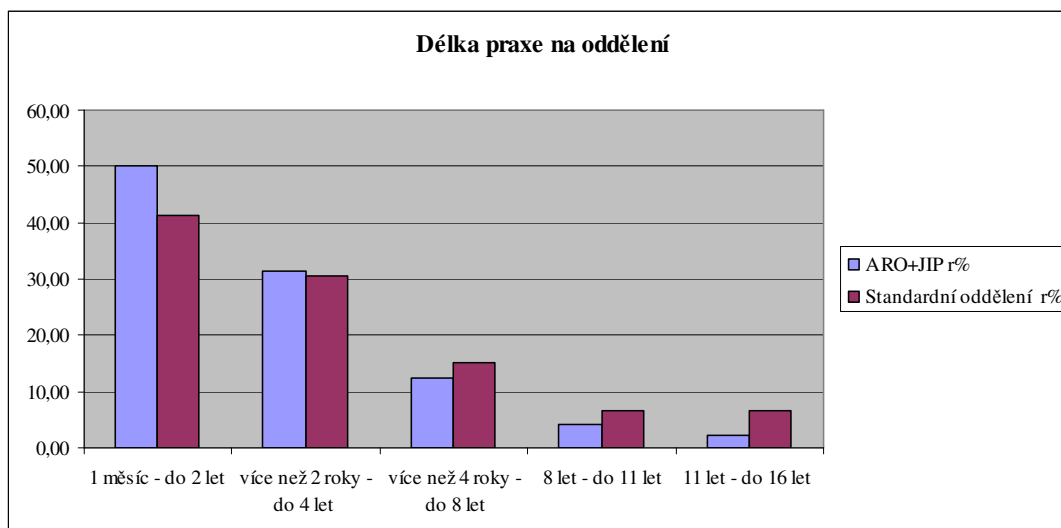


Ze 48 (100 %) respondentů uvádí délku praxe na současném oddělení ARO + JIP 1 měsíc – do 2 let 24 (50,00 %) respondentů, více než 2 roky – do 4 let 15 (31,25 %), více než 4 roky – do 8 let 6 (12,50 %), 8 let – do 11 let 2 (4,17 %) a 11 let – do 16 let 1 (2,08 %). Ze 46 (100 %) respondentů uvádí délku praxe na současném standardním oddělení 1 měsíc – do 2 let 19 (41,30 %) respondentů, více než 2 roky – do 4 let 14 (30,44 %), více než 4 roky – do 8 let 7 (15,22 %), 8 let – do 11 let 3 (6,52 %) a 11 let – do 16 let 3 (6,52 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 6 a v grafu č. 6.

**Tabulka č. 6:** Délka praxe na oddělení

Délka praxe na oddělení	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
1 měsíc - do 2 let	24	50,00	19	41,30
více než 2 roky - do 4 let	15	31,25	14	30,44
více než 4 roky - do 8 let	6	12,50	7	15,22
8 let - do 11 let	2	4,17	3	6,52
11 let - do 16 let	1	2,08	3	6,52
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100,00</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

**Graf č. 6:** Délka praxe na oddělení



## 6.2 Interpretace dat k cíli č. 1

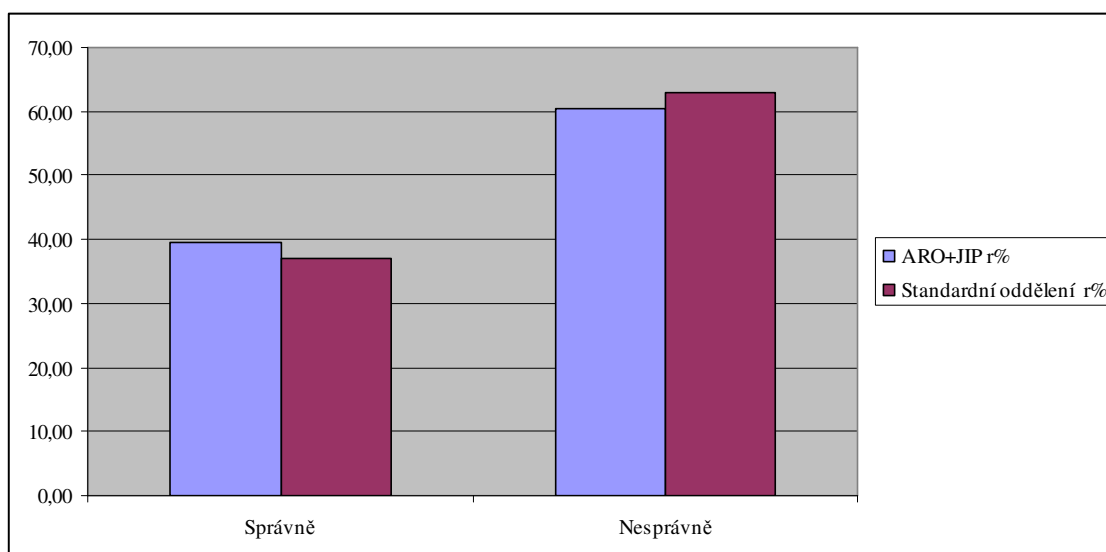
### Vyhodnocení položek č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Respondenti měli v této otázce charakterizovat apalický syndrom, správnou odpověď b) a c) /b) hluboká porucha vědomí, pacient má zachovány základní životní funkce, působní dojem, že se probíral, má otevřené oči, které však nesledují okolí, žvýká a polyká stravu, není možno s ním navázat kontakt, je inkontinentní a odpověď c) může být v některých případech pouze přechodným stavem, obvykle je však ireverzibilní/ uvedlo z celkového počtu 48 (100 %) respondentů 19 (39,58 %) a nesprávnou 29 (60,42 %) z oddělení ARO + JIP. Z celkového počtu 46 (100 %) respondentů odpovědělo správně 17 (36,96 %) a nesprávně 29 (63,04 %) respondentů ze standardních oddělení. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 7 a v grafu č. 7.

**Tabulka č. 7:** Apalický syndrom

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
<b>Správně</b>	19	39,58	17	36,96
<b>Nesprávně</b>	29	60,42	29	63,04
<b>Celkem</b>	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 7:** Apalický syndrom

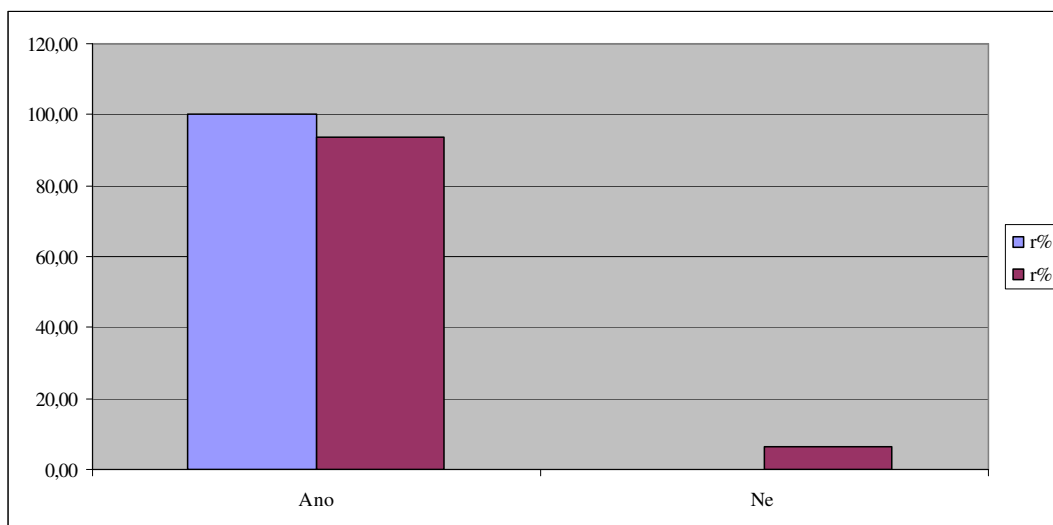


Respondenti měli uvést, zda se setkávají ve své praxi s pacienty s diagnózou apalický syndrom. Z oddělení ARO + JIP se 48 respondentů (100 %) setkává ve své praxi s pacienty s diagnózou apalický syndrom. Ze standardních oddělení se ze 46 respondentů (100 %) setkává s pacienty s diagnózou apalický syndrom 43 respondentů (93,48 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 8 a v grafu č. 8.

**Tabulka č. 8:** Péče o pacienty s apalickým syndromem

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Ano	48	100,00	43	93,48
Ne	0	0,00	3	6,52
<b>Celkem</b>	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 8:** Péče o pacienty s apalickým syndromem

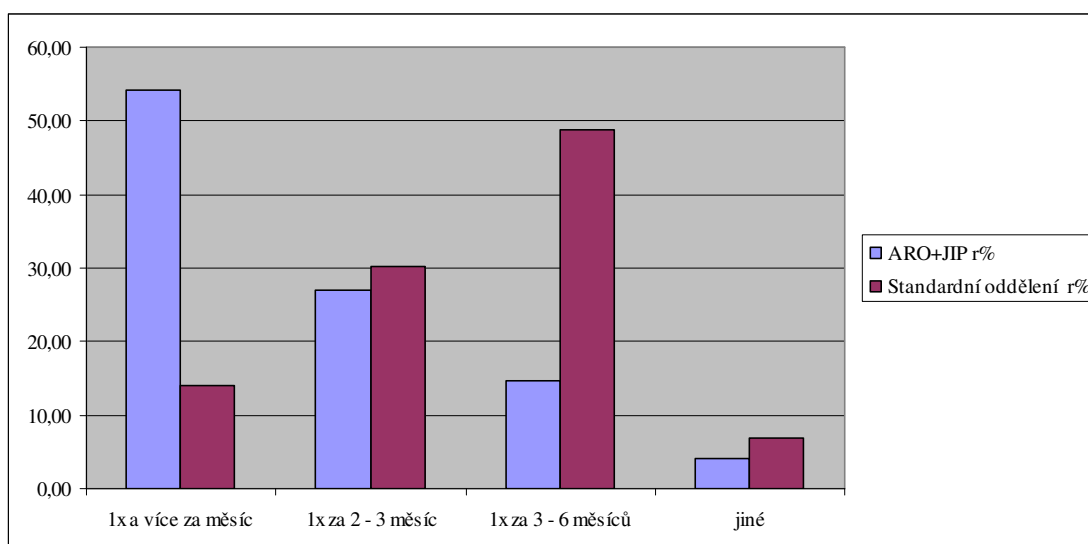


Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů, kteří se setkávají s pacienty s diagnózou apalický syndrom na oddělení ARO + JIP, uvedlo 26 (54,17 %) 1x za měsíc, 13 (27,08 %) 1x za 2 – 3 měsíce, 7 (14,58 %) 1x za 3 – 6 měsíců a 2 (4,17 %) 1x za rok. Z celkového počtu 43 (100 %) respondentů, kteří se s těmito pacienty setkávají na standardních odděleních, uvedlo 6 (13,95 %) možnost 1x za měsíc, 13 (30,23 %) 1x za 2 – 3 měsíce, 21 (48,84 %) 1x za 3 – 6 měsíců a 3 (6,98 %) 1x za rok. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 9 a v grafu č. 9.

**Tabulka č. 9:** Frekvence péče o pacienty s apalickým syndromem

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
<b>1x a více za měsíc</b>	26	54,17	6	13,95
<b>1x za 2 - 3 měsíc</b>	13	27,08	13	30,23
<b>1x za 3 - 6 měsíců</b>	7	14,58	21	48,84
<b>jiné</b>	2	4,17	3	6,98
<b>Celkem</b>	48	100,00	43	100,00

**Graf č. 9:** Frekvence péče o pacienty s apalickým syndromem



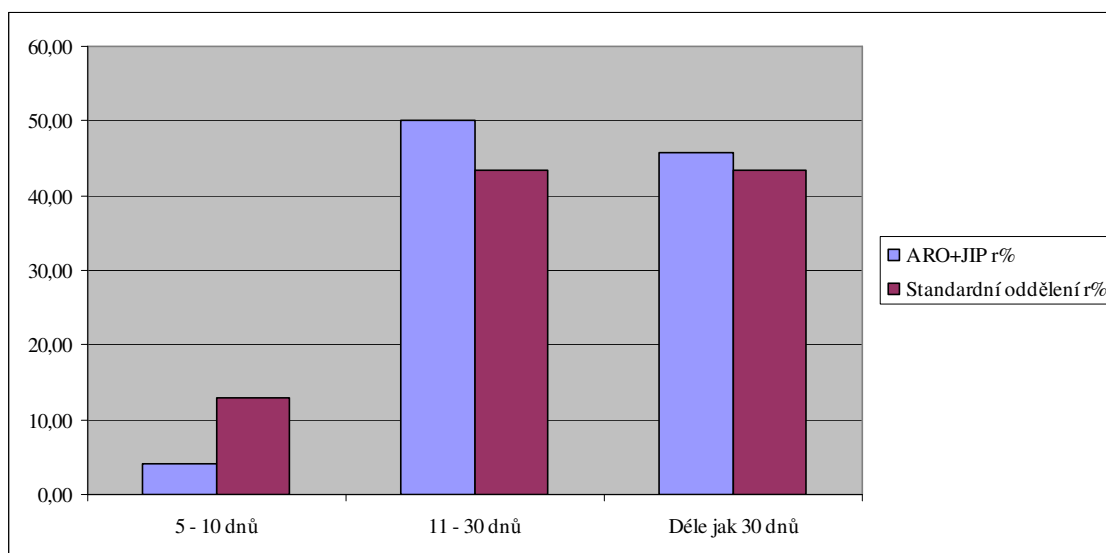


Respondenti měli uvést, jaká je průměrná délka hospitalizace pacienta s diagnózou apalický syndrom na jejich oddělení. Ze 48 respondentů (100 %) z oddělení ARO + JIP uvedlo možnost 5 – 10 dnů 2 (4,17 %), 11 – 30 dnů 24 (50,00 %), déle jak 30 dnů 22 respondenti (45,83 %). Ze 46 respondentů (100 %) standardních oddělení zvolilo možnost 5 – 10 dnů 6 respondentů (13,04 %), 11 – 30 dnů 20 (43,48 %), déle jak 30 dnů 20 respondentů (43,48 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 10 a v grafu č. 10.

**Tabulka č. 10:** Délka hospitalizace pacienta s apalickým syndromem na oddělení

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
5 - 10 dnů	2	4,17	6	13,04
11 - 30 dnů	24	50,00	20	43,48
Déle jak 30 dnů	22	45,83	20	43,48
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 10:** Délka hospitalizace pacienta s apalickým syndromem na oddělení

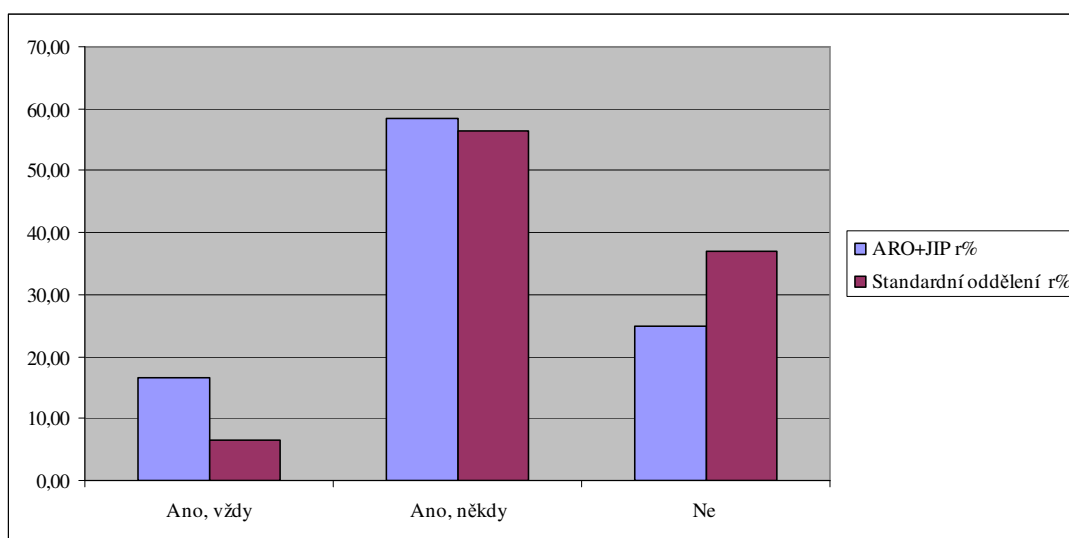


Respondenti měli uvést, zda zapojují do ošetrovatelské péče rodinné příslušníky. Ze 48 (100 %) respondentů uvedlo z oddělení ARO + JIP možnost ano, vždy 8 respondentů (16,67 %), možnost ano, někdy 28 (58,33 %), možnost ne volilo 12 respondentů (25,00 %). Ze 46 (100 %) respondentů ze standardních oddělení uvedlo možnost ano, vždy 3 (6,52 %), ano, někdy 26 (56,52 %) a možnost ne 17 (36,96 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 11 a v grafu č. 11.

