

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Tereza Pecková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Tereza Pecková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PÉČE O DÍTĚ S PORUCHOU VĚDOMÍ NA JEDNOTCE
INTENZIVNÍ A RESUSCITAČNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 27. 3. 2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Holoubkové, DiS., MBA za odborné vedení bakalářské práce, trpělivost a podporu. Děkuji také Mgr. Daně Čečilové, sestře z jednotky intenzivní a resuscitační péče na dětské klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni za cenné rady a čas, který mi věnovala.

Anotace

Příjmení a jméno: Pecková Tereza

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče o dítě s poruchou vědomí na jednotce intenzivní a resuscitační péče

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA

Počet stran – číslované: 47

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 10

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: dítě, porucha vědomí, komunikace, bazální stimulace, edukace

Souhrn: Bakalářská práce je psána na téma „Péče o dítě s poruchou vědomí na jednotce intenzivní a resuscitační péče“. Práce je rozdělena na teoretickou část, která se zabývá ošetrovatelskou péčí a praktickou část. Praktická část je zpracována jako kazuistika patnáctiletého chlapce s traumatickým edémem mozku po dopravní nehodě. Výsledkem bakalářské práce je vytvoření edukačního letáku o bazální stimulaci.

Annotation

Surname and name: Pecková Tereza

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Care for a Child with a Disorder of Consciousness in the Intensive and Resuscitation Care Unit

Consultant: Mgr. Jana Holoubková, DiS., MBA

Number of pages – numbered: 47

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 10

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 27

Keywords: child, disorder of consciousness, communication, basal simulation, education

Summary: The topic of the Bachelor's Thesis is "Care for a Child with a Disorder of Consciousness in the Intensive and Resuscitation Care Unit". The paper is divided into two parts. The theoretical part is concerned with nursing care and the practical part is a case interpretation of a fifteen-year-old boy with a traumatic brain oedema from a car accident. The outcome of the thesis is the creation of an educational pamphlet about basal simulation."

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 VĚDOMÍ.....	12
1.1 Kvalitativní poruchy vědomí.....	12
1.2 Kvantitativní poruchy.....	13
1.2.1 Somnolence.....	13
1.2.2 Sopor.....	13
1.2.3 Kóma.....	13
1.3 Příčiny poruch vědomí.....	13
1.3.1 Neuroinfekce.....	13
1.3.2 Intoxikace.....	14
1.3.3 Kraniotrauma.....	14
1.3.4 Metabolické příčiny.....	14
2 VYŠETŘENÍ A PŘÍJEM NEMOCNÉHO DÍTĚTE S PORUCHOU VĚDOMÍ.....	15
2.1 Zajištění vitálních funkcí.....	15
2.2 Tělesné vyšetření (fyzikální, klinické).....	15
2.3 Anamnéza.....	16
2.4 Neurologické vyšetření.....	16
2.5 Vyšetření zornic.....	16
2.6 Zobrazovací metody.....	17
3 HOSPITALIZACE DÍTĚTE.....	18
3.1 Komunikace a hospitalizace.....	18
3.2 Pobyt dítěte na JIRP.....	19
3.3 Spolupráce s rodinou.....	19
3.4 Bazální stimulace.....	20
3.4.1 Somatická stimulace.....	20
3.4.2 Vestibulární stimulace.....	21
3.4.3 Vibrační stimulace.....	21
3.4.4 Ostatní způsoby bazální stimulace.....	21
3.5 Ošetrovatelská péče na JIRP.....	22
3.6 Zajištění DC.....	23
3.7 Hygiena dýchacích cest.....	24
3.8 Zajištění žilních vstupů.....	25
3.8.1 Periferní žilní vstup a péče o něj.....	26
3.8.2 Centrální žilní kanylace a péče o katétr.....	26

3.9	Zajištění výživy	27
3.9.1	Enterální výživa	27
3.9.2	Parenterální výživa	28
3.10	Hygienická péče.....	28
3.10.1	Péče o kůži.....	28
3.10.2	Péče o dutinu ústní.....	28
3.10.3	Péče o oči.....	29
3.10.4	Péče o dutinu nosní.....	29
3.10.5	Péče o uši.....	29
	PRAKTICKÁ ČÁST	30
4	FORMULACE PROBLÉMU	30
4.1	Cíl výzkumu.....	30
4.1.1	Dílčí cíle	30
4.2	Výzkumné otázky	30
4.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	31
4.4	Metoda	31
4.5	Výběr případu.....	31
4.6	Způsob získávání informací	31
4.7	Organizace výzkumu.....	32
5	SEZNÁMENÍ S PŘÍPADEM	33
5.1	Průběh hospitalizace	35
5.1.1	1. den hospitalizace	35
5.1.2	2. den hospitalizace	36
5.1.3	3.-7. den hospitalizace.....	37
5.1.4	8. den hospitalizace	37
5.1.5	10. den hospitalizace	38
5.1.6	12. den hospitalizace	38
5.1.7	14. den hospitalizace	39
5.1.8	16. den hospitalizace	39
5.1.9	17. den hospitalizace	39
5.1.10	18. den hospitalizace.....	40
5.1.11	20. den hospitalizace.....	40
5.1.12	22. den hospitalizace.....	40
5.1.13	25. den hospitalizace.....	41
5.1.14	27. den hospitalizace.....	41
5.1.15	29. den hospitalizace.....	41
5.2	Ošetrovatelský proces.....	42

5.2.1	Dýchání	42
5.2.2	Výživa, hydratace	42
5.2.3	Vylučování	42
5.2.4	Pohyb	42
5.2.5	Spánek a odpočinek	43
5.2.6	Oblékání	43
5.2.7	Regulace tělesné teploty	43
5.2.8	Hygiena	43
5.2.9	Ochrana před nebezpečím	43
5.2.10	Komunikace, kontakt	43
5.2.11	Víra.....	43
5.2.12	Práce	44
5.2.13	Zájmy.....	44
5.2.14	Učení	44
5.3	Edukační plán 1	45
5.4	Edukační plán 2	46
5.5	Ošetřovatelské diagnózy	47
LITERATURA A PRAMENY		59
SEZNAM ZKRATEK.....		62
SEZNAM OBRÁZKŮ		64
SEZNAM PŘÍLOH.....		68

ÚVOD

V bakalářské práci se budu zabývat specifiky ošetrovatelské péče u pacienta s poruchou vědomí. Ty se v dětském věku objevují z různých příčin, nejčastěji jsou však spojené s úrazem. Abychom mohli poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a správně určit ošetrovatelské diagnózy, je nutné umět stav vědomí správně zhodnotit.

Toto téma jsem si vybrala proto, že obor intenzivní péče je pro mě velice zajímavý, neboť je zde široké spektrum pacientů a jejich diagnóz. Tomuto oboru bych se po dokončení studia ráda věnovala, a proto bych chtěla touto prací nejen sobě, ale i veřejnosti přiblížit, co taková práce v intenzivní péči obnáší.

Svou bakalářskou práci budu vypracovávat formou případové studie jednoho pacienta, kterého vyberu metodou záměrného výběru. Kritériem bude diagnóza porucha vědomí s různými příčinami vzniku. Pacient by neměl být starší 15 let. Informace budu získávat z dokumentace pacienta, od personálu, péči o pacienta a komunikace s ním, z odborné literatury. Práce bude rozdělena na část teoretickou, kde se budu zabývat specifiky ošetrovatelské péče a na část praktickou, ve které bude zpracována kazuistika vybraného pacienta.

V teoretické části se budu zabývat druhy a příčinami poruch vědomí a ošetrovatelskými postupy o dítě s poruchou vědomí. Jednu kapitolu věnuji také bazální stimulaci, která má velmi pozitivní vliv na návrat vědomí a neměla by být v žádném případě opomíjena. Praktickou část budu zpracovávat formou kazuistiky. V úvodu praktické části čtenáře seznámím s pacientem, na kterého bude kazuistika vypracována. V následujících kapitolách popíši průběh hospitalizace, k jakým pokrokům u pacienta došlo, vypracuji ošetrovatelský model, určím ošetrovatelské diagnózy a vytvořím edukační plány.

Výstupem mé bakalářské práce bude vytvoření edukačního letáku pro rodiče a příbuzné dětí s poruchou vědomí, kde je seznámím s konceptem bazální stimulace, která má na vývoj zdravotního stavu velmi pozitivní vliv. Rodiče tak budou vědět, jak ke svému dítě přistupovat a jak se k němu chovat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VĚDOMÍ

Podle autora knihy *Základy neurologie* Zdeňka Amblera je „vědomí stav, kdy je člověk schopen správně vnímat sebe i své okolí a správně reagovat na podněty vnějšího prostředí i vnitřního prostředí“. (Ambler, 2011, str. 63)

Samotné vědomí nemá v mozku žádné centrum, ale je zajišťováno kontinuální a dostatečnou komunikací mezi neurony mozkových hemisfér a aktivačním systémem retikulární formace v oblasti horního kmene a thalamu. Vědomí se dělí na vigilitu a luciditu. Vigilita, neboli bdělost, je stav, kdy je člověk schopen reagovat na prostředí. Opakem bdělosti může být spánek nebo kóma, kdy spánek ale není považován za poruchu vědomí, ale kóma ano. Lucidita, neboli jasnost, určuje kvalitu a obsah bdělého stavu. Bez vigility ale není lucidita možná. V případě, že dojde k poranění některé z částí mozkových hemisfér nebo mozkového kmene, mohou se objevit poruchy vědomí, které se dělí na poruchy kvalitativní a kvantitativní. (Ambler, 2011, str. 63)

1.1 Kvalitativní poruchy vědomí

U kvalitativní poruchy vědomí je bdělost zachována, ale náhle se mění obsah a kvalita vnímání. Objevuje se náhlá dezorientovanost osobou, prostorem i časem, dochází k poruše pozornosti a k nepřiměřenému chování. Dalšími projevy jsou halucinace, neklid nebo útlum, třes, porucha spánku, epileptické záchvaty, apod. V současné době se do klasifikace kvalitativních poruch vědomí řadí delirium. K rozvoji deliria dochází během několika hodin či dnů od postižení mozku a může mít mnoho příčin. U dětí jsou nejčastější příčiny akutní intoxikace, kraniotraumata a neuroinfekce, zejména meningitida. Mezi méně časté pak patří tumory a cévní mozkové příhody. (Ambler, 2011, str. 63, 64; Tomek, 2014, str. 32)

1.2 Kvantitativní poruchy

Ke kvantitativním poruchám vědomí dochází v případě poškození v mezencefalodiencefalické oblasti nebo při difúzním postižení obou hemisfér na kortikosubkortikální úrovni. Kvantitativní poruchy jsou charakteristické sníženou bdělostí a primárně se dělí na somnolenci, sopor a kóma. (Tomek, 2014, str. 31)

1.2.1 Somnolence

Somnolence je porucha vědomí, při níž je pacient spavý, ale dá se probudit slovem nebo dotykem. Po probuzení má pacient zpomalené reakce, ale dokáže jednoslovně nebo jednoduchou větou odpovědět. (Tomek, 2014, str. 31; Ambler, 2011, str. 64)

1.2.2 Sopor

Sopor je hlubší porucha vědomí než somnolence, kdy pacient reaguje mimickou grimasou a obrannými pohyby horních končetin pouze na bolestivý podnět vyvolaný drážděním nociceptorů, např. tlakem na vnější část ucha tragus, tlakem na sternum nebo štipnutím v nadklíčkové jamce. Také může být porušen polykací reflex a sfinktery. (Tomek, 2014, str. 31; Ambler, 2011, str. 64)

1.2.3 Kóma

Nejhlubší poruchou vědomí je kóma. Pacient v kómatu nereaguje na oslovení a reakce na bolestivé podněty jsou pouze reflexní. U hlubokého kómatu dochází k vyhasnutí zornicového a korneálního reflexu a může dojít k dechové zástavě. Stav podobný kómatu se nazývá perzistentní vegetativní stav. Pacient ve vegetativním stavu vypadá, že sleduje své okolí, ale ve skutečnosti si neuvědomuje ani sám sebe. Fyziologické funkce jsou zachovány, ale nejsou přítomné cílené pohyby a pacient nereaguje na žádné podněty včetně algických. Je-li příčinou vegetativního stavu poranění mozku a stav trvá déle než 12 měsíců, šance na návrat vědomí je minimální. (Tomek, 2014, str. 32; Ambler, 2011, str. 64)

1.3 Příčiny poruch vědomí

1.3.1 Neuroinfekce

Příčiny poruch vědomí u dětí mohou být neuroinfekčního původu, způsobené virovými záněty mozku (herpetická nebo klíšťová encefalitida) nebo

hnisavými záněty mozku (meningokoková meningitida) jejímž původcem je *Neisseria meningitis*. Dalšími nejčastějšími příčinami poruch vědomí jsou intoxikace, kraniotraumata a příčiny metabolické. (Komárek, Zumrová, 2000, str. 137, 138, 139)

1.3.2 Intoxikace

Intoxikace je u malých dětí způsobena zejména léky a čisticími prostředky, zatímco u dětí staršího školního věku a adolescentů je nejčastější příčinou intoxikace požití alkoholu a jiných návykových látek. Méně častou příčinou je pak intoxikace zplodinami. (Fendrychová, Klimovič, 2005, str. 207)

1.3.3 Kraniotrauma

Kraniotrauma, ke kterému dochází v dětském věku velmi často, lze rozdělit na fokální a difúzní. Mezi typická dětská kraniotraumata patří lehké úrazy hlavy a otřes mozku. Vážnějším poraněním je mozková kontuze, kdy může docházet k nitrolebnímu krvácení a vzniku edému mozku, který způsobí nitrolební hypertenzi. (Komárek, Zumrová, 2000, str. 149,150,151)

1.3.4 Metabolické příčiny

U dětí je nejčastější metabolickou příčinou poruchy vědomí hyperglykémie, kdy glykemické hodnoty nelze glukometrem změřit, neboť se pohybují mezi 30-50mmol/l. (Tomek, 2014, str. 37)

2 VYŠETŘENÍ A PŘÍJEM NEMOCNÉHO DÍTĚTE S PORUCHOU VĚDOMÍ

Vyšetření dítěte s poruchou vědomí je velmi komplikované, neboť v některých případech vyšetřujeme pouze objektivní příznaky bez jeho spolupráce a zpětné reakce a nebo nejsou přítomni rodiče, aby nám mohli říct, jak se dítě chovalo před poruchou vědomí, nebo jak se porucha vědomí prohlubovala. (Seidl, 2008, str. 66)