**Tabulka č. 11:** Zapojení rodinných příslušníků do péče

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Ano, vždy	8	16,67	3	6,52
Ano, někdy	28	58,33	26	56,52
Ne	12	25,00	17	36,96
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 11:** Zapojení rodinných příslušníků do péče

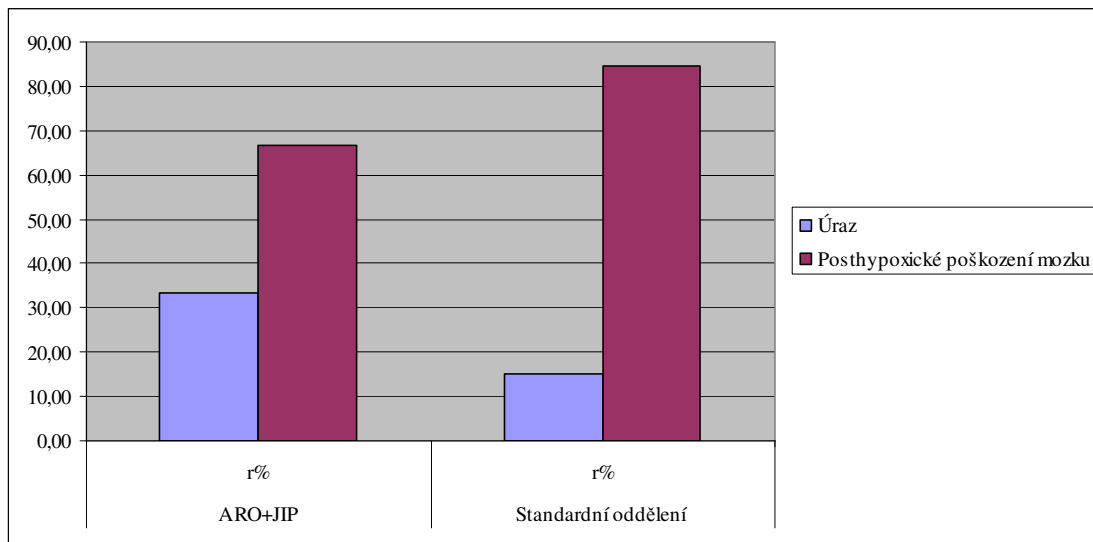


Jako nejčastější příčinu apalického syndromu uvedlo možnost úraz 16 respondentů (33,33 %) a možnost posthypoxické poškození mozku 32 (66,67 %) respondentů z oddělení ARO + JIP z celkového počtu 48 (100 %). Ze standardních oddělení uvedlo jako nejčastější příčinu úraz 7 respondentů (15,22 %) a 39 (84,78 %) z celkového počtu 46 (100 %) jako příčinu posthypoxické poškození mozku. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 12 a v grafu č. 12.

**Tabulka č. 12:** Příčiny apalického syndromu

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Úraz	16	33,33	7	15,22
Posthypoxické poškození mozku	32	66,67	39	84,78
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 12:** Příčiny apalického syndromu

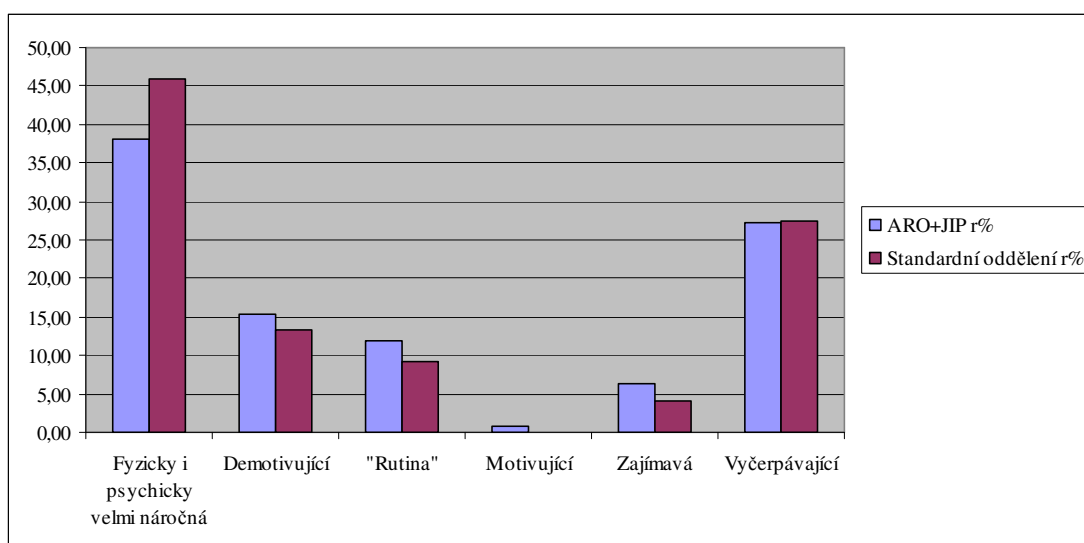


Respondenti měli uvést, jak vnímají péči o pacienty s apalickým syndromem a měli možnost více odpovědí. Z celkového počtu 110 (100 %) odpovědí na ARO + JIP uvedlo možnost fyzicky i psychicky velmi náročná 42 respondentů (38,18 %), 17 (15,45 %) možnost demotivující, 13 (11,82 %) možnost „rutina“, 1 (0,92 %) možnost motivující, 7 (6,36 %) možnost zajímavá a 30 (27,27 %) možnost vyčerpávající. Z celkového počtu 98 odpovědí (100 %) na standardních odděleních uvedlo odpověď fyzicky i psychicky velmi náročná 45 respondentů (45,92 %), 13 (13,27 %) možnost demotivující, 9 (9,18 %) „rutina“, možnost zajímavá 4 (4,08 %) a vyčerpávající 27 (27,55 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 13 a v grafu č. 13.

**Tabulka č. 13:** Péče o pacienty s apalickým syndromem

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
<b>Fyzicky i psychicky velmi náročná</b>	42	38,18	45	45,92
<b>Demotivující</b>	17	15,45	13	13,27
<b>"Rutina"</b>	13	11,82	9	9,18
<b>Motivující</b>	1	0,92	0	0,00
<b>Zajímavá</b>	7	6,36	4	4,08
<b>Vyčerpávající</b>	30	27,27	27	27,55
<b>Celkem</b>	110	100,00	98	100,00

**Graf č. 13:** Péče o pacienty s apalickým syndromem

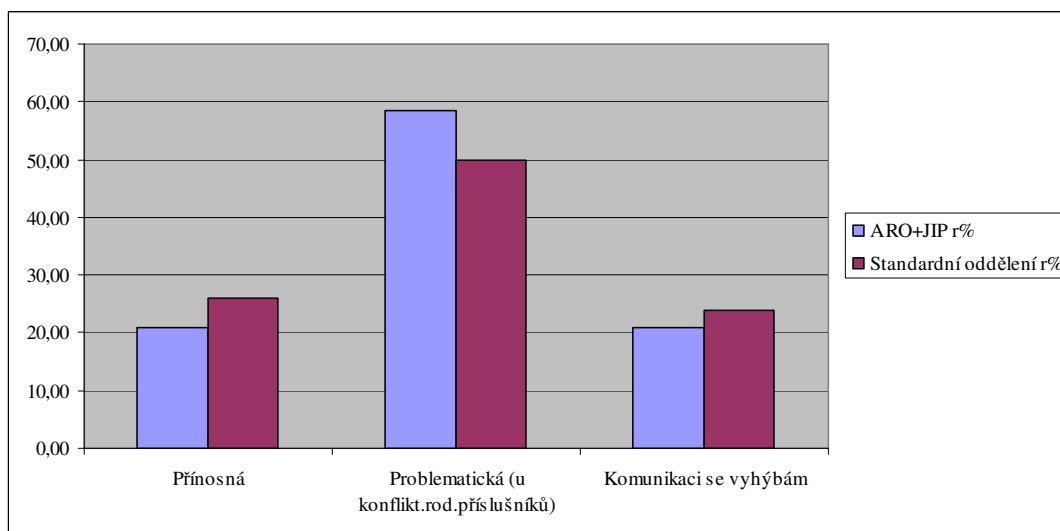


Respondenti měli uvést, zda je přínosné komunikovat s rodinou pacienta. Ze 48 (100 %) respondentů na oddělení ARO + JIP je komunikace přínosná pro 10 respondentů (20,83 %), problematická pro 28 (58,34 %) a vyhýbá se jí 10 (20,83 %). Na standardních odděleních ze 46 (100 %) je komunikace přínosná pro 12 (26,09 %), problematická pro 23 (50,00 %) a vyhýbá se jí 11 (23,91 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 14 a v grafu č. 14.

**Tabulka č. 14:** Komunikace s rodinou pacienta

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
<b>Přínosná</b>	10	20,83	12	26,09
<b>Problematická (u konflikt.rod.příslušníků)</b>	28	58,34	23	50,00
<b>Komunikaci se vyhýbám</b>	10	20,83	11	23,91
<b>Celkem</b>	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 14:** Komunikace s rodinou pacienta



### 6.3 Interpretace dat k cíli č. 2

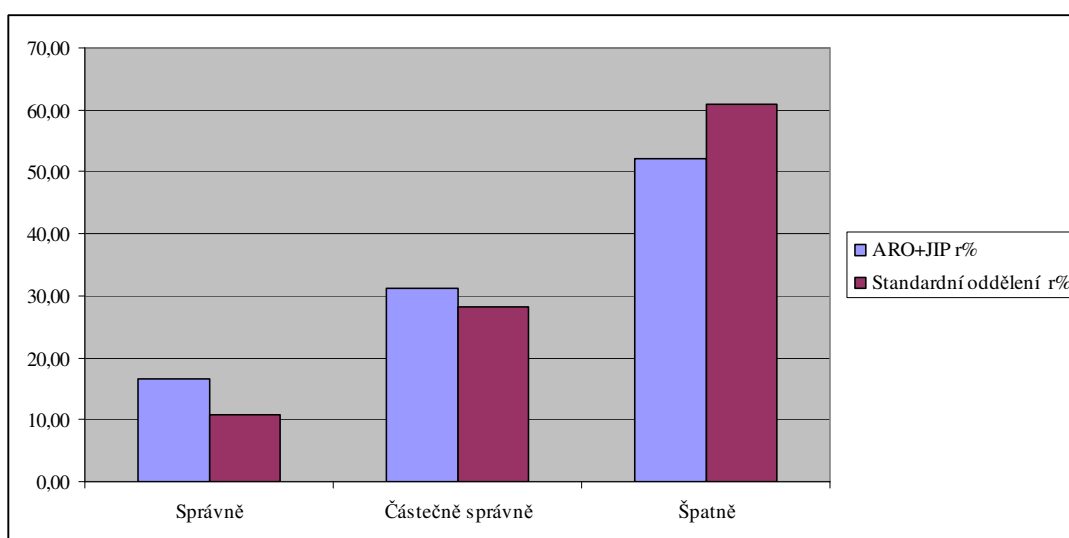
Vyhodnocení položek č. 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 24.

Respondenti měli vlastními slovy definovat pojem bazální stimulace. Za správnou odpověď byla považována definice, kterou uvádím na str. 26 mé bakalářské práce. Ze 48 (100 %) odpovědí bylo správně zodpovězeno 8 (16,67 %), částečně správně 15 (31,25 %) a špatně 25 (52,08 %) na oddělení ARO + JIP. Ze 46 (100 %) odpovědí bylo správně na standardních odděleních 5 (10,87 %), částečně správně 13 (28,26 %) a špatně 28 (60,87 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 15 a v grafu č. 15.

**Tabulka č. 15:** Definice bazální stimulace

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Správně	8	16,67	5	10,87
Částečně správně	15	31,25	13	28,26
Špatně	25	52,08	28	60,87
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100,00</b>	<b>46</b>	<b>100,00</b>

**Graf č. 15:** Definice bazální stimulace

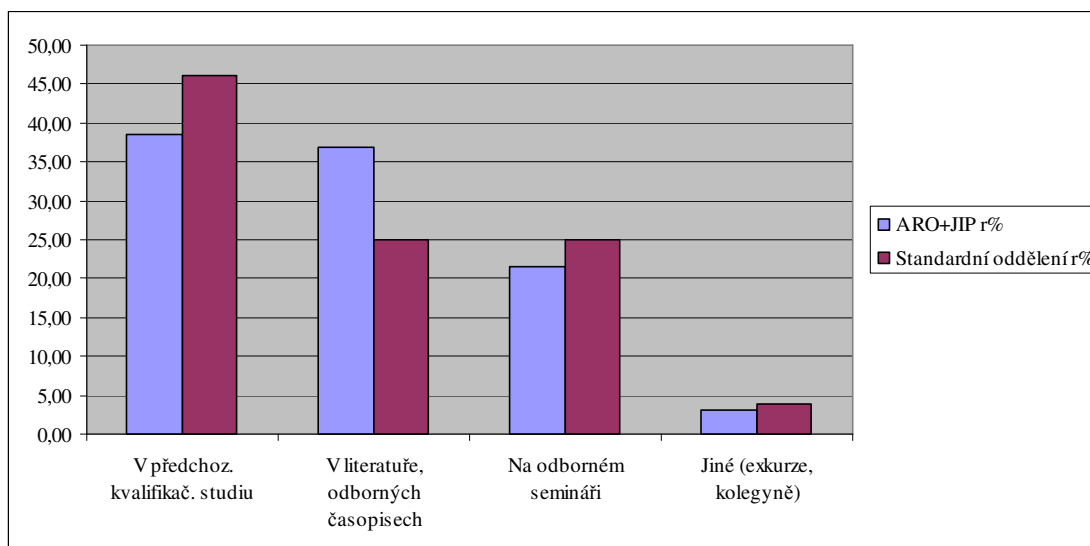


Respondenti měli označit, kde se poprvé setkali s pojmem bazální stimulace. I zde mohli uvést více odpovědí. Z celkového počtu 65 (100 %) odpovědí na ARO + JIP uvedlo možnost předchozího kvalifikačního studia 25 respondentů (38,46 %), literatury 24 (36,92 %), seminářů 14 (21,54 %) a jiné 2 (3,08 %). Na odděleních standardních z celkového počtu 52 (100 %) odpověď předchozího kvalifikačního studia uvedlo 24 (46,15 %), literatury 13 (25,00 %), seminářů 13 (25,00 %) a jiné 2 (3,85 %) respondenti. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 16 a v grafu č. 16.