2.1 Zajištění vitálních funkcí

Primárně je nutné zhodnotit a zajistit vitální funkce. Napojením na monitor (obrázek 1) můžeme sledovat tlak, pulz a saturaci. Dále je potřeba zajištění žilního vstupu pomocí periferního žilního katétru pro intravenózní aplikaci léků. U dítěte je nutno sledovat zejména dýchání, protože podle charakteru dýchání lze odhadnout, jaká část mozku je postižena. Například pro postižení obou hemisfér je typické posthyperventilační apnoe, kdy je apnoická pauza po 5 nádeších a výdeších delší než 10 sekund. Nitrolební hypertenze, hyperkapnie a hemisferální léze doprovází Cheyne – Stokesovo dýchání. Ataktické dýchání projevující se nepravidelnými dechy je způsobeno poraněním prodloužené míchy. Bereme na vědomí, že u kojenců je fyziologická hodnota 25-30 dechů za minutu a u dětí do 10 ti let přibližně 20 dechů za minutu. V případě, že se objeví dechová nedostatečnost, tedy hodnoty výrazně nižší než fyziologické, je nutná intubace a umělá plicní ventilace. Dále je nutná také kontrola srdečního rytmu a hodnoty krevního tlaku. Pro pacienta je větším rizikem hypotenze a proto je nutné ji řešit rychleji než hypertenzi. (Tomek, 2014, str. 33, 34; Kolektiv autorů, 2003, str. 86, 87)

2.2 Tělesné vyšetření (fyzikální, klinické)

Jako první je dítě vyšetřeno pohledem – aspekci, která se zaměřuje na celkový stav a vzhled dítěte, barvu kůže a sliznic, hematomy, odřenyiny, popáleniny a krvácení. Dále je provedena kontrola dutiny ústní. Pozornost

věnujeme také případnému zápachu z úst po acetonu, který je typický pro hypoglykémii a mohlo by se tak jednat o hypoglykemické kóma. Pomocí fonendoskopu lékař vyšetří srdce a plíce a palpačně provede vyšetření břicha. (Tomek, 2014, str. 197)

2.3 Anamnéza

U klinického vyšetření je důležitá anamnéza dítěte získaná od rodičů nebo osoby, která byla s dítětem v dobu, kdy ke ztrátě vědomí došlo. Zjišťujeme a ptáme se na prodělaná onemocnění, očkování, úrazy a pády v poslední době a na styk s nemocnou osobou nebo zda si nevšimli změn v chování (zvýšená unavenost, potíže s rovnováhou, záchvaty pláče, stěžování si na bolest). (Tomek, 2014, str. 197)

2.4 Neurologické vyšetření

K vyšetření poruchy vědomí se používá standardizovaná škála Glasgow Coma Scale (příloha 1), kterou lze rychle zjistit hloubku poruchy vědomí. U dětí, které ještě nedokážou verbálně odpovědět, lze použít upravenou verzi pro pediatrii. Na jednotce intenzivní péče je toto vyšetření v kompetenci nejen lékaře, ale i specializované všeobecné zdravotní sestry nebo dětské sestry a je nutné ho hodnotit opakovaně několikrát za den. (Navrátil, 2012, str. 13; Kolektiv autorů, 2003, str. 86)

2.5 Vyšetření zornic

Součástí vyšetření dítěte s poruchou vědomí je vyšetření zornic. Fyziologická velikost zornic je 2,5-4,5mm. O miotických zornicích hovoříme tehdy, je-li zornice menší než 2mm. Miotické zornice jsou charakteristické pro lézi thalamu nebo hypotalamu. Zornice o velikosti 7-9mm, tzv. mydriatické, bez reakce na světlo jsou typické pro postižení mezencefalu. Příznakem epidurálního krvácení je pouze jednostranná mydriáza. (Tomek, 2014, str. 46)

2.6 Zobrazovací metody

Pro dítě je nejméně zátěžové vyšetření nativní snímek lebky. Toto vyšetření je indikované při podezření na trauma lebky, zejména při podezření na týrání. Protože na nativním snímku mohou být vidět fraktury a fisury, obvykle se provádí předozadní a boční projekci. Toto vyšetření však neřadíme mezi významnou diagnostickou metodu, která by dokázala určit charakter a rozsah poranění. Nejmladší diagnostickou metodou dnešní doby je magnetická rezonance. Díky svému vysokému kontrastnímu rozlišení měkkých tkání dokáže rozlišit zdravou a prokrvenou tkáň od tkáně postižené patologickým procesem. Nevýhodou tohoto vyšetření je jeho délka trvání. Vyšetření trvá od 40 do 60 minut, a proto je u malých nebo neklidných dětí nutná anestezie po celou dobu vyšetření. Diagnostickou metodou užívanou v dětské neurologii na prvním místě je počítačová tomografie (CT). Přestože je kvalita rozlišení nižší než u MR, pro dítě je tato metoda šetrnější, neboť doba trvání vyšetření se pohybuje okolo 10 minut a proto je délka potřebné anestezie kratší. (Tomek, 2003, str. 129, 133, 137; Komárek, 2000, str. 46,47)

3 HOSPITALIZACE DÍTĚTE

Intenzivní ošetrovatelská péče v pediatrii je poskytována na odděleních JIP, JIRP a ARO. Všechna oddělení jsou personálně, organizačně a přístrojově vybavena dle Standardu 301 – 50 /1995 Nemocniční neodkladná péče v pediatrii, Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 10/1997 Sb., s. 19-23. (Novák, 2008, str. 4)

U dítěte, jehož organizmus postihla nemoc, vyžadující hospitalizaci, dochází ke změně chování a potřeb. Dítě si je vědomé, že je nemocné a čekají ho určitá omezení. Nejtěžší je pro něj vytržení z domácího prostředí a určitého stereotypu a omezený kontakt s rodinou. Každé dítě tuto skutečnost prožívá jinak a proto je potřeba individuálního přístupu ke každému dětskému pacientovi, protože jenom tak je možné dosáhnout navázání důvěrného vztahu mezi pacientem a personálem, který má pozitivní vliv na průběh hospitalizace, ale také na léčbu. (Fendrychová, 2005, str. 17)

3.1 Komunikace a hospitalizace

Velmi důležitou roli během hospitalizace dítěte hraje komunikace, a to i v případě, že je dítě v bezvědomí. Při komunikaci s dětským pacientem je nutno brát ohled nejen na jeho zdravotní stav, ale také na pohlaví, věk a psychický stav, protože tyto faktory ovlivňují chování pacientů a dle věkových kategorií se liší.

Zásady komunikace:

- Kromě verbální komunikace je vhodné použít také haptiku a to nejen při výkonu, ale i během sdělování nebo zjišťování informací. U dětí se jako nejčastější forma haptiky praktikuje pohlazení.
- Abychom s dítětem navázali co nejdůvěřivější vztah, oslovujeme dítě jménem. U malých dětí nebo dětí v bezvědomí zjišťujeme od rodičů, jak dítě oslovují, se staršími dítětem a dítětem s lehčí poruchou

vědomí, které je schopno navázat verbální kontakt se domluvíme, jak si přejí být oslovení.

- S každým plánovaným výkonem dítě seznámíme, vysvětlíme mu, co se mu bude provádět.
- Dítěti nelžeme, nebudeme mu tvrdit, že injekce nebolí, když víme, že bolí. Dítě k nám pak ztrácí důvěru. (Novák, 2008, str. 23; Fendrychová, 2005, str. 17)

3.2 Pobyť dítěte na JIRP

Pro kojence a batolata je při hospitalizaci nejtěžší odloučení od matky. Dítě tak ztrácí pocit jistoty a bezpečí, protože se náhle nachází v cizím prostředí s velkým množstvím cizích lidí. Protože na JIRP není možná hospitalizace matky s dítětem, umožníme matce, dovoluje-li to zdravotní stav dítěte, aby mohla strávit u lůžka co nejvíce času. (Novák, 2008, str. 23)

Děti předškolního věku nejhůře snášejí upoutání na lůžko, protože pro děti v tomto věku je přirozené poznávat nové věci a prostředí. Abychom nebránili rozvoji dítěte, poskytneme mu hračky a knížky odpovídající věku. Děti v tomto věkovém období si uvědomují, že jsou v nemocnici a mají strach z bolesti, který může vést až k nočním děsům, proto jsme dítěti neustále na blízku. (Novák, 2008, str. 23)

Školáci a adolescenti na rozdíl od předškoláků nemají strach jen z bolesti, ale objevuje se i strach ze smrti. Projevuje se nespavostí a častým vyžadováním přítomnosti personálu, zejména v noci. Nejčastější příčinou je přerušování kontaktu s rodinou a kamarády, proto je důležité dát na vědomí rodině, jak jsou jejich návštěvy důležité. (Novák, 2008, str. 23)

3.3 Spolupráce s rodinou

Hospitalizace není traumatizující pouze pro dítě, ale také pro rodiče a rodinu. Rodič, který se musí vzdát na nějakou dobu péče o dítě a svěřit ho

do rukou odborníků, může cítit pocit viny, že jako rodič selhal, protože nemůže dítě chránit, obklopovat ho láskou a být mu oporou v těžké chvíli. Protože zdravotník rodiče nikdy nenahradí, začíná se praktikovat systém Family Centred Care, který vznikl ve Velké Británii. Tento systém si zakládá na nenahraditelnosti rodičů během hospitalizace, neboť jsou pro dítě zdrojem psychické pohody, jistoty a bezpečí, což má velký vliv na vývoj a průběh nemoci. Aby spolupráce s rodiči byla efektivní, je důležité, aby sestra přijala rodiče jako součást týmu, seznámila je nejen teoreticky, ale i prakticky s výkony, které mohou sami provádět a to zejména tehdy, plánuje-li se propuštění dítěte do domácí péče a byla jim vždy oporou při nácviu nových výkonů. (Sedlářová, 2008, str. 154-156)

3.4 Bazální stimulace

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání.“ (Friedlová, str. 19, 2007). Autorem konceptu je německý pedagog prof. dr. Andreas Fröhlich, který tuto metodu vypracoval v roce 1970 během vědeckého projektu. O deset let později ji v praxi začala používat zdravotní sestra prof. Christel Biensten. Třemi základními prvky bazální stimulace jsou komunikace, pohyb a percepce. U dětí, jež mají poruchu vědomí, lze stimulací zaměřenou na smyslové orgány znovu uvést v činnost mozek a tím podpořit percepci, komunikaci a hybnost. Lidský mozek si v paměťových drahách ukládá informace, návyky a zvyky, které lze cílenou stimulací povzbudit. Cílem BS je uvědomění si sebe samotného, začít vnímat okolí, navázat s ním komunikaci a zorientovat se v prostoru a čase. Aby však byla stimulace účinná, je potřeba znát podrobnou anamnézu dítěte, kde budou zaznamenány všechny návyky, zvyky a oblíbené činnosti dítěte. Důležité je zapojení rodičů a příbuzných do péče, protože oni znají dítě nejlépe a mohou tak vidět i velmi nepatrné projevy reagování. Základními prvky bazální stimulace je stimulace somatická, vestibulární a vibrační. (Friedlová, 2007, str. 19-25)

3.4.1 Somatická stimulace

Somatická stimulace je zaměřená na vnímání podnětů z povrchu těla. Nejpodstatnější podobou SS je dotek. Než se ale dítěte dotkneme, předem ho informujeme o naší přítomnosti a úmyslu dotknout se ho, aby se nevylekalo

a neztratilo k nám důvěru. Nejvhodnějším místem pro tzv. iniciální dotek, je rameno, paže a ruka. Dotek by neměl být příliš silný, ale ani letmý. (Tomová, 2016, str. 104, 105)

Dalším způsobem, jak lze provádět somatickou stimulaci jsou koupele a polohování. Koupele jsou vhodné u dětí s těžkou poruchou vědomí, protože při této technice dítě vnímá celý svůj tělesný obraz. Aby byly koupele co nejefektivnější, během umývání používáme obě ruce a pomůcky jako je žínka nebo froté ponožky. Při volbě této metody bereme ohled na zdravotní stav dítěte, protože ne vždy je možné koupele provádět. Polohování má pozitivní vliv na zklidnění dítěte a to zejména poloha hnízdo nebo mumie. Poloh dosáhneme pomocí kuličkových polštářů, srolovaných dek, ručníků nebo měkkých plyšových hraček, kterými dítě vypořádáme, abychom ho udrželi ve vhodné poloze. (Sedlářová, 2008, str. 134-135)

3.4.2 Vestibulární stimulace

Vestibulární stimulace je stimulace zaměřená na pohyby hlavou. Člověk při vědomí hlavou pohybuje pořád, aniž by se si to kolikrát uvědomoval a to i během spánku. Proto u pacientů, kteří nedokážou sami otáčet hlavu, provádí jemné pohyby s ohledem na polohu těla ošetřující personál. Pohyby hlavou podporují orientaci v prostoru a zlepšují vnímání pohybu. (Schánilcová, 2009, str. 39)

3.4.3 Vibrační stimulace.

Stimulaci lze provádět pomocí rukou nebo vibračních předmětů, jakou jsou vibrující hračky, holicí strojky nebo vibrační lehátko. Vibrační stimulace je pro dítě velice intenzivní a umožňuje vnímat celé tělo. Chceme-li poskytnout dítěti stimulaci pomocí všech tří prvků stimulace a zdravotní stav dítěte to umožňuje, vyzveme rodiče, aby se posadili na židli, a dítě položíme na jejich hruď. Dítě tak bude vnímat nejen dotyk, ale také jemu tolik známou vůni a hlas. (Sedlářová, 2008, str. 136)

3.4.4 Ostatní způsoby bazální stimulace

Optická stimulace je orientovaná na zrakové podněty. Dítěti dáváme najevo, kdy je den a kdy noc, okolí lůžka vyzdobíme obrázky, fotkami, vlastními hračkami nebo na DVD přehráváme pohádky, na které je zvyklé z domova,

abychom aktivovali paměťové stopy. Pokud dítě nosí dioptrické brýle, aktivně mu je nasazujeme. (Tomová, 2016, str. 106-113)

Auditivní stimulace probíhá pomocí hlasů ve formě řeči nebo hudby. Dítěti čtou rodiče nebo ošetřující personál pohádky, nebo s ohledem na věk a pohlaví dítěte časopisy. Požádáme rodiče, aby nahráli své hlasy při čtení pohádek, na které je dítě zvyklé, které se budou dítěti v jejich nepřítomnosti pouštět. (Tomová, 2016 str. 106-113)

Orální stimulace pomáhá k dráždění chuťového smyslu, napomáhá k návratu polykacího reflexu a vede k aktivaci mluvidel. Dětem nabízíme oblíbené tekutiny a podáváme jejich oblíbené jídlo pomocí štětiček nebo speciálního váčku. (Tomová, 2016, str. 106-113)