**Tabulka č. 16:** Setkání s bazální stimulací

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
<b>V předchoz. kvalifikač. studiu</b>	25	38,46	24	46,15
<b>V literatuře, odborných časopisech</b>	24	36,92	13	25,00
<b>Na odborném semináři</b>	14	21,54	13	25,00
<b>Jiné (exkurze, kolegyně)</b>	2	3,08	2	3,85
<b>Celkem</b>	65	100,00	52	100,00

**Graf č. 16:** Setkání s bazální stimulací

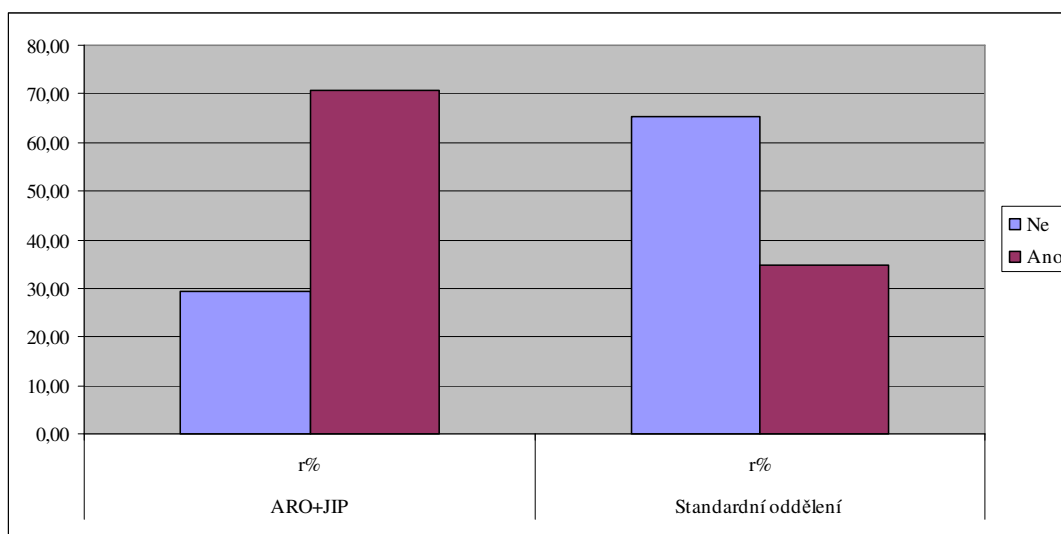


Respondenti měli uvést, zda znají některou z technik bazální stimulace. Na oddělení ARO +JIP využilo možnost ne 14 respondentů (29,17 %) a možnost ano 34 (70,83 %) z celkového počtu 48 (100 %). Na standardních odděleních využilo možnost ne 30 (65,22 %) a možnost ano 16 (34,78 %) respondentů z celkového počtu 46 (100 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 17 a v grafu č. 17.

**Tabulka č. 17:** Znalost technik bazální stimulace

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Ne	14	29,17	30	65,22
Ano	34	70,83	16	34,78
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 17:** Znalost technik bazální stimulace



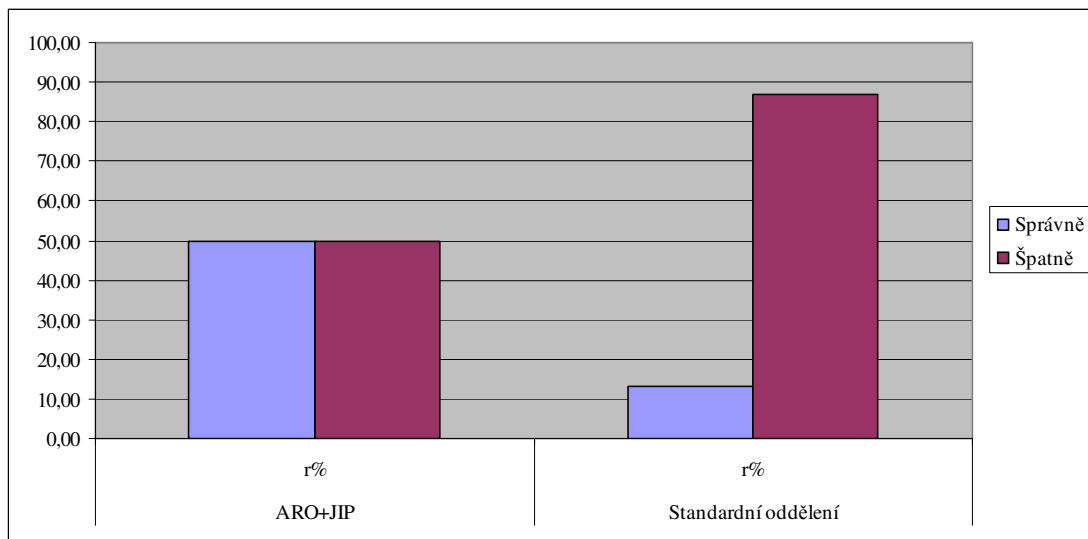


Respondenti měli uvést, co znamená pojem iniciální dotek. Ze 48 (100 %) respondentů na oddělení ARO + JIP zvolilo správnou odpověď b) dotek vždy na stejném místě při zahájení a ukončení intervence 24 (50,00 %) a špatnou 24 (50,00 %). Ze 46 (100 %) respondentů na standardních odděleních zvolilo správnou odpověď b) dotek vždy na stejném místě při zahájení a ukončení intervence 6 (13,04 %) a špatnou 40 (86,96 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 18 a v grafu č. 18.

**Tabulka č. 18:** Znalost pojmu iniciální dotek

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Správně	24	50,00	6	13,04
Špatně	24	50,00	40	86,96
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 18:** Znalost pojmu iniciální dotek

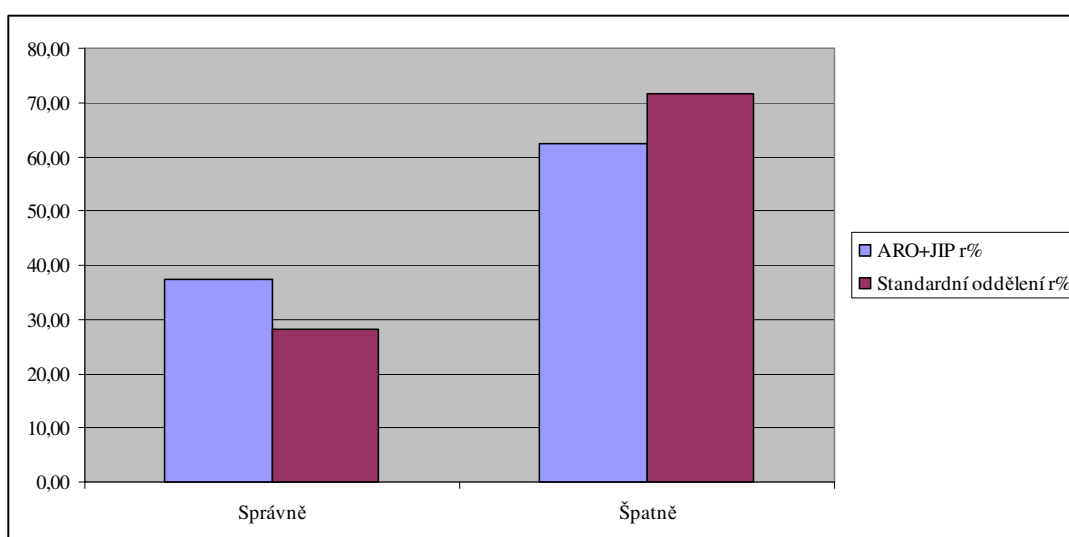


Respondenti měli uvést, které zásady jsou důležité při péči o pacienta s apalickým syndromem. Za správné odpovědi byly považovány možnosti b) nehovořit s více osobami najednou, c) hovořit jasně a zřetelně, d) při oslovení použít iniciální dotek, e) přivítat a rozloučit s pacientem pokud možno stejnými slovy, f) soustředit se na reakce pacienta a g) přerušit činnost, aby si pacient odpočinul. Z celkového počtu 48 (100 %) respondentů z oddělení ARO + JIP odpovědělo správně 18 (37,50 %) a špatně 30 (62,50 %). Ze celkového počtu 46 (100 %) respondentů ze standardních oddělení odpovědělo správně 13 (28,26 %) a špatně 33 (71,74 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 19 a v grafu č. 19.

**Tabulka č. 19:** Zásady péče o pacienta s apalickým syndromem

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Správně	18	37,50	13	28,26
Špatně	30	62,50	33	71,74
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 19:** Zásady péče o pacienta s apalickým syndromem

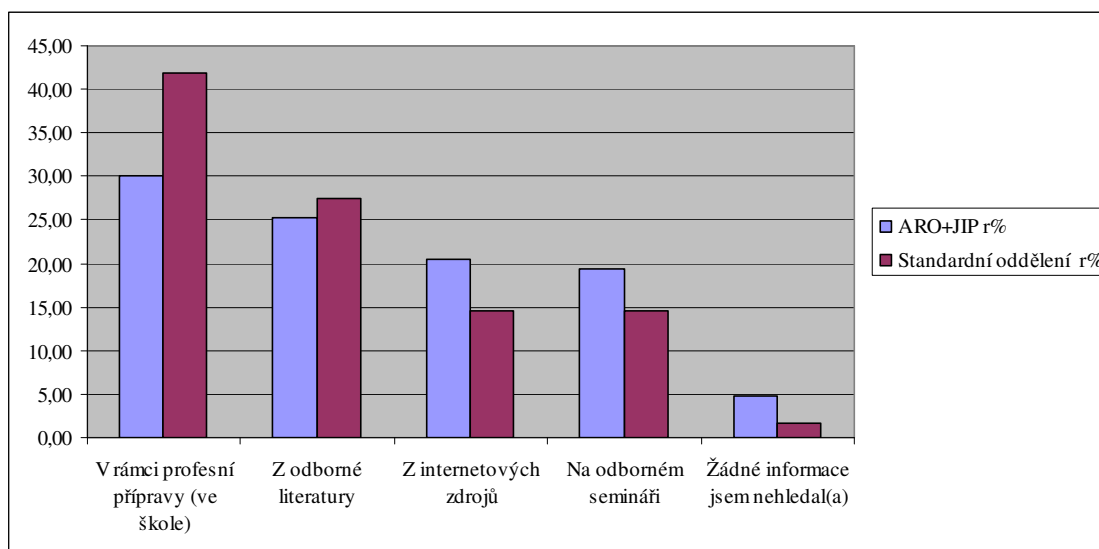


Respondenti měli uvést, kde získali informace o bazální stimulaci. Měli možnost označení více odpovědí. Z celkového počtu 83 (100 %) odpovědí na oddělení ARO + JIP volilo možnost v rámci profesní přípravy (ve škole) 25 (30,12 %), z odborné literatury 21 (25,30 %), z internetových zdrojů 17 (20,48 %), na odborném semináři 16 (19,28 %) a žádné informace nehledali 4 (4,82 %) respondenti. Z 62 (100 %) odpovědí na standardních odděleních volilo možnost v rámci profesní přípravy (ve škole) 26 (41,94 %), z odborné literatury 17 (27,42 %), z internetových zdrojů 9 (14,52 %), na odborném semináři 9 (14,52 %) a žádné informace nehledal 1 (1,60 %) respondent. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 20 a v grafu č. 20.

**Tabulka č. 20:** Informace o bazální stimulaci

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
V rámci profesní přípravy (ve škole)	25	30,12	26	41,94
Z odborné literatury	21	25,30	17	27,42
Z internetových zdrojů	17	20,48	9	14,52
Na odborném semináři	16	19,28	9	14,52
Žádné informace jsem nehledal(a)	4	4,82	1	1,60
<b>Celkem</b>	<b>83</b>	<b>100,00</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>

**Graf č. 20:** Informace o bazální stimulaci

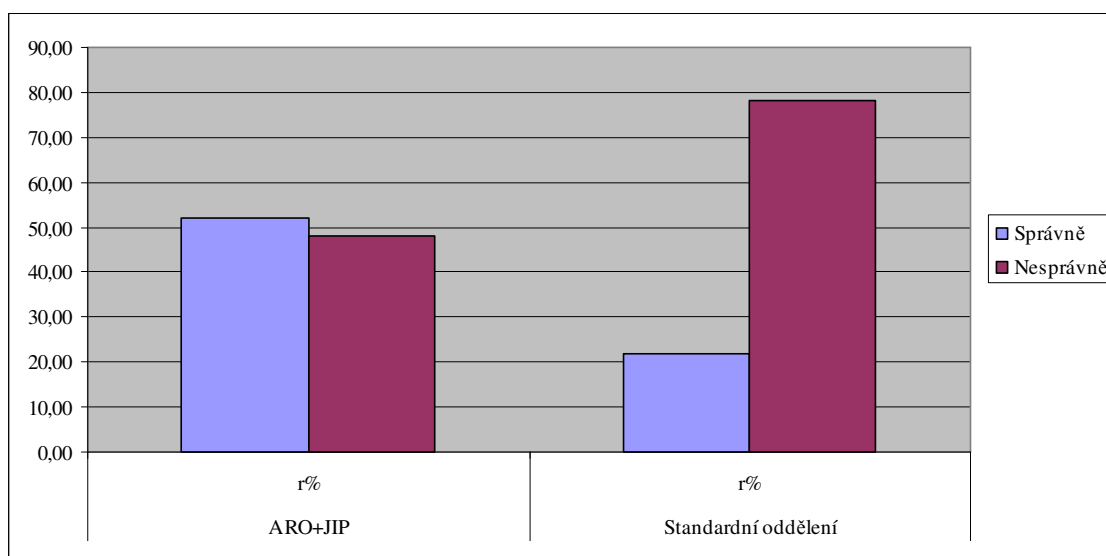


Respondenti měli uvést, jaké informace jsou v biografické anamnéze. Správná odpověď byla možnost c) informace o životních návycích, zvycích a prožitcích pacienta. Správně odpovědělo na oddělení ARO + JIP 25 respondentů (52,08 %) a nesprávně 23 (47,92 %) z celkového počtu 48 (100 %). Na standardních odděleních správně odpovědělo 10 (21,74 %) a nesprávně 36 (78,26 %) z celkového počtu 46 (100 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 21 a v grafu č. 21.

**Tabulka č. 21:** Informace obsažené v biografické anamnéze

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Správně	25	52,08	10	21,74
Nesprávně	23	47,92	36	78,26
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 21:** Informace obsažené v biografické anamnéze

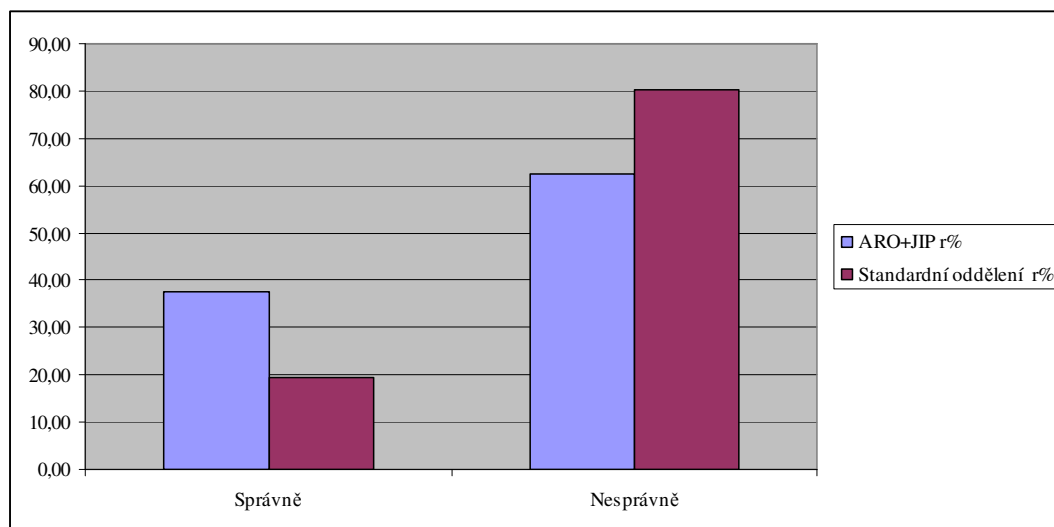


Respondenti měli označit, s kým a jakým způsobem by vyplňovali formulář biografické anamnézy. Správnou odpovědí byla možnost b) opakovaně s nejbližšími příbuznými a přáteli pacienta. Z celkového počtu 48 odpovědí (100 %) správnou volilo na oddělení ARO + JIP 18 (37,50 %) a nesprávnou 30 (62,50 %) respondentů. Z celkového počtu 46 odpovědí (100 %) správnou na standardních odděleních volilo 9 (19,57 %) a nesprávnou 37 (80,43 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 22 a v grafu č. 22.

**Tabulka č. 22:** Vyplňování biografické anamnézy

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
<b>Správně</b>	18	37,50	9	19,57
<b>Nesprávně</b>	30	62,50	37	80,43
<b>Celkem</b>	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 22:** Vyplňování biografické anamnézy



## 6.4 Interpretace dat k cíli č. 3

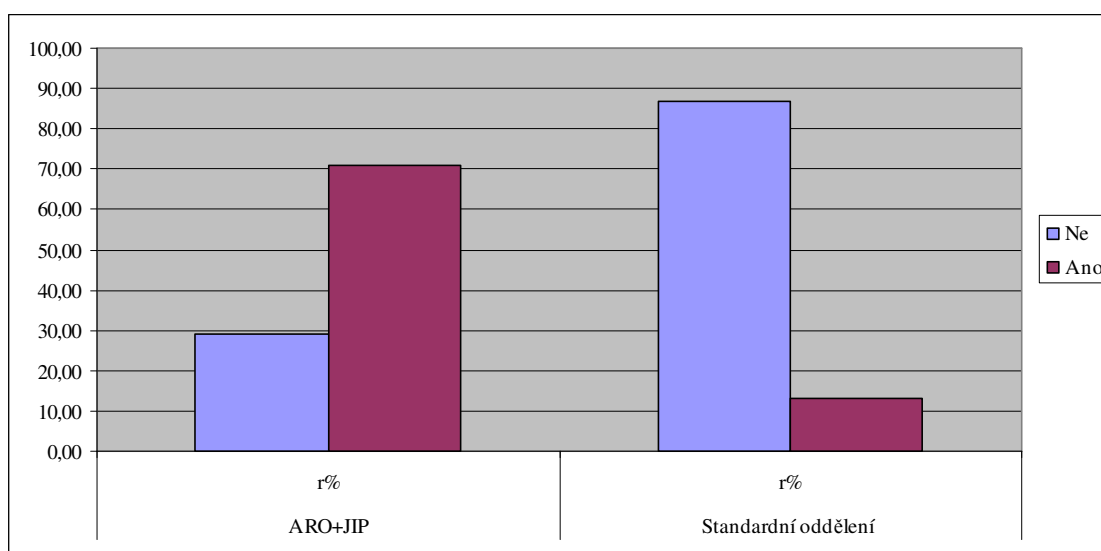
### Vyhodnocení položek č. 17, 23.

Respondenti měli uvést, zda používají některou z technik bazální stimulace v praxi. Ze 48 (100 %) odpovědí na oddělení ARO + JIP zvolilo možnost ne 14 (29,17 %) a ano 34 (70,83 %) respondentů. Ze 46 (100 %) odpovědí na standardních odděleních zvolilo možnost ne 40 (86,96 %) a ano 6 (13,04 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 23 a v grafu č. 23.

**Tabulka č. 23:** Použití technik bazální stimulace

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
<b>Ne</b>	14	29,17	40	86,96
<b>Ano</b>	34	70,83	6	13,04
<b>Celkem</b>	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 23:** Použití technik bazální stimulace

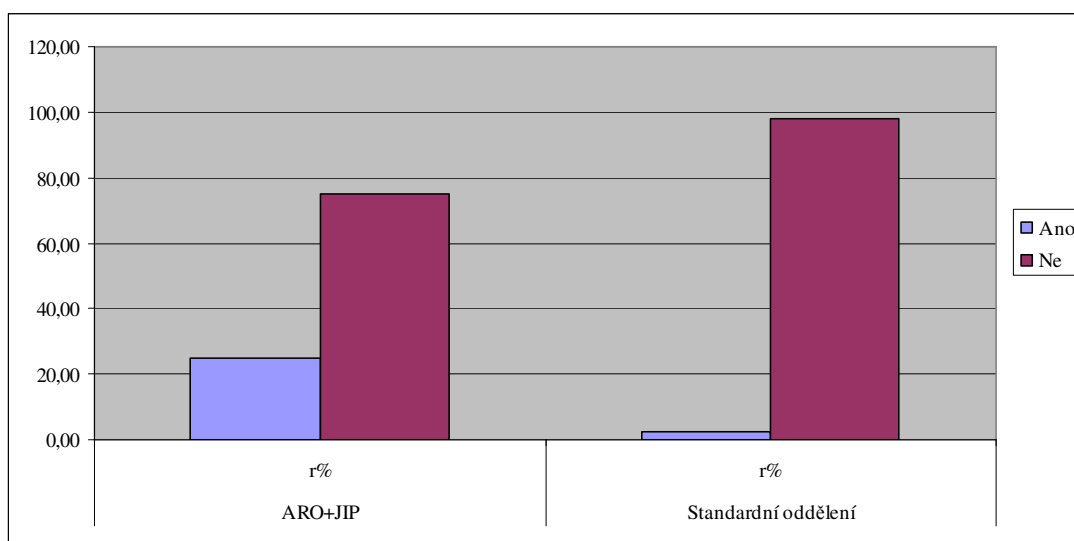


Respondenti měli uvést, zda pracují na svém pracovišti s biografickou anamnézou. Možnost ano na oddělení ARO + JIP uvedlo 12 (25,00 %) a ne 36 (75,00 %) respondentů z celkového počtu 48 (100 %). Na standardních odděleních možnost ano zvolil 1 (2,17 %) a ne 45 (97,83 %) respondentů z celkového počtu 46 (100 %). Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 24 a v grafu č. 24.

**Tabulka č. 24:** Užívání biografické anamnézy

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Ano	12	25,00	1	2,17
Ne	36	75,00	45	97,83
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 24:** Užívání biografické anamnézy



## 6.5 Interpretace dat k cíli č. 4

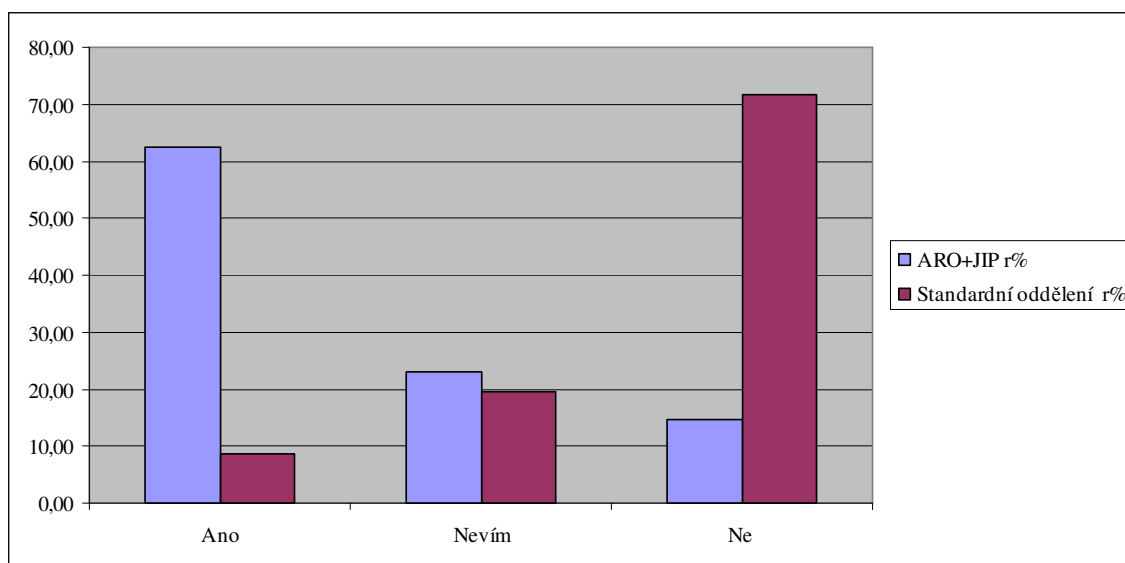
Vyhodnocení položek č. 18, 25, 26, 27.

Respondenti měli uvést, zda si myslí, že by bylo možno aplikovat techniky bazální stimulace u pacientů na jejich oddělení. Z celkového počtu 48 (100 %) možnost ano na ARO + JIP označilo 30 respondentů (62,50 %), možnost nevím 11 (22,92 %) a možnost ne 7 (14,58 %). Z celkového počtu 46 (100 %) na standardních odděleních uvedlo možnost ano 4 (8,70 %), nevím 9 (19,56 %) a ne 33 (71,74 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 25 a v grafu č. 25.

**Tabulka č. 25:** Názor na užívání technik bazální stimulace

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r %	n	r %
Ano	30	62,50	4	8,70
Nevím	11	22,92	9	19,56
Ne	7	14,58	33	71,74
<b>Celkem</b>	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 25:** Názor na užívání technik bazální stimulace



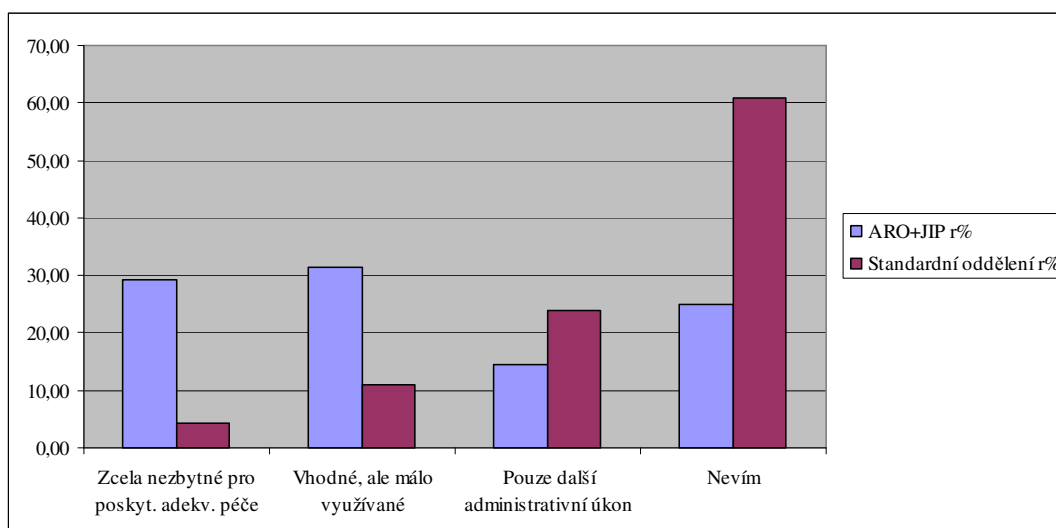


Respondenti měli uvést, jaký přínos má biografická anamnéza pro poskytování péče. Na oddělení ARO + JIP ze 48 (100 %) volilo možnost a) zcela nezbytné pro poskytování adekvátní péče 14 (29,17 %), b) vhodné, ale málo využívané 15 (31,25 %), c) pouze další administrativní úkon 7 (14,58 %) a d) nevím 12 (25,00 %) respondentů. Z celkového počtu 46 (100 %) na standardních odděleních volilo možnost a) zcela nezbytné pro poskytování adekvátní péče 2 ( 4,35 %), b) vhodné, ale málo využívané 5 (10,87 %), c) pouze další administrativní úkon 11 (23,91 %) a d) nevím 28 (60,87 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 26 a v grafu č. 26.

**Tabulka č. 26:** Názor na používání biografické anamnézy

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	N	r%
<b>Zcela nezbytné pro poskyt. adekv. péče</b>	14	29,17	2	4,35
<b>Vhodné, ale málo využívané</b>	15	31,25	5	10,87
<b>Pouze další administrativní úkon</b>	7	14,58	11	23,91
<b>Nevím</b>	12	25,00	28	60,87
<b>Celkem</b>	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 26:** Názor na používání biografické anamnézy

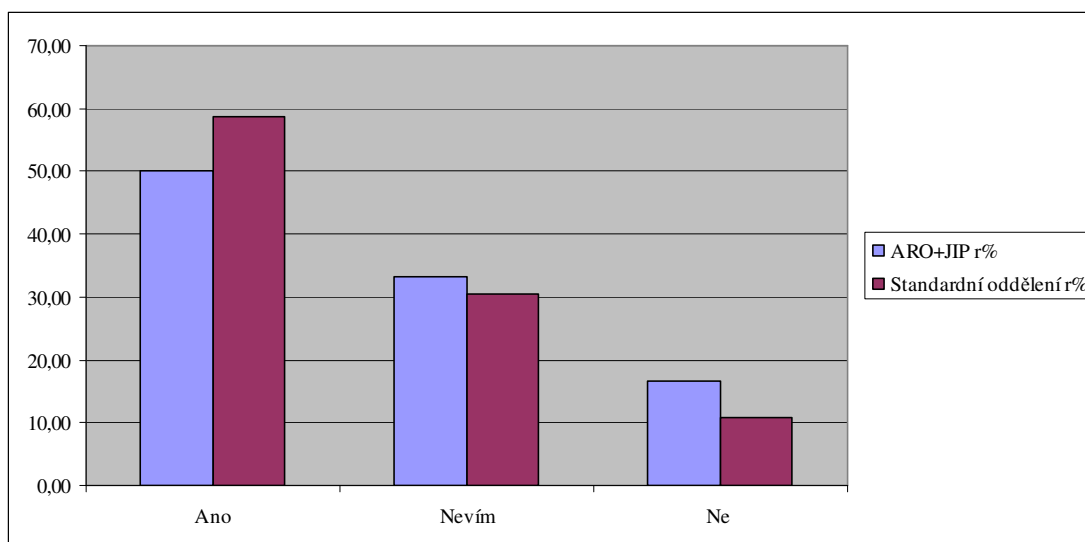


Respondenti měli uvést, zda by uvítali více informací z tématiky apalický syndrom a bazální stimulace. Ze 48 (100 %) respondentů na oddělení ARO + JIP uvedlo odpověď ano 24 (50,00 %), nevím 16 (33,33 %) a ne 8 (16,67 %) respondentů. Ze 46 (100 %) respondentů na standardních odděleních uvedlo odpověď ano 27 (58,70 %), nevím 14 (30,43 %) a ne 5 (10,87 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 27 a v grafu č. 27.

**Tabulka č. 27:** Zájem o informace o apalickém syndromu a bazální stimulaci

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Ano	24	50,00	27	58,70
Nevím	16	33,33	14	30,43
Ne	8	16,67	5	10,87
Celkem	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 27:** Zájem o informace o apalickém syndromu a bazální stimulaci

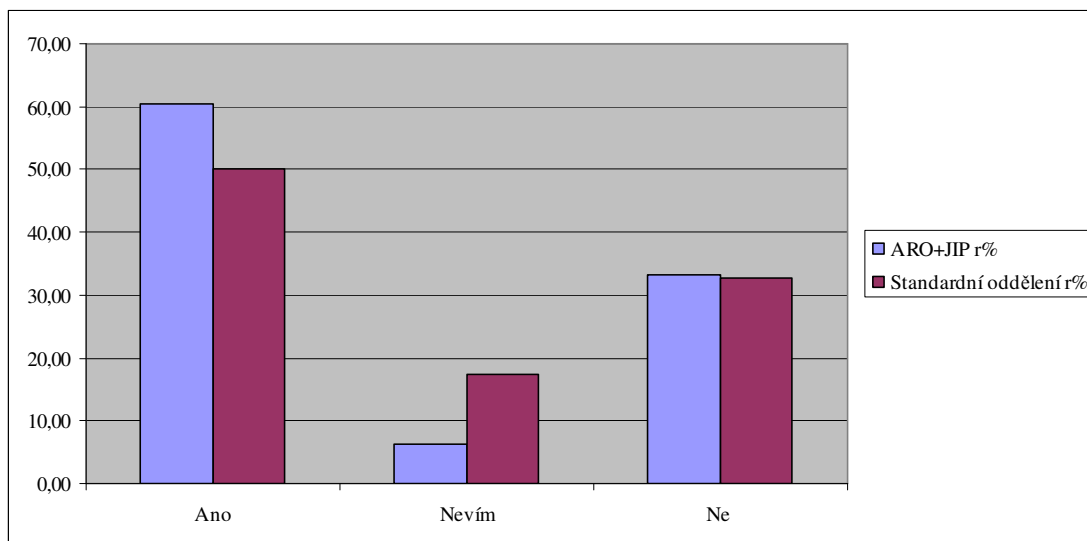


Respondenti měli uvést, zda je podle nich používání technik bazální stimulace pro pacienta přínosem. Odpověď ano volilo 29 (60,42 %), nevím 3 (6,25 %) a ne 16 (33,33 %) respondentů z celkového počtu 48 (100 %) na oddělení ARO + JIP. Na standardních odděleních z celkového počtu 46 (100 %) volilo odpověď ano 23 (50,00 %), nevím 8 (17,39 %) a ne 15 (32,61 %) respondentů. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 28 a v grafu č. 28.

**Tabulka č. 28:** Přínos bazální stimulace pro pacienta

	ARO+JIP		Standardní oddělení	
	n	r%	n	r%
Ano	29	60,42	23	50,00
Nevím	3	6,25	8	17,39
Ne	16	33,33	15	32,61
<b>Celkem</b>	48	100,00	46	100,00

**Graf č. 28:** Přínos bazální stimulace pro pacienta



## 7 DISKUZE

Apalický syndrom (vegetativní stav či vigilní kóma) označují soubor klinických příznaků, které následují po poškození mozku (Šuráňová, 10/2005).