Podpořit pozornost a vědomí lze také čichovou stimulací pomocí známých vůní (matčina vůně, vůně oblíbeného jídla, u starších chlapců a dívek jejich oblíbený parfém). Nebo stimulací hmatovou. Hmatová stimulace pomáhá rozpoznávat předměty uložené v paměti a ke stimulaci používáme hračky, telefon nebo předměty, které má dítě spojené s oblíbenou činností. (Tomová, 2016, str. 106-113)

Každou manipulaci nebo komunikaci s dítětem zahajujeme a ukončujeme iniciálním dotekem. Ten je zaznamenáván na viditelné místo u pacienta, nejčastěji na jmenovku a do dokumentace. Aby byla bazální stimulace účinná, je potřeba, aby její zásady včetně iniciálního doteku dodržoval nejen ošetřující personál, ale také rodiče a návštěvy. (Lhotská, 2007, str. 51)

3.5 Ošetřovatelská péče na JIRP

Péče na JIRP je poskytována všem pacientům, u kterých došlo k náhlému selhání jednoho nebo více orgánů, nebo pacientům, u kterých selhání hrozí. Na JIRP je pacient pod neustálým dohledem sestry, která vede pravidelný záznam do dokumentace. Nezbytnou součástí dokumentace je podepsaný informovaný souhlas s hospitalizací podepsaný zákonným zástupcem dítěte. Pacienti jsou na JIRP přivezeni RZS, přijímání z ambulance nebo přeloženi z jiného oddělení či jiného zdravotnického zařízení. Příjem a první vyšetření pacienta je prováděno

v místnosti přizpůsobené a vybavené k akutní péči. Nezbytným vybavením takovéto místnosti je speciálně upravené lůžko, monitor k měření základních životních funkcí (dech, srdeční akce, tlak, okysličení krve), defibrilátor, sestavený a zkalibrovaný ventilátor, anesteziologický přístroj, který slouží k zajištění základních životních funkcí a plně vybavená lékárna. (Kapounová, 2007, str. 19)

3.6 Zajištění DC

U přijímaného pacienta s poruchou vědomí lékař určí dle zdravotního stavu, jakým způsobem bude pacientovi zajištěna oxygenoterapie. Oxygenoterapie je léčba kyslíkem, která se používá v případě, že u pacienta se spontánním dýcháním dochází k hypoxémii nebo hypoxii. Lze ji provádět několika způsoby. U lehčích poruch vědomí se nejčastěji používají kyslíkové brýle nebo kyslíková polomaska. (Sedlářová, 2008, str. 106; Novák, 2008 str. 130; Kapounová, 2007, str. 214)

Kyslíkové brýle lze použít u dětí již od narození a to zejména proto, že dítě není brýlemi nijak obtěžováno a neomezují ho v pohybu. Vzhledem k délce hadice nosních brýlí se nedoporučuje kyslík ohřívat a zvlhčovat, neboť by docházelo ke srážení vody, která by stříkala dětem do nosu. Dutina nosní si sama dokáže přiměřený příjem kyslíku sama zvlhčit a ohřát. Zvlhčování kyslíku se doporučuje pouze v případě, pokud je průtok větší než 1 litr za minutu. (Sedlářová, 2008, str. 106; Novák, 2008 str. 130; Kapounová, 2007, str. 214)

U větších dětí a dětí, které dokážou spolupracovat, lze využít kyslíkovou polomasku. Polomaskou lze podávat i vysoký průtok kyslíku, ale některým dětem může být nasazená maska nepříjemná a způsobit jim až úzkostný stav. Polomasku navíc nelze použít u neklidných pacientů a pacientům, kteří zvrací. (Sedlářová, 2008, str. 106; Novák, 2008, str. 130; Kapounová, 2007, str. 214)

U těžších poruch vědomí, zejména je-li dítě v kómatu nebo není schopné udržet volné dýchací cesty, je nutné zajistit dýchací cesty pomocí tracheální intubace s následným napojením na umělou plicní ventilaci. Tracheální intubace je nejspolehlivější způsob zajištění dýchacích cest za pomoci tracheální kanyly, která je pacientovi zavedena přes dutinu ústní nebo nosní do průdušnice.

U dětí se upřednostňuje intubace nazotracheální, která je vedena dutinou nosní skrz nosohltan do vchodu průdušnice. Výhodou je nemožnost skousnutí endotracheální kanyly, lepší přístup do dutiny ústní při provádění hygieny, stabilnější fixace, protože kanyla nepřijde do kontaktu se slinami a minimalizování dávivého reflexu. Rizikem u nazotracheální intubace je vznik dekubitů v nasální oblasti, neboť kanylou nelze pohybovat a není možné změnit polohu kanyly. Objevit se může také sinusitida. (Sedlářová, 2008, str. 106; Novák, 2008 str. 130; Kapounová, 2007, str. 214)

Orotracheální intubace, při které je kanyla zavedena do vchodu průdušnice přes dutinu ústní se používá zejména u krátkodobé intubace nebo při výkonech vyžadujících celkovou anestezii s plicní podporou. Během intubace může dojít k poranění dutiny ústní a zubů, krvácení ze sliznic, ke zvracení a k aspiraci žaludečního obsahu nebo ke zvýšení nitrolebního tlaku v případě, že dítě nebylo dostatečně utlumené a proto by měl intubaci provádět zkušený lékař. (Sedlářová, 2008, str. 106; Novák, 2008, str. 130; Kapounová, 2007, str. 214)

Pacienti s dlouhodobou poruchou vědomí, kteří jsou dlouhodobě odkázáni na umělou plicní ventilaci, mají dýchací cesty zajištěné pomocí tracheostomie. Tracheostomie je umělé vyústění trachey na povrch těla a je prováděna chirurgicky. Výhodou je snadnější hygienická péče o dutinu ústní a nosní, lepší přístup k dýchacím cestám a jednodušší polohování pacienta. Nevýhodou je vyšší riziko v místě vyústění a následná jizva po vyjmutí kanyly. (Sedlářová, 2008, str. 106; Novák, 2008, str. 130; Kapounová, 2007, str. 214)

3.7 Hygiena dýchacích cest

U dětí napojených na umělou plicní ventilaci dochází ke zhoršení samočisticí schopnosti dýchacích cest, k utlumení funkce řasinkového epitelu a k vymizení kašlacího reflexu. To vede ke hromadění sekretů v dýchacích cestách. Abychom udrželi dýchací cesty průchodné, je potřeba dodržovat důkladnou hygienu pomocí odsávání. Odsávání z endotracheální kanyly je v kompetenci všeobecné sestry a potřebu odsátí vyhodnotí podle kvality dýchání pacienta. Tracheální odsávání se provádí dvěma způsoby. Otevřeným způsobem pomocí sterilní cévky, která je zavedena tracheální kanylou do místa

odporu. Při nárazu na odpor cévku o centimetr povytáhneme a během vytahování cévky pomocí odsávačky (obrázek 2) odsáváme. Protože je tento výkon pro pacienta nepříjemný, snažíme se ho provádět co nejrychleji a nejefektivněji. V případě opakování odsávání necháme pacienta minimálně čtyřikrát nadechnout a vydechnout. Během odsávání věnujeme pozornost monitoraci fyziologických funkcí a v případě, že dojde ke zhoršení saturace nebo bradykardii, odsávání přerušíme. (Kapounová, 2007, str. 225, 226)