Incidence pacientů s apalickým syndromem se každoročně zvětšuje. Prognóza pacienta je dána délkou trvání tohoto stavu, charakterem primárního onemocnění, komorbiditami a komplikacemi v průběhu vegetativního stavu. Důležitou roli hraje mimo lékařské péče zejména sesterská a ošetrovatelská péče a rehabilitace (Doležil, 1/2007).

Bazální stimulace je osvědčenou metodou, která pomáhá lidem se změněným vnímáním opět se naučit a vnímat své tělo a týká se všech základních životních potřeb. V časopise *Sestra* 5/2008 byl otištěn článek o osmiletém děvčátku, které utrpělo na dovolené po dopravní nehodě těžký úraz hlavy, zlomeninu pánve a levé horní končetiny. Od prvního dne hospitalizace na oddělení ARO ve FN Brno prováděl zdravotnický personál bazální stimulaci se všemi jejími prvky. Do péče zapojili taktéž maminku. Po necelém měsíci v kombinaci s hyperbaroxií přinesla tato metoda viditelný úspěch. Děvčátko nejevilo žádné závažnější mentální postižení, zlepšila se hybnost a celkový psychický stav (Bártová, 5/2008). Takových příkladů z praxe by bylo možné uvést velmi mnoho. A je zřejmé, že koncept bazální stimulace a využívání jeho technik má v ošetrovatelské praxi své nezastupitelné místo. Hlavním cílem předkládané práce bylo zjistit informovanost všeobecných sester v KNTB, a. s. Zlín o technikách a využívání některých z technik bazální stimulace v péči o pacienty s apalickým syndromem.

Metodou práce bylo dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 94 respondentů, 48 bylo z oddělení ARO + JIP a 46 ze standardních oddělení. Nejpočetnější věková skupina na oddělení ARO + JIP byla zastoupena v kategorii 21 – 24 roků, a to 18 (37,50 %) respondentů. Následovaly kategorie 30 – 34 roků 13 (27,08 %), 25 – 29 roků 12 (25,00 %) a 40 – 47 roků 5 (10,42 %). Na standardních odděleních tvořilo největší věkovou skupinu 21 – 24 roků 16 (34,78 %), dále 25 – 29 roků 15 (32,61 %), 30 – 34 roků 9 (19,57 %) a 40 – 47 roků 6 (13,04 %) dotazovaných. Většinu respondentů tvořilo na oddělení ARO + JIP 37 (77,08 %) žen, zastoupeno zde bylo i 11 (22,92 %) mužů. Na standardních odděleních byly tyto počty ještě výraznější, a to 45 (97,83 %) žen a 1 (2,17 %) muž.

**Prvním cílem práce** bylo srovnat informovanost všeobecných sester v KNTB, a. s. Zlín na standardních odděleních a oddělení ARO + JIP o problematice apalického syndromu.

Ze získaných dat vyplývá, že diagnóza apalický syndrom je známa převážné části respondentů. 100 % respondentů z oddělení ARO + JIP se setkává s touto diagnózou, ze standardních oddělení je to 93,48 % respondentů. Četnost výskytu pacientů s apalickým syndromem je na daných odděleních různá. Na pracovištích ARO + JIP uvedlo 54,17 % respondentů možnost 1x a více za měsíc, na standardních odděleních tuto možnost volilo 13,95 %. Dle mého názoru a zkušeností z praxe na našem oddělení je tato skutečnost dána charakterem a příčinami vzniku tohoto syndromu a výskytem sekundárních komplikací, což uvádí i odborná literatura (Kuzníková, 5/2007). Že se jedná o dlouhodobou ošetrovatelskou péči nám ukazuje vyhodnocení položky č. 9, kdy respondenti volili možnost délku hospitalizace 11 – 30 dnů a déle téměř ve stejných počtech, na ARO + JIP ve 45,83 %, na standardních odděleních ve 43,48 %. Je zcela neoddiskutovatelné a nacházíme i vyjádření v odborné literatuře, že pro pacienta s apalickým syndromem je vždy přínosem, pokud jsou do péče zapojeni rodinní příslušníci (Borýsková, 9/2006). Proto mě překvapila skutečnost, že v položce č. 10, kde se měli dotazovaní vyjádřit, zda zapojují rodinné příslušníky do péče, uvedlo možnost ano, vždy pouze 16,67 %, 58,33 % možnost ano, někdy a 25,00 % respondentů z oddělení ARO + JIP zvolilo možnost ne. Dokonce větší počet shodných odpovědí bylo ze standardních oddělení. Pouze 6,52 % zvolilo možnost ano, vždy, 56,52 % ano, někdy a 36,96 % do péče rodinné příslušníky nezapojuje. Respondenti měli možnost specifikovat, při kterých činnostech zapojují rodinné příslušníky do péče o pacienta. Nejčastěji uváděli, cituji: „*Ošetrovatelská péče, jako např. holení, hygiena očí a uší, promazávání těla.*“ „*Hygienická péče, krmení.*“ „*Nosí hygienické potřeby, učíme je provádět hygienu, promazávat tělo.*“ „*Hygiena, polohování, prvky bazální stimulace, masáže, péče o kůži, vlasy, nehty.*“, ostatní uvádím v příloze č. VIII. Dále jsme v dotazníkovém šetření zjistili, že nejčastěji bývá prvotní příčinou apalického syndromu na odděleních respondentů ARO + JIP posthypoxické poškození mozku, což se domnívá 66,67 % respondentů. Úraz jako prvotní inzult uvedlo 33,33 % dotazovaných. Na odděleních standardních převažuje jako prvotní příčina posthypoxické poškození mozku a to v 84,78 %. Tyto výsledky korespondují s údaji v odborné literatuře, kde se uvádí, že apalický syndrom vzniká nejčastěji následkem traumatického postižení mozku či stavem po hypoxickém postižení mozku,

nejčastěji po kardiopulmonární resuscitaci (Maršálková, 1/2004). V dotazníku jsme se tázali, jak vnímají péči o tyto pacienty respondenti. V absolutní převaze byla odpověď fyzicky a psychicky velmi náročná, na oddělení ARO + JIP 38,18 %, na standardních odděleních 45,92 %. Následovala odpověď vyčerpávající a to s hodnotami ARO + JIP 27,27 %, standardní oddělení 27,55 %. Co mě nejvíce překvapilo a zaujalo, byl fakt, že pouze 0,92 % dotazovaných z oddělení ARO + JIP zvolilo možnost motivující. V práci Bartošové, 2008, která byla zaměřena na ošetrovatelskou péči u pacientů s diagnózou apalický syndrom, byly rovněž respondenty sestry KNTB, a. s. Zlín a taktéž se zde objevila položka týkající se největších problémů sester při péči o nemocného s apalickým syndromem. Zde z 88 (100 %) uvedlo 44 (50,00 %) možnost velká fyzická zátěž, 42 (47,73 %) možnost velká psychická zátěž a 56 (63,64 %) zvolilo možnost, že stav nemocného je dlouhodobě stejný. Tyto údaje spolu prakticky korespondují a tento fakt přičítám nejisté prognóze onemocnění a dlouhodobosti péče s nejistými vyhlídkami na zlepšení stavu. Komunikace s rodinnými příslušníky má pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče obrovský význam. Proto je překvapující, že pouze 20,83 % respondentů z oddělení ARO + JIP a 26,09 % ze standardních oddělení pokládá komunikaci s rodinnými příslušníky za přínosnou. Za problematickou ji považuje 58,34 % z oddělení ARO + JIP a 50,00 % ze standardních oddělení. Celkem významný počet respondentů se komunikaci s rodinnými příslušníky vyhýbá, 20,83 % z oddělení ARO + JIP a 23,91 % ze standardních oddělení. V práci Bartošové, 2008, je rovněž položka týkající se komunikace sester s rodinou pacienta. Z 88 (100 %) respondentů uvedlo 66 (75,00 %), že nemá problémy s komunikací, 12 (13,64 %) že má problémy s komunikací. Tyto údaje se poměrně liší od výsledků námi zkoumaného souboru respondentů, ale v obou šetřeních je zřejmé, že sestry vykazují problémy s komunikací s příbuznými těžce nemocného pacienta. Je otázkou, proč tomu tak je. Můžeme se domnívat, že sestry jsou méně připraveny na to, jak reagovat ve vypjatých stresových situacích v komunikaci s příbuznými. Tato otázka by mohla být předmětem dalších výzkumných šetření. Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že soubor respondentů ARO + JIP má více zkušeností a odborných znalostí z problematiky apalického syndromu a komunikace s rodinnými příslušníky než soubor respondentů ze standardních oddělení.

**Druhým cílem práce** bylo srovnat informovanost všeobecných sester v KNTB, a. s. Zlín na standardních odděleních a oddělení ARO + JIP o bazální stimulaci a biografické anamnéze.

V otevřené položce č. 14 měli respondenti vlastními slovy definovat pojem bazální stimulace. Odpovědi byly vyhodnoceny jako správné, částečně správné a špatné podle definice „Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Využívá dřívější životní návyky a zkušenosti nemocného (Friedlová, 2007)“. Správně odpovědělo 16,67 % z oddělení ARO + JIP oproti 10,87 % ze standardních oddělení. Špatně odpovídalo 52,08 % z oddělení ARO + JIP a 60,87 % ze standardních oddělení. Některé ze správných odpovědí respondentů cituji: „*Koncept podporující vnímání, komunikaci, pohybové schopnosti člověka.*“ „*Stimulace smyslu pacienta pomocí jemu příjemných vjemů (z dřívějšího života.*“ „*Stimulace vnímání na základě vývoje a minulých poznatků – zkušeností.*“ „*Soubor technik a postupů, které umožňují navázat s pac. kontakt a podporují jeho uvědomění si sama sebe a svého okolí.*“. Další odpovědi uvádím v příloze č. VIII. S bazální stimulací se nejčastěji respondenti setkávají v předchozím kvalifikačním studiu, na ARO + JIP v 38,46 % a na standardních odděleních 46,15 %. Následuje literatura, semináře. Dále jsme se v dotazníku tázali respondentů, zda znají některou z technik bazální stimulace. V 70,83 % zněla odpověď ano na oddělení ARO + JIP, oproti tomu na standardních odděleních převažovala odpověď ne ve výši 65,22 %. Zde dotazovaní využili možnost doplňující odpovědi, některé z nejčastějších uvádím: „*Polohování, uklidňující, stimulační masáž.*“, „*Muzikoterapie.*“, „*Speciální koupele, stimulace smyslu – vnímání.*“, „*Mikropolohování, vůně, hudba, fotky, chutě.*“ Ostatní nejčastější jsou uvedeny v příloze č. VIII. Odborná literatura specifikuje pojem iniciální dotek jako dotek prováděný vždy na stejném místě, stejným způsobem při zahájení a ukončení intervence u pacienta (Friedlová, 2007). Správně odpovědělo na položku týkající se pojmu iniciální dotek z oddělení ARO + JIP 50,00 %. Překvapením byl počet špatných odpovědí na standardních odděleních, a to 86,96 %. Je zarážející, že i když se respondenti na standardních odděleních setkali s bazální stimulací v předchozím kvalifikačním studiu v 46,15 %, mnohem víc z nich, celých 86,96 %, neumí definovat takový základní pojem a nejužívanější prvek bazální stimulace, jakým je iniciální dotek. Ze získaných dat z dotazníkové položky č. 20 je patrné, že obecné zásady péče o pacienty s apalickým syndromem zná 37,50 % respondentů z oddělení ARO + JIP a 28,26 % ze standardních oddělení. I zde byly odkryty nedostatky

ve znalostech této problematiky na obou odděleních. Špatně odpovídalo 62,50 % z oddělení ARO + JIP a 71,74 % ze standardních oddělení. Nejčastěji získávají informace o bazální stimulaci respondenti v rámci profesní přípravy a z odborné literatury. Z oddělení ARO + JIP činily výsledky 30,12 % a 25,30 %, u standardních oddělení 41,94 % a 27,42 %. V práci Bartošové, 2008, je rovněž položka týkající se formy získávání informací o apalickém syndromu a bazální stimulaci. Možnost přednášky volilo 61,25 %, semináře 50,00 %, stáže 31,25 %, brožury, letáky 40,00 % a odbornou literaturu 47,50 %. Tyto údaje se rozcházejí, v mém šetření více informací čerpají respondenti z profesní přípravy a odborné literatury. Že je biografická anamnéza pro respondenty poměrně neznámým pojmem, nám potvrdila dotazníková položka č. 22. Zde měli dotazovaní uvést, jaké údaje obsahuje biografická anamnéza. Převažovaly nesprávné odpovědi u 47,92 % dotazovaných z oddělení ARO + JIP a 78,26 % ze standardních oddělení. Dále jsme se tázali, s kým by tuto anamnézu dotazovaní vyplňovali. V odborné literatuře se uvádí, že tato anamnéza má být vyplňována opakovaně s nejbližšími příbuznými a přáteli pacienta (Friedlová, 2007). Z výsledků vyplývá, že správnou odpověď označilo pouze 37,50 % z oddělení ARO + JIP a 19,57 % ze standardních oddělení, což příkládám nedostatečným znalostem a informovanosti respondentů o této problematice. Na základě zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že soubor respondentů ARO + JIP vykazuje lepší znalosti v oblasti bazální stimulace a biografické anamnézy než soubor respondentů ze standardních oddělení.

**Třetím cílem práce** bylo srovnat užívání technik bazální stimulace na standardních odděleních a oddělení ARO + JIP v KNTB, a. s. Zlín.

V dotazníkové položce, zda respondenti používají některou z technik bazální stimulace, odpovědělo 70,83 % dotazovaných z oddělení ARO + JIP kladně a 29,17 % záporně. Výrazně odlišných výsledků dosáhli respondenti ze standardních oddělení, kdy 13,04 % odpovědělo kladně a 86,96 % záporně. Nejčastější příklady technik bazální stimulace užívaných na odděleních respondenty cituji: „*Polohování do hnízda, speciální koupele.*“, „*Mikropolohování, vůně, hudba, chutě.*“, „*Bonbóny, fotky, hudba, rádio a rozdílnost mezi noční a ranní hygienou.*“, ostatní příklady v příloze č. VIII. Dotazem v dotazníkové položce č. 23 jsme zjišťovali, zda některá pracoviště používají biografickou anamnézu. Na oddělení ARO + JIP odpovědělo záporně 75,00 % dotazovaných a na standardních odděleních 97,83 % a právě tato skutečnost byla podnětem pro vypracování dokumentu biografická anamné-



za pro obě oddělení. Na základě zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že techniky bazální stimulace jsou více užívány na oddělení ARO + JIP než na standardních odděleních. Nabízí se otázka pro management nemocnice v systematickém školení v bazální stimulaci pro oddělení, která s těmito nemocnými nejvíce pracují.

**Čtvrtým cílem práce** bylo zjistit motivaci sester na oddělení k zavedení technik bazální stimulace do praxe.

V první dotazníkové položce, vztahující se k tomuto cíli, jsme se zaměřovali, zda by byla možnost aplikovat techniky bazální stimulace na odděleních. Z průzkumu vyplynulo, že na oddělení ARO + JIP by bylo nakloněno užívání 62,50 % respondentů, na standardních odděleních je tato skutečnost odlišná, 71,74 % respondentů se k této otázce vyjádřilo negativně. A to převážně z důvodu, které uváděli respondenti do doplňujících odpovědí, „*Nedostatek personálu.*“, „*Nedostatek personálu, času a pomůcek.*“, „*Nedostatek teoretických i praktických znalostí.*“, „*Nedostatek vyškoleného personálu.*“ V dotazníkové otázce, zda by respondenti uvítali více informací z diskutované tematiky, uvedlo 50,00 % respondentů z oddělení ARO + JIP možnost ano, tuto možnost by volilo i 58,70 % dotazovaných ze standardních oddělení. V práci Bartošové, v roce 2008, by přivítalo více informací 81,63 %. Je zřejmé, že dříve, kdy se o bazální stimulaci více hovořilo, byl i větší zájem o získání nových informací. Je možné se domnívat, že hodně respondentů se v uplynulých letech s konceptem bazální stimulace již seznámilo. Nejčastější odpovědi na otázku, co by respondenty nejvíce zajímalo z této problematiky, uvádím: „*Praktické využití bazální stimulace.*“, „*Přístup k příbuzným od pacienta s apalickým syndromem.*“, „*Edukace příbuzných, spolupráce.*“, „*Různé semináře a pomůcky.*“, „*Přínos a výsledky.*“, „*Bazální stimulace celkově.*“ Poslední otázka je zaměřena na zjištění názoru respondentů, zda je uplatňování technik bazální stimulace pro pacienty přínosné. 60,42 % respondentů z oddělení ARO + JIP a 50,00 % ze standardních oddělení zastávají názor, že tyto techniky přínos mají. Zůstává poměrně vysoké procento respondentů, které je přesvědčeno o opaku nebo neví. Jedná se o poměrně překvapující zjištění, které vede k zamyšlení, proč se respondenti vyjádřili negativně. Mají snad špatné zkušenosti s užíváním technik bazální stimulace nebo vnímají stav pacienta natolik nezvratný, že považují využití technik bazální stimulace za zbytečné? Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že všeobecné sestry pracující na

odděleních KNTB, a. s. Zlín mají motivaci k zavedení technik bazální stimulace do praxe, ale k tomu by bylo potřeba prohloubit vědomosti a praktické znalosti v dané problematice.

**Pátým cílem práce** bylo vytvořit formulář biografické anamnézy pro potřeby oddělení KNTB, a. s. Zlín.

Ze získaných odpovědí a názorů je zřejmé, že na těchto odděleních by bylo přínosem pro zkvalitnění péče zavést do praxe používání formulář biografické anamnézy. Pro potřeby oddělení KNTB, a. s. Zlín jsem návrh tohoto formuláře vytvořila. Vycházel z informací obsažených v odborné literatuře, je přehledně strukturován a přizpůsoben potřebám KNTB, a. s. Zlín. Je praktickým výstupem mé bakalářské práce a je obsahem přílohy č. IX.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala informovaností všeobecných sester o technických bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom. V teoretické části jsem vymezila pojmy apalický syndrom, péče o pacienta s apalickým syndromem a bazální stimulace. Během zpracovávání této části práce jsem narazila na celkem omezený počet autorů, kteří by se věnovali publikování titulů zaměřených na tuto problematiku.

V praktické části jsem stanovila cíle práce, vypracovala dotazník ve spolupráci s PhDr. Renatou Halmo a provedla dotazníkové šetření na odděleních KNTB, a. s. Zlín.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 94 respondentů, 48 bylo z oddělení ARO + JIP a 46 ze standardních oddělení. Věkové skupiny byly zastoupeny v kategorii 21 – 24 roků, 25 – 29 roků, 30 – 34 roků a 40 – 47 roků. Většinu respondentů tvořilo na oddělení ARO + JIP 37 žen a 11 mužů, na standardních odděleních byly tyto počty ještě výraznější, a to 45 žen a 1 muž.

**Prvním cílem bakalářské práce** bylo srovnat informovanost všeobecných sester v KNTB, a. s. Zlín na standardních odděleních a oddělení ARO + JIP o problematice apalického syndromu. Anonymním dotazníkovým šetřením u skupiny 48 respondentů z oddělení ARO + JIP a 46 ze standardních oddělení bylo zjištěno, že lépe informovány a více zkušeností s problematikou apalického syndromu mají sestry z oddělení ARO + JIP než ze standardních oddělení. Charakterizovat apalický syndrom dokáže 39,58 % respondentů z oddělení ARO + JIP oproti 36,96 % ze standardních oddělení. Ve své praxi se s pacienty s apalickým syndromem setkává 100 % respondentů z oddělení ARO + JIP, frekvence setkávání s těmito pacienty na tomto oddělení 1x a více za měsíc je 54,17 %, na standardních odděleních je to pouze 13,95 %. S odkazem na kapitulu 6.2 Interpretace dat je možné konstatovat, že cíl č. 1 byl splněn.

**Druhým cílem bakalářské práce** bylo srovnat informovanost všeobecných sester v KNTB, a. s. Zlín na standardních odděleních a oddělení ARO + JIP o bazální stimulaci a

biografické anamnéze. Anonymním dotazníkovým šetřením u skupiny 48 respondentů z oddělení ARO + JIP a 46 ze standardních oddělení bylo zjištěno, že lépe informovány o bazální stimulaci a biografické anamnéze jsou sestry oddělení ARO + JIP než na standardních odděleních. Pojem bazální stimulace správně definovalo 16,67 % respondentů z oddělení ARO + JIP oproti 10,87 % ze standardních oddělení. Znalost technik bazální stimulace prokázalo 70,83 % dotazovaných z oddělení ARO + JIP oproti 34,78 % ze standardních oddělení. Pojem iniciální dotek zná 50,00 % respondentů z oddělení ARO + JIP, naopak na standardních odděleních prokázalo neznalost 86,96 %. Jaké informace obsahuje biografická anamnéza, zná 52,08 % dotazovaných z oddělení ARO + JIP oproti 21,74 % ze standardních oddělení. S odkazem na kapitolu 6.3 Interpretace dat je možné konstatovat, že cíl č. 2 byl splněn.

**Třetím cílem bakalářské práce** bylo srovnat užívání technik bazální stimulace na standardních odděleních a oddělení ARO + JIP v KNTB, a. s. Zlín. Anonymním dotazníkovým šetřením u skupiny 48 respondentů z oddělení ARO + JIP a 46 ze standardních oddělení bylo zjištěno, že více užívají některé z technik bazální stimulace na odděleních ARO + JIP než na standardních odděleních. 70,83 % respondentů z oddělení ARO + JIP uvedlo, že používají některou z technik bazální stimulaci v praxi oproti 13,04 % na standardních odděleních. Taktéž 25,00 % respondentů z oddělení ARO + JIP uvádí, že pracují na svém pracovišti s biografickou anamnézou. Naopak 97,83 % dotazovaných ze standardních oddělení uvedlo, že tuto anamnézu nepoužívají. Při současném nedostatku personálu na standardních odděleních není v jejich možnostech tyto techniky do praxe zavádět. S odkazem na kapitolu 6.4 Interpretace dat je možné konstatovat, že cíl č. 3 byl splněn.

**Čtvrtým cílem bakalářské práce** bylo zjistit motivaci sester na oddělení k zavedení technik bazální stimulace do praxe. Anonymním dotazníkovým šetřením u skupiny 48 respondentů z oddělení ARO + JIP a 46 ze standardních oddělení bylo zjištěno, že více motivovány k zavádění technik bazální stimulace do praxe jsou sestry z oddělení ARO + JIP. Dle dotazníkového šetření je motivován i personál na standardních odděleních, i když v současné době kvůli jeho nedostatku je toto spíše otázkou budoucnosti. 62,50 % respondentů z oddělení ARO + JIP si myslí, že by bylo možno aplikovat techniky bazální

stimulace na jejich oddělení. Naopak 71,74 % dotazovaných ze standardních oddělení zastává názor, že na jejich odděleních tyto techniky používat nelze. Zájem o informace o apalickém syndromu a bazální stimulaci projevilo 50,00 % respondentů z oddělení ARO + JIP a 58,70 % ze standardních oddělení. Že je používání technik bazální stimulace pro pacienta přínosné se domnívá 60,42 % dotazovaných z oddělení ARO + JIP a 50,00 % z oddělení standardních. S odkazem na kapitolu 6.5 Interpretace dat je možné konstatovat, že cíl č. 4 byl splněn.

**Pátým cílem bakalářské práce** bylo vytvořit formulář biografické anamnézy pro potřeby JIP KNTB, a. s. Zlín. Tento formulář je součástí bakalářské práce v příloze č. IX. S odkazem na přílohu č. IX je možné konstatovat, že cíl č. 5 byl splněn.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že informovanost personálu KNTB, a. s. Zlín o technikách bazální stimulace a biografické anamnézy vykazuje určité nedostatky, které by mohly být systematickým školením a vytvořením podmínek k realizaci změny a zavedení nového konceptu do praxe zlepšeny ve prospěch pacienta. Jako jeden z prvních kroků by mohl posloužit vytvořený formulář biografické anamnézy, který je praktickým výstupem práce a bude nabídnut náměstkyni ošetrovatelské péče KNTB, a. s. Zlín. Bylo by třeba se této problematice věnovat, jelikož by to dle mého názoru znamenalo přínos pro pacienty a tím i zkvalitnění ošetrovatelské péče. Není důležité, na jakém pracovišti se takto nemocný pacient nachází, jelikož k používání technik bazální stimulace není potřeba žádných speciálních pomůcek. Prvním krokem k zavedení technik bazální stimulace do praxe je ochota ke změně stylu péče o pacienta, důležitá je taktéž podpora managementu a vedoucích pracovníků. Myslím, že koncept bazální stimulace umožňuje pochopit chování a reakce pacienta a tím nám umožnit efektivnější a kvalitnější ošetrovatelskou péči. Velmi důležité je respektovat individualitu každého pacienta, neboť každý je jedinečnou bytostí a má své specifické potřeby a pocity. Neboť v případě, že bych se ocitla na pacientově místě, byla bych ráda, kdybych i já měla kvalitní péči, která bude respektovat a udržovat moji důstojnost.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie:

BARTOŠOVÁ, G. *Ošetrovatelská péče o nemocného s apalickým syndromem*. Zlín, 2008. 80 s. Bakalářská práce. UTB Zlín.

BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1.vyd. Brno: IDV PZ- Brno, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství*. 2.vyd. Frýdek Místek: [s.n.], 2006. 50 s. ISBN 80-239-6132-2.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

HOLIBKOVÁ, A., LAICHMAN, S. *Přehled anatomie člověka*. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 140 s. ISBN 80-7067-665-5.

CHROBOK, V., et al. *Tracheostomie a koniotomie*. 1.vyd. Praha: MAXDORF, 2004. 170 s. ISBN 80-7345-031-3.

IVANOVÁ, K., JUŘÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.

KADLECOVÁ, M. *Sebepéče u pacientů s esenciální hypertenzí*. Olomouc, 2009. 153 s. Bakalářská práce. UP v Olomouci.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publisching, a.s., 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KITTNAR, O., et al. *Lékařská fyziologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publisching, a.s., 2011. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.

KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1.vyd. Brno: IDV PZ- Brno, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publisching, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-6.

LUKÁŠ, J., et al. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publisching, a.s., 2005. 120 s. ISBN 80-247-0673-3.

MARKOVÁ, M., FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetřování pacientů s tracheostomií*. 1.vyd. Brno: NCO NZO Brno, 2006. 101 s. ISBN 80-7013-445-3.

MIKŠOVÁ, Z., et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 2.vyd. Praha: Grada Publisching, a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

MÜLLER, O., et al. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

PAFKO, P., HARUŠTIAK, S., et al. *Praktická chirurgie trachey*. 1.vyd. Semily: Galén, 2001. 111 s. ISBN 80-7262-069-X.

ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.

STRNAD, P., STRNADOVÁ, V. *Traumatický apalický syndrom*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1987. 192 s. ISBN 08-045-87.

ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J., et al. *Intenzivní medicína*. 2. vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.

*Cesta k humánnímu ošetrovatelství*. 1.vyd. Frýdek - Místek: Institut Bazální stimulace, 2007. 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8.

### Časopisy:

BÁRTOVÁ, T., et al. Bazální stimulace a hyperbaroxie- základ úspěchu. *Sestra*. 2008, 18, 5, s. 34. ISSN 1210-0404.

BORÝSKOVÁ, H. "Jak málo a přitom tak moc". První zkušenosti s konceptem bazální stimulace. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, 2, 9, s. 342. ISSN 1801-1349.

DOLEŽIL, D., CARBOLOVÁ, K. Vegetativní stav (apalický syndrom). *Neurologie pro praxi*. 2007, 8, 1, s. 27-31. ISSN 1803-5280.



KUZNÍKOVÁ, M. Ošetrovatelská péče o pacienta s apalickým syndromem. *Sestra*. 2007, 17, 6, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

MARŠÁLKOVÁ, K. Apalický syndrom - vegetativní stav. *Sestra*. 2004, 14, 1, s. 35. ISSN 1210-0404.

SLEZÁK, P. Bazální stimulace v praxi na ARO. *Sestra*. 2010, 20, 8, s. 38-39. ISSN 1210-0404.

ŠÁNDOROVÁ, I. Bazální stimulace u klientů s dg. perzistentního vegetativního stavu. *Sestra*. 2008, 18, 9, s. 8-9. ISSN 1210-0404.

ŠURÁŇOVÁ, E., VITÁSKOVÁ, R. Apalický syndrom jako ošetrovatelský problém. *Sestra*. 2005, 15, 10, s. 50-51. ISSN 1210-0404.

VĚTRÍČKOVÁ, P. Komplexní péče o pacienta ve vigilním kómatu. *Florence*. 2007, 3, 1, s. 36-37. ISSN 1801-464X.

WOLFFOVÁ, V. Orální stimulace a výživa. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, 2, 7, s. 265-266. ISSN 1801-1349.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ARIP	Specializační studium v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
CŽK	Centrální žilní katetr
FN	Fakultní nemocnice
JIP	Jednotka intenzivní péče
KNTB, a. s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a. s.
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
RTG	Rentgen
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Tab.	Tabulka
UPV	Umělá plicní ventilace
VŠ	Vysoká škola
VZŠ	Vyšší zdravotnická škola

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví

Graf č. 2: Věk

Graf č. 3: Nejvyšší vzdělání

Graf č. 4: Celková délka praxe

Graf č. 5: Oddělení

Graf č. 6: Délka praxe na oddělení

Graf č. 7: Apalický syndrom

Graf č. 8: Frekvence péče o pacienty s apalickým syndromem

Graf č. 9: Frekvence setkání

Graf č. 10: Délka hospitalizace pacienta s apalickým syndromem na oddělení

Graf č. 11: Zapojení rodinných příslušníků do péče

Graf č. 12: Příčiny apalického syndromu

Graf č. 13: Péče o pacienty s apalickým syndromem

Graf č. 14: Komunikace s rodinou pacienta

Graf č. 15: Definice bazální stimulace

Graf č. 16: Setkání s bazální stimulací

Graf č. 17: Znalost technik bazální stimulace

Graf č. 18: Znalost pojmu iniciální dotek

Graf č. 19: Zásady péče o pacienta s apalickým syndromem

Graf č. 20: Informace o bazální stimulaci

Graf č. 21: Informace obsažené v biografické anamnéze

Graf č. 22: Vyplňování biografické anamnézy

Graf č. 23: Použití technik bazální stimulace

Graf č. 24: Užívání biografické anamnézy

Graf č. 25: Názor na užívání technik bazální stimulace

Graf č. 26: Názor na používání biografické anamnézy

Graf č. 27: Zájem o informace o apalickém syndromu a bazální stimulaci

Graf č. 28: Přínos bazální stimulace pro pacienta

**SEZNAM TABULEK**

Tab. č. 1: Pohlaví

Tab. č. 2: Věk

Tab. č. 3: Nejvyšší vzdělání

Tab. č. 4: Celková délka praxe

Tab. č. 5: Oddělení

Tab. č. 6: Délka praxe na oddělení

Tab. č. 7: Apalický syndrom

Tab. č. 8: Péče o pacienty s apalickým syndromem

Tab. č. 9: Frekvence péče o pacienty s apalickým syndromem

Tab. č. 10: Délka hospitalizace pacienta s apalickým syndromem na oddělení

Tab. č. 11: Zapojení rodinných příslušníků do péče

Tab. č. 12: Příčiny apalického syndromu

Tab. č. 13: Péče o pacienty s apalickým syndromem

Tab. č. 14: Komunikace s rodinou pacienta

Tab. č. 15: Definice bazální stimulace

Tab. č. 16: Setkání s bazální stimulací

Tab. č. 17: Znalost technik bazální stimulace

Tab. č. 18: Znalost pojmu iniciální dotek

Tab. č. 19: Zásady péče o pacienta s apalickým syndromem

Tab. č. 20: Informace o bazální stimulaci

Tab. č. 21: Informace obsažené v biografické anamnéze

Tab. č. 22: Vyplňování biografické anamnézy

Tab. č. 23: Použití technik bazální stimulace

Tab. č. 24: Užívání biografické anamnézy

Tab. č. 25: Názor na užívání technik bazální stimulace

Tab. č. 26: Názor na používání biografické anamnézy

Tab. č. 27: Zájem o informace o apalický syndrom a bazální stimulaci

Tab. č. 28: Přínos bazální stimulace

**SEZNAM PŘÍLOH**

**PŘÍLOHA P I: KLINICKÁ KRITÉRIA A SYMPTOMOVÝ KOMPLEX**

**PŘÍLOHA P II: AKTIVITY SESTRY PŘI ZALOŽENÍ  
TRACHEOSTOMIE, PÉČE O TRACHEOSTOMII,  
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KOMPLIKACE TRACHEOSTOMIE**

**PŘÍLOHA P III: LAVÁŽOVÁNÍ, ZVLHČOVÁNÍ**

**PŘÍLOHA P IV: UMĚLÁ ENTERÁLNÍ VÝŽIVA**

**PŘÍLOHA P V: DEKUBITY**

**PŘÍLOHA P VI: POLOHY PACIENTA**

**PŘÍLOHA P VII: DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE**

**PŘÍLOHA P VIII: CITACE DOPLŇKOVÝCH OTÁZEK  
Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

**PŘÍLOHA P IX: FORMULÁŘ BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY PRO  
POTŘEBY KNTB, A. S. ZLÍN**

**PŘÍLOHA P X: DOTAZNÍK**

**PŘÍLOHA P XI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO  
ŠETŘENÍ**

**PŘÍLOHA P XII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU  
K INFORMACÍM**

## **PŘÍLOHA P I: KLINICKÁ KRITÉRIA A SYMPTOMOVÝ KOMPLEX**

### Pacient s apalickým syndromem:

- má zachovaný rytmus spánku a bdění
- otevírá oči bez možnosti zaostření osob nebo objektů
- nemá přítomny smysluplné reakce na oslovení, dotek, vizuální či bolestivé podněty
- nevykazuje žádné známky uvědomování sebe sama a okolí, není interakce s okolím
- nemá slovní a jazykovou produkci, nejeví známky jejího porozumění
- má přetrvávající hypotalamickou a kmenovou autonomní aktivitu
- je plně inkontinentní

(Lippertová-Grünerová, 2005)

### **Symptomový komplex:**

- fyziologické poruchy spánku a bdění
- ztráta emočních reakcí
- dekortikační a flekční postavení končetin
- otáčivé pohyby hlavy a trupu
- orální automatismy
- axiální a paraxiální syndrom
- psychoorganické syndromy
- sfinkterové poruchy
- poruchy citlivosti (Doležil, 1/2007).