Odsávat můžeme i uzavřeným způsobem pomocí systému „trach care“. Při tomto způsobu odsávání nedochází k rozpojování systému a tím se minimalizuje nebezpečí úniku sputa do prostoru a personál je tak chráněn před přenosem infekce. Tento způsob je šetrnější i pro pacienta, neboť odsávací cévka zůstává sterilně uložena v odsávacím systému a snižuje se tak riziko komplikací způsobených infekcí. (Kapounová, 2007, str. 225, 226)

Úkolem sestry v péči o pacienta s oxygenoterapií nebo UPV je sledovat pomocí monitoru fyziologické funkce – tlak, pulz, EKG křivku, SpO₂ a ET CO₂. Saturační hodnoty by neměly klesnout pod 95%. V případě, že dojde k poklesu pod hraniční hodnoty, je povinností sestry upozornit lékaře. Dále sestra věnuje pozornost barvě kůže a sliznic, charakteru a frekvenci dýchání, poloze ETK, poloze dítěte a celkovému stavu pacienta. (Sedlářová, 2008, str. 106; Kapounová, 2007, str. 215-221; Fendrychová, 2005, str. 253-255; Novák, 2008, str. 130).

3.8 Zajištění žilních vstupů

Pro odběr krve, aplikaci léků, podávání tekutin a parenterální výživy je potřeba zajistit přístup do žilního řečiště. Přístup lze zajistit několika způsoby. Periferním žilním katétrem do periferního žilního systému nebo centrálním žilním katétrem do centrálního žilního systému. Dalšími, méně často používanými způsoby je intraoseální přístup, intratracheální přístup, venózní port. (Kapounová, 2007, str. 73 – 77; Fendrychová, 2005, 243, 244; Novák, 2008, str. 90)

3.8.1 Periferní žilní vstup a péče o něj

Nezákladnějším přístupem do žilního systému je přístup zajištěný periferním žilním katétre (obrázek 3). Pro jeho zavedení jsou využívány žíly na horních končetinách (hřbet ruky nebo předloktí). U dětí do jednoho roku lze katétr zavést do periferní žíly na hlavě nebo nártu DK. Periferně zajištěný vstup slouží ke krátkodobému nebo dočasnému zajištění vstupu a nelze jej používat pro odběr krve nebo pro aplikaci parenterální výživy. Při zavádění PŽK je potřeba dodržovat aseptický přístup a provádět pravidelné převazy dle typu krytí. V případě, že dojde ke znečištění krytí, převaz je nutno provést ihned. Při manipulaci a rozpojení setu je zásadou vždy použít sterilní krytku a set pravidelně měnit dle standardu nemocnice, nejdéle však za 72 hodin. (Kapounová, 2007, str. 73 – 77; Fendrychová, 2005, 243, 244; Novák, 2008, str. 90)

3.8.2 Centrální žilní kanylace a péče o katétr

Centrální žilní kanylace (obrázek 4) je prováděna v případě, že je nutné zajistit žilní vstup na delší dobu, kdy je potřeba podávat parenterální výživu, koncentrované roztoky nebo chceme-li měřit centrální žilní tlak. Katétr je zaváděn do horní nebo dolní duté žíly skrze vena jugularis interna, vena subclavia, vena anonyma, vena axilaris nebo vena femoralis. Během kanylace může dojít k pneumothoraxu, hemothoraxu nebo krvácení. Tento výkon je náročný, zejména u malých dětí, proto kanylaci provádí zkušený lékař za přísně aseptických podmínek, aby nedošlo k zanesení infekce a následné sepsi. Po zavedení katétru se poloha katétru zkontroluje pod RTG pomocí nástřiku kontrastní látkou. Před zahájením výkonu sestra edukuje a napoložuje pacienta s ohledem na věk a zdravotní stav, na sterilní stůl připraví pomůcky potřebné k výkonu včetně sterilního empiru a rukavic pro lékaře, provede dezinfekci místa vpichu, během výkonu asistuje a podává lékaři instrumenty, po výkonu uklidí pomůcky a vše zapíše do ošetrovatelské dokumentace. Péči o centrální žilní katétr provádí všeobecná sestra za aseptických podmínek. Po odstranění krytí provede stěr z okolí místa vpichu, odezinfikuje vpich včetně fixačních stehů a okolí a poté opět sterilně zakryje. Převaz se provádí dle standardu oddělení a typu krytí. (Kapounová, 2007, str. 73 – 77; Fendrychová, 2005, 243, 244; Novák, 2008, str. 90)

3.9 Zajištění výživy

Nedílnou součástí péče o pacienta s poruchou vědomí je zajištění dostatečné výživy. Dobrý nutriční stav je důležitý k rychlému uzdravení a následné regeneraci organismu po vážném stavu. Špatný nutriční stav dítěte vede ke zpomalení procesu uzdravování a může vést ke vzniku komplikací. (Křížová, 2014, str. 17)

Podávaná výživa by měla obsahovat tři základní složky, v poměru 50–55% cukrů, 30-35% tuků a 15% bílkovin. Poměr těchto hlavních živin se přizpůsobuje věku a nutričnímu stavu dítěte. Proto je nezbytnou součástí ošetrovatelského týmu i nutriční terapeut. S ohledem na hloubku poruchy vědomí zajišťujeme podávání výživy formou enterální, parenterální nebo kombinací obou forem. (Fendrychová, 2005, str. 307)

3.9.1 Enterální výživa

Je způsob podávání výživy do trávicího traktu s cílem zajistit dostatečný příjem energie a zachovat funkce trávicího traktu - trávení a vstřebávání živin. Podávané směsi jsou připravovány farmaceuticky a obsahují všechny základní složky. Enterální výživa je indikována nejen pacientům s poruchou vědomí, ale také pacientům, u kterých došlo k poruše polykání z důvodu poleptání částí trávicího traktu při intoxikaci chemickou látkou. Enterální výživu lze podávat dvěma způsoby. Perorálně, kdy je pacientovi podávána tekutá, farmaceuticky připravená výživa s obsahem minerálů a vitamínů. Tento způsob přijímání výživy se označuje jako „sipping“ a je vhodný pouze pro pacienty s lehčí poruchou vědomí. U pacientů s hlubokou poruchou vědomí nebo u pacientů napojených na UPV podáváme výživu pomocí sondy. Sondy lze zavést skrz nos do žaludku (nasogastrická sonda). Tento způsob je pro tělo nejpřirozenější, protože je zachována funkce trávicího traktu. (Křemen, 2009, str. 45,46)

V případě, že je pacientovi indikována enterální výživa na déle než 6 týdnů a pacient má funkční gastrointestinální trakt, je provedena perkutánní endoskopická gastrostomie tzv. PEG (obrázek 5). Tím se rozumí zavedení sondy za pomoci gastroskopu do žaludku skrz dutinu břišní. Sondy lze zavést také do tenkého střeva (jejunální cesta). Tato sonda je oproti nasogastrické sondě užší

a kratší a lze do ní podávat výživu pouze kontinuálně pomocí enterální pumpy. (Fendrychová, 2005, str. 329,330)

3.9.2 Parenterální výživa

Parenterální způsob podávání je způsob podávání živin do cévního řečiště. Živiny lze podávat do centrálního nebo periferního vstupu. Centrální žilní vstup volíme tehdy, jestliže budeme podávat koncentrované roztoky s plnohodnotnou výživou po dobu delší než 10 dní. Do periferní kanyly podáváme roztoky k tomu určené po dobu maximálně 7-10 dnů. Parenterální způsob využíváme tehdy, není-li možné podávat výživu enterálně. (Křížová, 2014, str. 53)