## **PŘÍLOHA P II: AKTIVITY SESTRY PŘI ZALOŽENÍ TRACHEOSTOMIE, PÉČE O TRACHEOSTOMII, OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KOMPLIKACE TRACHEOSTOMIE**

### **Aktivity sestry při založení tracheostomie**

- sledování celkového stavu a monitoring fyziologických funkcí, zapisování hodnot do dokumentace
- zajištění předoperačních vyšetření dle ordinace lékaře
- aplikace premedikace dle ordinace lékaře
- příprava operačního pole (u mužů vyholení)
- zajištění lačnění pacienta
- zajištění převozu pacienta na operační sál
- příprava instrumentaria a dalších potřebných pomůcek
- uložení pacienta do vhodné polohy (poloha na zádech se zakloněnou hlavou a podloženými lopatkami)
- asistence lékaři, sledování celkového stavu pacienta
- udržení volných dýchacích cest (odsátí)
- po založení tracheostomie kontrola krvácení z operační rány
- prvních 24 hodin udržovat kanylu v zavedené pozici (pozor na dislokaci)
- sledovat průchodnost tracheostomické kanyly a kontrolovat správné nafouknutí obturačního balonku (Mikšová, 2006).

## **Péče o tracheostomii**

- tlak v obturační manžetě měříme 2x denně v rámci celkové hygieny pomocí manometru
- krytí kanyly v oblasti tracheostomatu převazujeme 2x denně sterilně, nebo v případě potřeby; pacienta nejprve odsajeme, odstraníme původní podložení, zkontrolujeme a očistíme okolí stomatu, následně aplikujeme léčebné přípravky a materiály na podložení
- kanylu fixujeme obinadlem, tkalounem nebo speciální fixační páskou dle zvyklostí oddělení
- fixace musí být přiměřená, hrozí riziko porušení integrity kůže nebo při nedostatečné fixaci dislokace kanyly
- kanylu pravidelně měníme dle typu a standardu oddělení (Kapounová, 2007).

## **Ošetrovatelská péče o komplikace tracheostomie**

- obtížné dýchání až dušení – zajištění průchodnosti tracheostomie pomocí odsávací cévky, v případě neprůchodnosti provádění laváží, odsátí sekretu nebo výměna celé kanyly
- krvácení z tracheostomie či jejího okolí – odstranění koagula, nafouknutí těsnící manžety, výměna krytí, při neustávání krvácení zajistit lékařskou intervenci
- aspirace (krve, žaludečního obsahu, sekretu) – nafouknutí těsnící manžety, nic per os do vyloučení přítomnosti tracheoesofageální píštěle, odsátí z dýchacích cest, eventuálně dle lékařské indikace provedení bronchoskopie (Marková, 2006).
- zarudnutí stomatu – ošetření stoma dezinfekčním prostředkem, aplikace přípravků obvazové techniky (antiseptické obvazy)
- mokvající, ale klidné stoma – aplikace krycích past
- mokvající stoma – ošetření stoma jodovým dezinfekčním preparátem, např. Betadine a aplikace přípravků chránících kůži před sekrecí
- dehiscence stomatu – ošetření stoma jodovým prostředkem a aplikace antiseptických obvazů

- zapáchající dehiscence stomatu – ošetření stoma jodovým preparátem a aplikace přípravků s aktivním uhlím
- stoma pokryté tenkými nebo silnými povlaky – aplikace přípravků (hydrogelové obvazy, algináty, hydroalgináty se stříbrem), (Kapounová, 2007).

## **PŘÍLOHA P III: LAVÁŽOVÁNÍ, ZVLHČOVÁNÍ**

### Lavážování

Lavážování nebo-li zakapávání je výkon, při kterém instilujeme malé množství sekretolytika nebo solného roztoku do dýchacích cest. Sekretolytikum se ředí v určitém poměru s fyziologickým roztokem. Nejčastěji se užívá Místabron naředěný v poměru 1 : 1 s fyziologickým roztokem nebo s Vincentkou v poměru 1 : 10. Výkon provádíme před nebo během odsávání. Lavážujeme pokud se nám nedaří hlen odsát, protože je velmi hustý a dochází k jeho zasychání nebo se tvoří krusty, které ucpávají kanylu (Marková, 2006, s 45).

### Zvlhčování

Při založení tracheostomie se změní fyziologické poměry v dýchacích cestách, dochází k vyřazení nazofaryngeálního úseku horních cest dýchacích, ventilace vedlejších nosních dutin a ztrátě čichu. Nedostatečné zvlhčování vdechovaného vzduchu má za následek osychání sliznice trachey a bronchů a vede k poruše mukociliární funkce respiračního epitelu. Při nedostatečném zvlhčování dochází ke zvyšování viskozity sputa, atelektázám, retenci sekretů, což může vést k rozvoji infekce dolních cest dýchacích. Základním požadavkem je zvlhčování vdechované směsi plynů. U tracheostomovaných pacientů je nutné směs zvlhčovat, ať jde o spontánní či umělou plicní ventilaci. Vdechovanou směs je nutné zvlhčit na 75 % relativní vlhkosti a zahřívat vdechovaný vzduch alespoň na 32 °C (Lukáš, 2005).

## **PŘÍLOHA P IV: UMĚLÁ ENTERÁLNÍ VÝŽIVA**

### **Umělá enterální výživa**

Enterální výživa má oproti výživě parenterální řadu výhod a měla by mít vždy přednost. Její výhody jsou:

- je fyziologická, brání atrofii střevní sliznice, podporuje činnost střeva a zachovává všechny jeho funkce, včetně funkcí imunologických; některé studie udávají lepší využití dusíku, výraznější přírůstek tělesné hmotnosti, sníženou incidenci jaterní steatózy, žaludečního a střevního krvácení
- je bezpečnější – nevyžaduje traumatizující výkony (kanylace velkých cév), není u ní riziko infekčních a trombotických komplikací
- její aplikace je technicky jednoduchá
- je mnohem levnější než výživa parenterální (Ševčík, 2003).

Pro své přednosti a fyziologické vlastnosti by měla být enterální výživa u kriticky nemocných zahájena ihned po stabilizaci stavu pacienta, nejpozději do 24 hodin od přijetí – hovoříme o časně enterální výživě. I počáteční malé množství enterální výživy se považuje za podstatné z hlediska zachování integrity a funkce střevní sliznice (Ševčík, 2003, s 343).

Možné nevýhody enterální výživy:

- riziko aspirace
- intolerance ze strany trávicího ústrojí
- nemožnost rychlých úprav metabolických poruch jako při parenterální výživě (Ševčík, 2003, s 343).

### **Směsi používané k umělé enterální výživě**

V dnešní době se používají výhradně komerční přípravky, které musí mít vhodnou osmolalitu, přesně definované nutriční nebo chemické složení aminokyselin, proteinů, sacharidů,

vitaminů, minerálů, stopových prvků a musí splňovat velmi přísné mikrobiologické požadavky. Tyto přípravky se dělí na 4 základní skupiny:

1. Polymerní výživa – obsahuje polymery, intaktní bílkoviny, přírodní tuky, rostlinné oleje a je částečně natrávená. Předpokladem pro její podání je alespoň částečně zachovalá činnost trávicího systému (Nutrizon Standard, Nutrizon Multifibre, atd.).

2. Oligopeptidová výživa – obsahuje úplně rozštěpené základní složky výživy (disacharidy, oligosacharidy, částečně hydrolyzované bílkoviny a oleje s esenciálními mastnými kyselinami). Je indikována pro případy zhoršení trávicích a resorpčních funkcí trávicí soustavy.

3. Elementární výživa – užívá se při těžkých digestivních a resorpčních poruchách trávicí soustavy.

4. Výživa modifikovaná – je obohacena o výživové prvky s terapeutickým účinkem (např. při jaterním selhání, kardiorepiračním selhání, atd.) (Kapounová, 2007).

## **Typy sond a způsoby aplikace výživy do sond**

### Nazogastrická sonda

Jedná se o sondu, která je vyrobena z polyuretanu nebo silikonového kaučuku a měří 75 – 120 cm. Těchto sond je několik velikostí, každá je označena číslem a má své typické barevné zakončení. Před zaváděním by měly být připraveny namražené. Při tomto výkonu je nejvýhodnější polohou Fowlerova. Před výkonem je nutné určit délku ve vedení z měřením vzdálenosti od špičky nosu k ušnímu lalůčku a ke konci sternu. Konec sondy se potírá lokálním anestetikem a zavádí se přes nosní dírku, nazofarynx až do žaludku. Výhodou je, pokud pacient polyká. U pacientů v bezvědomí bývá zasondování obtížnější, je možno využít Magillových kleští a laryngoskopu. O správnosti polohy sondy se přesvědčíme insuflováním malého množství vzduchu Janettovou stříkačkou a poslechem nad oblastí žaludku pomocí fonendoskopu. Dalším spolehlivým způsobem kontroly je aspirace žaludečního obsahu skrz sondu. Méně využívaným způsobem kontroly je RTG nebo měření obsahu pH reagenčním papírkem. Po kontrole správného zavedení je třeba sondu fixovat náplastí a provést záznam do ošetřovatelské dokumentace. O sondu se staráme v rámci hygienické péče, je nutno ji kontrolovat, pravidelně přelepovat, dbát na prevenci dekubitu (Kapounová, 2007).

- můžeme aplikovat výživu polymerní, oligopeptidovou, elementární, imodifikovanou
- aplikujeme bolusově (Janettovou stříkačkou) – každé 3 hodiny s výjimkou noční pauzy, začíná se podáním malé dávky, kterou je dobré při toleranci postupně zvyšovat
- po aplikaci výživy pacienta z důvodu prevence aspirace umístíme do polosedu
- další možností je aplikace intermitentně samospádem – ve stejných časových intervalech je možné aplikovat pomocí kapénkové infuze předepsané množství přípravku (pozor na rychlou aplikaci, může způsobit nauzeu a zvracení)
- pomocí enterální pumpy můžeme výživu aplikovat také kontinuálně
- před každou aplikací je třeba zkontrolovat polohu sondy a aspiraci množství žaludečního odpadu, které zaznamenáme do výdeje tekutin
- při velkém množství odpadu je nutné dát sondu na odvod do sběrného sáčku
- při hodnocení žaludečního obsahu je nutné sledovat jeho množství, barvu a příměsi (Kapounová, 2007).

#### Enterální sonda (nazojejunální)

Jedná se o polyuretanovou nebo silikonokaučukovou sondu o délce 132 cm, která je zavedena do jejunu. Indikace k zavedení je porucha evakuace žaludku za předpokladu normální střevní peristaltiky. Enterální sondu je možno zavádět zaplavováním, endoskopicky a pod RTG kontrolou. Způsob aplikace převážně oligopeptidové výživy bývá především pomocí enterálních pump. Začíná se na malých dávkách, které jsou postupně zvyšovány. Sety k enterální pumpě je nutno měnit každých 24 hodin. Dle zvyklostí oddělení je možno sondu proplachovat po 6 hodinách sterilní vodou z důvodu prevence neprůchodnosti sondy. Zavedenou sondu je nutno dobře fixovat a pečovat o ni stejným způsobem jako o sondu nazogastrickou (Kapounová, 2007).

#### Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG)

Tento výkon provádí gastroenterolog. Pod endoskopickou kontrolou zavádí speciální set přes stěnu břišní do žaludku. Indikací je dlouhodobé podávání enterální výživy. Velkou výhodou PEG je prevence aspirace žaludečního obsahu, prevence vzniku a možnost léčby

tracheozofageálního píštěle, prevence vzniku dekubitů sliznice či kůže dutiny nosní. Je možno aplikovat výživu polymerní, oligopeptidovou, elementární nebo modifikovanou. Po každé aplikaci výživy je třeba sondu propláchnout vodou nebo čajem. Převaz PEG provádíme denně v rámci ranní hygieny. V případě, že PEG již není potřebný, je možné katetr ustříhnout u břišní stěny, kdy zavedená část sondy vklouzne do žaludku a odejde přirozenou cestou. Otvor do žaludku se po několika dnech spontánně uzavře. Komplikacemi PEG mohou být aspirace při zavádění, dále pak infekce rány, dislokace katetru, hematom a bolesti břicha (Kapounová, 2007).

### Jejunostomie

Speciální krátký katetr zavádí chirurg přes břišní stěnu do duodena. Katetr se ošetřuje denně stejně jako u PEG, je možno aplikovat výživu kontinuálně pomocí enterálních pump a to převážně oligopeptidovou. Je nutno proplachovat katetr po 3 hodinách sterilní vodou nebo čajem (Kapounová, 2007).



## **PŘÍLOHA P V: DEKUBITY**

Jedná se o nejčastější komplikaci v ošetrovatelské péči u dlouhodobě ležících pacientů nebo pacientů v bezvědomí (Mikšová, 2006).

Proleženina nebo-li dekubitus je oblast s buněčným poškozením způsobená poruchou mikrocirkulace, hypoxie, vyvolané tlakem. V místech, kde na tkáň působí tlak vyšší než krevní tlak v kapilárách, dojde k zástavě krevního řečiště. Poruchy mikrocirkulace vedou k ireverzibilním změnám v buňkách a tkáních a to již po dvou hodinách. Nejčastěji dochází k poškození tkáně v tzv. predilekčních oblastech, což jsou místa, kde tkáň leží mezi kostní vyvýšeninou a podložkou s minimální vrstvou svalové hmoty (např. tkáň v křížové oblasti, nad kostí patní, lopatkou, v týlní oblasti). Faktory ovlivňující vznik dekubitů jsou tlak (intenzita a doba jeho působení), tření, střižná síla, vlhkost, mobilita, poruchy centrální nervové soustavy, věk, výživa, tělesná teplota, přidružená onemocnění (chronická onemocnění, např. diabetes mellitus, maligní onemocnění, infekční nemoci, kardiovaskulární onemocnění, atd.) (Mikšová, 2006).

Dekubity se rozlišují do různých stupňů, existuje více klasifikací dekubitů, např. Torrancova klasifikace, Nortonová, Waterlowa tabulka, atd.). Léčba dekubitů je dlouhodobou záležitostí, která se řídí následujícími principy. Odstranit vnější faktory, které působí na vznik dekubitů a prodlužují léčbu. Zmírnit účinky vnitřních faktorů, které přispívají k destrukci tkáně a zajistit optimální prostředí pro hojení rány. V dnešní době je nepřehledné množství moderních obvazových materiálů, jejichž použití se řídí dle druhu rány. Obvaz by měl zajistit, aby rána zůstávala vlhká, měla optimální teplotu, neinfikovala se, byla zbavena exsudátu a nekróz a nebyla traumatizována při převazech. Existují převazové materiály neadherentní, kontaktní obvazy, antiseptické obvazy, obvazy s aktivním uhlím, algináty, hydroalgináty se stříbrem, hydrogelové obvazy, neadherentní obvaz, hydrokoloidní obvazy, hydropolymery, polyuretany, filmové obvazy, atd. (Mikšová, 2006).