3.10 Hygienická péče

Hygiena je součástí každodenního života každého z nás. Zanedbávána by proto neměla být ani během pobytu v nemocnici. Hygiena je důležitá nejen pro komfort nemocného, ale také pro snížení rizika vzniku infekce a následných komplikací. S ohledem na zdravotní stav dítěte sestra provádí kompletní hygienickou péči na lůžku. V rámci zapojení rodičů do ošetrovatelské péče je provádění hygieny nejzákladnější výkon, který mohou rodiče provádět, a proto je do této činnosti aktivně zapojujeme. (Fendrychová, 2005, str. 107)

3.10.1 Péče o kůži

Protože je dětská pokožka jemná a citlivá, při mytí používáme mýdla vhodná pro děti s nízkým obsahem pH. Po koupeli dítě namažeme hydratačním krémem a ukládáme do čistě převlečeného lůžka. Při odstraňování náplastí nebo elektrod používáme odstraňovač náplastí. Abychom zabránili vzniku dekubitů, je potřeba dítě každé 2-3 hodiny polohovat. Poloha by měla být pro dítě přirozená, pohodlná a bezpečná. K polohování využíváme polohovací válce, polštářky nebo měkké plyšové hračky. (Fendrychová, 2005, str. 108)

3.10.2 Péče o dutinu ústní

U intubovaného dítěte nebo dítěte, které nepřijímá stravu perorálně, nedochází k dostatečné tvorbě antibakteriálních enzymů ve slinách a dutina ústní ztrácí samočisticí schopnost. Proto je potřeba sliznici zvlhčovat, abychom jejímu vysychání zabránili a minimalizovali riziko množení bakterií a vzniku plísní. Dutinu ústní lze zvlhčovat speciálními vlhčenými štětičkami, vývarem z heřmánku nebo

k tomu určenými roztoky. Rty pravidelně promašťujeme balzámem na rty nebo Infadolanem. Péči věnujeme také změně polohy orotracheální kanyly, abychom zabránili vzniku dekubitu na sliznici. (Fendrychová, 2005, str. 109)

3.10.3 Péče o oči

U dětí, kde došlo ke ztrátě mrkacího reflexu, hrozí vyschnutí rohovky, které vede k nezvratnému poškození zraku. Abychom udrželi rohovku vlhkou, kapeme přes den do očí každé dvě hodiny oční kapky. Na noc aplikujeme mast, protože v očích déle vydrží. Aplikace masti do očí přes den se nedoporučuje, protože po určitou dobu zhoršuje vidění a to je pro dítě nekomfortní. Vlhkost rohovky lze udržovat také pomocí očních komůrek. (Fendrychová, 2005, str. 109)

3.10.4 Péče o dutinu nosní

Dutinu nosní udržujeme čistou a průchodnou pomocí odsávání. Vlhkost sliznic zajišťujeme pomocí vlhčených nebo mastných tyčinek. U pacientů s nasotracheální kanylou měníme polohu kanyly, abychom zabránili vzniku dekubitu. (Fendrychová, 2005, str. 109)

3.10.5 Péče o uši

V rámci mytí vytíráme uši štětičkou dle potřeby. V případě, že je u dítěte oxygenoterapie podávána kyslíkovými brýlemi, kontrolujeme, zda nedochází k otlakům za ušima. (Fendrychová, 2005, str. 109)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Poruchy vědomí jsou závažným stavem, u kterého je kromě jiného nutná zvýšená komplexní ošetrovatelská péče. Podle mého názoru blízcí nemocného dítěte nevědí, jak mají k dítěti přistupovat a zda a jak s ním mají komunikovat, protože mají pocit, že spí nebo nevnímá. Neví jak a co mají říkat. Pro rodiče je tato situace nesmírně náročná zejména psychicky. Při léčbě a komunikaci s pacientem s poruchou vědomí se osvědčily metody jako je bazální stimulace a zapojení rodiny a známých do ošetrovatelské péče, která má na dítě i rodinu velmi pozitivní vliv a rodiče mají pocit, že jsou pro své dítě potřební a že se mohou sami podílet na zlepšení jeho zdravotního stavu.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části mé bakalářské práce je seznámení se specifiky péče o dítě s poruchou vědomí na jednotce intenzivní péče.

4.1.1 Dílčí cíle

1. Určit ošetrovatelské diagnózy u dítěte s poruchou vědomí.
2. Vytvořit edukační leták o bazální stimulaci pro rodiče dětí s poruchou vědomí.
3. Zpracovat kazuistiku dítěte s poruchou vědomí.

4.2 Výzkumné otázky

1. Které ošetrovatelské diagnózy se objevují u dítěte s poruchou vědomí?
2. Jakým způsobem se mohou rodiče zapojit do ošetrovatelské péče?
3. Jak mohou rodiče zaměstnat dítě s poruchou vědomí?

4.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Bakalářskou práci jsem zpracovala formou kvalitativního výzkumu, kde byla použita obsahová analýza dokumentů a pozorování.

Kvalitativní výzkum probíhá za pomoci dlouhodobějšího a intenzivního kontaktu se skupinou, kde je výzkum prováděn. Výzkumník si na začátku výzkumu určí výzkumné otázky, které během sběru dat může upravovat. Během práce v terénu mohou vznikat nejen nové otázky, ale také hypotézy. Výzkumník během své práce v terénu pozoruje skupinu nebo jednotlivce, sbírá data a po provedení analýzy se rozhodne, která data potřebuje. Kvalitativní výzkum popisuje místo, kde výzkum probíhal a obsahuje citace z rozhovorů, které výzkumník dělal při práci v terénu. (Hendl, 2016, str. 46,47)

4.4 Metoda

Pomocí obsahové analýzy dokumentů jsem formou případové studie sledovala vývoj zdravotního stavu pacienta s poruchou vědomí.

4.5 Výběr případu

Pacienta jsem vybírala metodou záměrného výběru. Kritériem byla diagnóza porucha vědomí s různými příčinami vzniku. Pacient neměl být starší 15 let.

4.6 Způsob získávání informací

Informace do své bakalářské práce jsem získala od zdravotnického personálu, pozorováním pacienta, rodičů a ze zdravotnické dokumentace, která mi byla poskytnuta na základě žádosti o poskytnutí informací ve Fakultní nemocnici v Plzni, kterou mi schválila Mgr. Bc. Chabrová (příloha 2). Pozorování a péče o pacienty proběhla během mé odborné praxe v dubnu 2017.

4.7 Organizace výzkumu

Výzkum proběhl během mé odborné praxe na Dětské klinice, oddělení Jednotce intenzivní a resuscitační péče v dubnu 2017. Na základě žádosti mi bylo umožněno nahlížení do dokumentace, kde jsem mohla pozorovat vývoj zdravotního stavu pacienta. Z etického hlediska bylo pozorování rodičů v péči o dítě prováděno z povzdálí a dělala jsem si poznámky.

5 SEZNÁMENÍ S PŘÍPADEM

15-ti letý chlapec byl přijat na KARIM po dopravní nehodě jako spolujezdec na motocyklu. Motocykl narazil do osobního automobilu a pacient letěl 20 metrů vzduchem.