## **PŘÍLOHA P VI: POLOHY PACIENTA**

### **Nejčastější polohy**

Poloha vleže na zádech - pod hlavou je malý polštářek, hlava nesmí být zvrácena, ale také nesmí být brada přitisknuta k hrudníku. Páteř zůstává napřímená. Horní končetiny v ramenním kloubu (v zevní rotaci, ve vnitřní rotaci), s loktem nataženým podél trupu a v zevní rotaci v ramenním kloubu. Palec je v opozici. Dolní končetiny nataženy v kyčlích a kolenních kloubech, nesmějí se vytáčet ven, nebo kyčelní kloub ve středním postavení (končetina je natažená), dále pod kolenem je stočený malý ručník, česka směřuje ke stropu. Plosky nohou jsou zapřeny o desku či bedýnku a jsou v pravém úhlu k bérce (Rozsypalová, 2002).

Poloha na boku – pod hlavu má pacient malý polštář, trup ze zadu podepíráme stočenou příkrývkou, můžeme použít k udržení polohy různé polohovací pomůcky. Horní končetiny jsou uloženy tak, že spodní ruka leží pohodlně na polštáři vedle hlavy, vrchní paže může zaujmout polohu před trupem nebo zůstane natažená podél trupu. Mezi trup a paži vkládáme polštář, zápěstí a ruka zůstávají jako v poloze na zádech. Dolní končetiny jsou uloženy tak, že vrchní končetina je mírně flektována v kyčli a koleni a je podepřena polštářem. Spodní končetina je natažená v prodloužení trupu. Plosky musí být vždy opřeny o pevnou oporu (Rozsypalová, 2002).

Poloha na břiše – hlava je otočená ke straně (strany střídáme), není podložena polštářem. Páteř je v podélné ose, břicho může být podloženo malým polštářkem. Horní končetiny jsou uloženy tak, že každé rameno se vypočloží malou podložkou, polohy paží se mění (obě paže v zevní rotaci, v zevní rotaci s nataženými lokty nebo jedna paže je s pokrčeným loktem a druhá s nataženým v zevní rotaci). Dolní končetiny mají zapřenou plosku, mezi hřbetem nohy a bérce je malý polštářek (tato poloha je v péči o pacienty v bezvědomí využívána velmi málo) (Rozsypalová, 2002).

## **PŘÍLOHA P VII: DESATERO BAZÁLNÍ STIMULACE**

### **Desatero bazální stimulace (pravidla komunikace s klienty v konceptu bazální stimulace)**

1. Přivítejte se a rozlučte s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě /iniciální dotek).
3. Hovořte zřetelně, jasně a na příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
7. Nepoužívejte v řeči zdobněliny, pokud na ně není klient zvyklý.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova (Friedlová, 2007, s 39).

## **PŘÍLOHA P VIII: CITACE DOPLŇKOVÝCH OTÁZEK Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ**

### **Otázka č. 10**

*„Zapojujeme rodiny do krmení, polohování, občas i do odsávání, občasné masírování, apod..“*

*„Odsávání dýchacích cest, výživa do PEGU, polohování.“*

*„Aby přinesli rádio, plyšáky, domácí foto, hygienické potřeby, aby ho hladili, povídali si s ním.“*

*„Dopomoc při běžných výkonech, hygiena, holení, krmení.“*

### **Otázka č. 14**

*„Stimulace, kdy jsou pacientovi připomínány věci jemu oblíbené v době před imobilizací (rodinné foto, oblíbená hudba, štěkot psa).“*

*„Stimulace nervových zakončení končetin.“*

*„Stimulace pomocí dotyků, je to zapotřebí, aby si pacient uvědomoval sám sebe, vlastní polohu.“*

*„Dotyková forma – polohování speciální.“*

*„Stimulace lidského těla a uvědomění si vlastního těla.“*

*„Stimulace vnímání pro zlepšení vnímání.“*

*„Koncept stimulačních technik, bio, psycho, ... potřeb.“*

*„Koncept rozvíjející vnímání pacienta a komunikaci s okolím.“*

*„Slouží ke stimulaci a zlepšení vnímání a smyslových orgánů.“*

*„Stimulace smyslových podnětů.“*

*„Ošetřovatelská metoda určená všem s těžkými změnami smyslového vnímání.“*

*„Metoda využívána u lidí s poruchami smyslového vnímání a hybnosti.“*

**Otázka č.16**

*„Tělesná, vizuální, sluchová, čichová.“*

*„Dýchání, stimulující masáž.“*

*„Somatická stimulace, vibrační masáže.“*

*„Somatická, vestibulární, vibrační, dýchání stimulující masáž.“*

**Otázka č.17**

*„Polohování, muzikoterapie, iniciální dotek.“*

*„Somatická, taktilní, orální, vibrační.“*

*„Dotek, toaleta, rozmluva.“*

## PŘÍLOHA P IX: FORMULÁŘ BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY

<b>FORMULÁŘ BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY</b>		
<b>Pro potřeby KNTB, a. s. Zlín</b>		
<b>ŠTÍTEK PACIENTA</b>	<b>ADRESA</b>	<b>ODDĚLENÍ</b>
<b>JMÉNO NEJBLIŽŠÍHO PŘÍBUZNÉHO</b>		<b>DATUM VYPLNĚNÍ ANAMNÉZY</b>
<b>HYGIENICKÁ PÉČE</b>		
Zvyklosti nemocného při mytí		
Preferovaná teplota vody		
Častost a způsob mytí (sprcha, koupel)		
Oblíbené hygienické pomůcky		
Častost a způsob čištění zubů		
Preferovaná ústní voda		
Způsob holení a používané přípravky		
Preferované tělové krémy		
Častost a způsob péče o vlasy		
Způsob péče o nehty		
Preferované vůně		
<b>SPÁNKOVÉ NÁVYKY</b>		
Poloha při usínání		
Preferovaný způsob přikrývání		
Teplota v místnosti na spaní		
Intenzita zatemnění		
Oblečení na spaní		
Použití ponožek na spaní		
Spánkový rituál		
Kvalita spánku		
Způsob řešení nespavosti		
<b>VÝŽIVA</b>		
Preferované jídlo a pití		
Neoblíbené jídlo a pití		
Preference žvýkaček/bonbónů		
Zubní protéza		
Pití kávy, častost		
Pití piva, alkoholických nápojů		

<b>VYPRAZDŇOVÁNÍ</b>		
<b>Problémy s vyprazdňováním</b>		
<b>Používání technik k vyprazdňování</b> (projímadla, čípky, atd.)		
<b>Používání hygienických pomůcek</b> (vločky, plenkové kalhotky, atd.)		
<b>OBLÍBENÉ ČINNOSTI, PŘEDMĚTY</b>		
<b>Pravidelný koníček</b> (sport, kreslení, atd.)		
<b>Domácí zvíře</b>		
<b>Poslech a druh hudby</b>		
<b>Preferovaná rádiová stanice</b>		
<b>Preferovaná televizní stanice</b>		
<b>Oblíbený pravidelný pořad</b>		
<b>OBECNÉ INFORMACE</b>		
<b>Pravák/levák</b>		
<b>Profese</b>		
<b>Oslovení od nejbližších</b>		
<b>Přezdívka</b>		
<b>Preferovaná místa pro dotek</b>		
<b>Lechtivost</b>		
<b>Způsob zvládnání bolesti</b>		
<b>Denní rytmus</b>		
<b>KOMPENZAČNÍ POMŮCKY</b>		
<b>Kompenzační pomůcky</b> (brýle, naslouchadlo, atd.)		
<b>Používání brýlí - trvale/čtení</b>		
<b>SILNÝ ZÁŽITEK Z POSLEDNÍ DOBY</b>		
<b>JINÁ SDĚLENÍ</b>		
<b>DATUM:</b>	<b>ZPRACOVALA:</b>	<b>PODPIS:</b>
<i>Cesta k humánnímu ošetřovatelství. 1.vyd. Frýdek - Místek: Institut Bazální stimulace, 2007. 88 s. ISBN 978-80-254-0757-8.</i> <i>FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.</i>		

# PŘÍLOHA P X: DOTAZNÍK

## Dotazník

Vážená respondentko, vážený respondente,

Jmenuji se Kateřina Pešková, jsem studentkou Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně, studijní program Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra.

Chci Vás požádat o vyplnění dotazníku, který slouží k vypracování praktické části mé bakalářské práce na téma **Informovanost všeobecných sester o technikách bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom.**

Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi poslouží pro zpracování mé bakalářské práce. Závěry práce poskytnou přehled o tom, kde a jak zkvalitnit povědomí sester o užívání bazální stimulace.

Předem děkuji za ochotu a čas strávený vyplňováním tohoto dotazníku. Bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

Kateřina Pešková

Zakroužkujte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

**1. Jste:**

- a) žena
- b) muž

**2. Uveďte Váš věk:.....**



**3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?**

- a) SZŠ - Střední zdravotnická škola
- b) VZŠ - Vyšší zdravotnická škola (DiS)
- c) VŠ - Vysoká škola (Bc., Mgr.)
- d) Specializační studium (ARIP)
- e) jiné.....

**4. Jaká je délka Vaší praxe celkově?.....roků.....měsíců**

**5. Na kterém oddělení nyní pracujete?**

- a) ARO
- b) JIP
- c) Standardní oddělení- interní
- d) Standardní oddělení- neurologické
- e) Oddělení LDN

**5 a) Jaká je délka Vaší praxe na tomto oddělení? ..... roků.....měsíců**

**6. Apalický syndrom je?**

*(můžete označit více odpovědí)*

- a) porucha vědomí, kdy pacient nereaguje, nemá zachovány dechové funkce, je plně závislý na ventilační podpoře
- b) hluboká porucha vědomí, pacient má zachovány základní životní funkce, působí dojmem, že se probral, má otevřené oči, které však nesledují okolí, žvýká a polyká stravu, není možno s ním navázat kontakt, je inkontinentní
- c) může být v některých případech pouze přechodným stavem, obvykle je však ireverzibilní
- d) soubor příznaků u imobilních pacientů v geriatrii

**7. Setkáváte se ve své praxi, na Vašem oddělení, s pacienty s diagnózou apalický syndrom?**

- a) ano
- b) ne

**8. Pokud jste odpověděli na předchozí otázku ne, tuto otázku nevyplňujte. Pokud jste odpověděli ano, jak často se setkáváte s těmito pacienty?**

- a) 1x a více za měsíc
- b) 1x za dva až tři měsíce
- c) 1x za tři až šest měsíců
- d) jiné.....

**9. Jaká je průměrná délka hospitalizace pacienta s diagnózou apalický syndrom na Vašem oddělení?**

- a) 5 – 10 dnů
- b) 11 – 30 dnů
- c) déle jak 30 dnů

**10. Nachází-li se na Vašem oddělení pacient s diagnózou apalický syndrom, zapojujete do ošetrovatelské péče rodinné příslušníky?**

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne

Pokud jste uvedli odpověď a) a b), uveďte konkrétně, do kterých oš. intervencí rodinné příslušníky zapojujete.....

.....

**11. Prvotní příčinou apalického syndromu bývá u pacientů na Vašem oddělení?**

- a) úraz
- b) posthypoxické poškození mozku ( např. u dlouhotrvající KPR,..)
- c) jiné.....

**12. Péče o pacienty s apalickým syndromem je pro Vás? (můžete označit více odpovědí)**

- a) fyzicky i psychicky velmi náročná
- b) demotivující
- c) „ rutina“
- d) motivující
- e) zajímavá
- f) vyčerpávající

**13. Komunikace s rodinnými příslušníky u pacientů s apalickým syndromem je pro Vás?**

- a) přínosná
- b) problematická, zvláště u konfliktních rodinných příslušníků
- c) komunikaci se vyhýbám

**14. Definujte pojem bazální stimulace?**

.....  
.....

**15. Kde jste se poprvé setkal/a s pojmem bazální stimulace?(můžete označit více odpovědí)**

- a) v předchozím kvalifikačním studiu
- b) v literatuře a v odborných časopisech
- c) na odborném semináři
- d) jiné.....

**16. Znáte některou z technik bazální stimulace?**

- a) ne
- b) ano, kterou.....

**17. Používáte některou z technik bazální stimulace ve Vaší praxi?**

- a) ne
- b) ano, kterou.....

**18. Myslíte si, že by bylo možno aplikovat techniky bazální stimulace u pacientů na Vašem oddělení?**

- a) ano
- b) nevím
- c) ne, z jakého důvodu.....

**19. Co znamená pojem iniciální dotek?**

- a) prvotní dotek při provádění ranní toalety
- b) dotek vždy na stejném místě při zahájení a ukončení intervence
- c) dotek na rozloučenou
- d) každý cílený dotek, který pacienta stimuluje

**20. Při vlastní péči o pacienta s apalickým syndromem je důležité:**

*(můžete označit více odpovědí)*

- a) mluvit velmi nahlas
- b) nehovořit s více osobami najednou
- c) hovořit jasně a zřetelně
- d) při oslovení použít iniciální dotek
- e) přivítat se a rozloučit s pacientem pokud možno stejnými slovy
- f) soustředit se na reakce pacienta
- g) přerušit činnost, aby si pacient odpočinul

h) přerušit činnost, když nás kolegyně požádá o pomoc

**21. Kde jste získal/a informace o bazální stimulaci?** *(můžete označit více odpovědí)*

- a) v rámci profesní přípravy (ve škole)
- b) z odborné literatury
- c) z internetových zdrojů
- d) na odborném semináři
- e) žádné informace jsem nehledala

**22. V biografické anamnéze podle Vás jsou?**

- a) data o pacientových fyziologických funkcích a klinickém pozorování sestry
- b) údaje o prodělaných nemocech a potížích
- c) informace o životních návycích, zvycích a prožitcích pacienta
- d) nevím

**23. Pracujete na Vašem pracovišti s biografickou anamnézou?**

- a) ano
- b) ne

**24. S kým a jakým způsobem by jste vyplňoval/a formulář biografické anamnézy?**

- a) s pacientem samotným
- b) jednorázově, s prvním příbuzným, který by přišel za pacientem na návštěvu
- c) jednorázově, s nejbližším příbuzným pacienta
- d) opakovaně s nejbližšími příbuznými a přáteli pacienta
- e) nevím

**25. Údaje z biografické anamnézy jsou podle Vás?**

- a) zcela nezbytné pro poskytování adekvátní péče
- b) vhodné, ale málo využívané
- c) pouze další administrativní úkon

d) nevím

**26. Uvítal/a by jste více informací z tématiky apalického syndromu a bazální stimulace?**

a) ano

b) nevím

c) ne

Pokud ano, prosím, uveďte na jaké téma.....

**27. Je podle Vás uplatňování technik bazální stimulace v péči o pacienta přínosné?**

a) ano


b) ne

c) nevím

Pokud jste označil/a ano, prosím, uveďte v čem spatřujete výhody bazální stimulace

.....  
.....

# PŘÍLOHA P XI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.


Jméno a příjmení studenta	Kateřina Pešková DiS
Téma bakalářské práce	Informovanost všeobecných sester o technikách bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom
Skupina respondentů	všeobecné sestry
Pracoviště	KNTB a.s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.


- 7 -03- 2011

Ve Zlíně dne .....




  
.....  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín (9)

  
.....  
razítka a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová  
tel: +420 577 008 137, e-mail:klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

# PŘÍLOHA P XII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

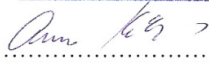
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Pešková DiS
Téma bakalářské práce	Informovanost všeobecných sester o technikách bazální stimulace u pacientů s diagnózou apalický syndrom
Pracoviště	KNTB a.s.


Děkujeme za pochopení a spolupráci



- 7 -03- 2011  
Ve Zlíně dne .....

  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín (9)

  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: [klimesova@fhs.utb.cz](mailto:klimesova@fhs.utb.cz), [izs@fhs.utb.cz](mailto:izs@fhs.utb.cz)