Pacient byl přijat na DK JIRP z KARIM, stabilizován, v intermitentním vegetativním neklidu se zavedenou tracheostomickou kanylou, přes den spontánně ventilující s podporou kyslíku a na noc napojený na UPV, s permanentním močovým katétrem, centrálním žilním katétrem a nasogastrickou sondou. Pacient je ležící s poruchou vědomí – GSC 5 bodů (1-1-3), nereaguje na oslovení. V sakrální oblasti má dekubit 3. stupně o velikosti 9x7 cm. Pacient nekoordinovaně hýbe pravou dolní končetinou, ostatní končetiny má plegické. Z KARIM předán dotazník bazální stimulace + vyplněná kvalita života, kde je popsán iniciační dotek – pravé rameno a oslovení jménem.

Osobní údaje:

Chlapec - 15 let

Žák základní školy

Osobní anamnéza:

Dítě z 1. fyziologické gravidity

Psychomotorický vývoj do autonehody fyziologický

Očkování dle OK

Prodělal běžné dětské nemoci

Do autonehody neprodělal žádné operace

Rodinná anamnéza:

Pacient je dva roky v pěstounské péči bratra otce

(Pěstounka): A.K. *1987, gravidní

(Pěstoun) : K.K. *1986

Matka: C.O., psychotické onem., t.č. hospitalizována v PN Dobřany

Otec: M.O., *1976, vrátný, lehčí nervová porucha

Sociální anamnéza:

Pacient bydlí s pěstouny a babičkou v rodinném domě, všichni nekuřáci, zvířata: kočka, pes, kůň, koza

Lékařské diagnózy:

Traumatický edém mozku

Kontuze plic

Perkutánní dilatační tracheostomie

Zavřená zlomenina lebeční spodiny

Intermitentní vegetativní neklid po kraniotraumatu

Povrchní poranění břicha

Zhmoždění dolní části zad a pánve

Dekubit 3. stupně 7x9cm v sakrální oblasti

Farmakoterapie:

I. V.: Ceftadizim, NaCl 10%, KCl 7,45%, Calcium gluconicum, Magnesium sulfuricum, Paracetamol, Propofol, Vankomycin, Benemycin

S. C.: Clexan

Do NGS: Egilok, Baclofen, Hylak forte, Kepra, Nootropil, Ibalgin, Sirdalud

Enterální výživa: Nutrison, vaky „ALL IN ONE“

Infuzní roztoky: Plasmalyte s 5% G

5.1 Průběh hospitalizace

Všichni pacienti hospitalizovaní na JIRP jsou uloženi na polohovacím lůžku odpovídající velikosti pacienta, vybaveném antidekubitní matrací. Pacienti jsou trvale připojeni pomocí EKG svodů na monitor. U pacienta sledujeme dýchání (pravidelnost, frekvenci), saturaci, krevní tlak, tělesnou teplotu, stav vědomí, bilanci tekutin a stav celistvosti kůže (operační rány, dekubity). U ventilovaných pacientů sledujeme ventilační hodnoty. Všechny sledované údaje zaznamenáváme do dokumentace a o případných změnách okamžitě informujeme lékaře. Při ošetřování pacientů dodržujeme bariérový ošetřovatelský režim a používáme osobní ochranné pracovní pomůcky. Pro bezpečnost pacienta zvedáme boční zábrany a jsme u pacienta trvale přítomni.

5.1.1 1. den hospitalizace

Pacient je v ranních hodinách přijat na JIRP dětské kliniky, překladem z KARIM, v intermitentním vegetativním neklidu se zavedenou tracheostomickou kanylou 25. den (3. den od výměny), nasogastrickou sondou 25. den (2. den od výměny), permanentní močovou cévkou s teplotním čidlem 25. den (5. den od výměny) a centrálním žilním katétre 25. den (2. den od výměny). Sestra okamžitě zajišťuje monitoraci fyziologických funkcí napojením na monitor a nastavuje kontinuální zobrazení EKG křivky, hodnoty saturace, pulzu a TT. Přítomný lékař nařizuje vedení záznamu á 2 hodiny, a proto sestra nastavuje měření TK ve stejném intervalu. Sestra si přebírá od sestry z KARIM ošetřovatelskou dokumentaci a zakládá pacientovi novou. Do nové dokumentace zapisuje aktuální naměřené hodnoty: TK 115/77, SpO₂ 96%, P 82, D 19, TT 36,7°C, váhu pacienta 60kg, výšku 175 cm, obvod trupu 85,5cm a pasu 74cm. Sestra hodnotí stav vědomí dle Glasgowské stupnice (příloha 1) na 5 bodů (1-1-3), riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (příloha 3) na 22 bodů (zvýšené riziko

vzniku dekubitů), schopnost základních všedních činností dle Barthela (příloha 4) s výsledkem 0, to znamená, že pacient je vysoce závislý na pomoci. Hodnotí také nutriční stav (příloha 5) – 8bodů (riziko malnutrice). Do dokumentace zapisuje také stav kůže a zapisuje stav dekubitu v sakrální oblasti (dekubitus 3. stupně, 9x7cm, krytý Mepilexem Border).

Lékař vyšetřuje pacienta aspekcí, palpací, perkusí a auskultací. Napojení na UPV vzhledem k dostatečné saturaci nenařizuje. Ordinuje pokračování v podávání enterální výživy, infúzních roztoků a léků tak, jak bylo podáváno na KARIM.

Sestra dle ordinace lékaře odebírá krev z CŽK na ABR, biochemii, koagulaci, krevní obraz, natáčí EKG a odebírá stěr z dekubitu, který posílá na mikrobiologii. Výsledek mikrobiologie ukazuje normální nález. Pacient je ležící, s minimální pohybovou aktivitou. Objevují se pouze nekoordinované pohyby pravé horní končetiny. Pacient nevnímá, reaguje pouze nespecificky na algický podnět. Občas něco vykřikne, není to ale slovo, spíše zvuk. U pacienta byl na KARIM vyplněn dotazník bazální stimulace a jako iniciační dotek bylo popsáno pravé rameno a oslovení křestním jménem. Proto jakoukoliv komunikaci a manipulaci zahájíme dotekem pravého ramena a oslovením.

Sestra celý den dle potřeby pacienta odsává z dolních dýchacích cest pomocí uzavřeného způsobu („Trach care“). Pacient při odsávání kašle a saturace neklesá pod 96%. Každé dvě hodiny sestra pacienta polohuje a zapisuje do příslušného formuláře. Sestra sleduje bilanci tekutin a tu zaznamenává do bilančního listu.

5.1.2 2. den hospitalizace

Pacient je v noci napojen na UPV v zástupovém režimu. Saturace je v rozmezí 98-100%, pacient je neklidný, po půl hodině se budí. Dle ordinace lékaře sestra podává Apaurin 10 mg i.v., ten ale na pacienta nemá vliv a neklid pokračuje. Pacientovi vyhovuje přítomnost sestry u lůžka, chce držet za ruku.

Ráno sestra provádí celkovou hygienu na lůžku, pacient nespolupracuje, sestra v rámci bazální stimulace využívá k mytí froté ponožky a pacientův sprchový gel. Během hygieny provádí asepticky převaz dekubitu Prontosanem

a Mepilexem Border. Dezinfikuje okolí tracheostomické kanyly a provádí aseptický převaz kanyly a centrálního žilního katétru. Z nasogastrické sondy odsává 0 ml zbytků.

Pacient přes den spontánně ventiluje, saturace 96%, je afebrilní, normotenzní, je stále vyživován kontinuálně. Diuréza je spontánní, s nutností malé podpory Furosemidu 10mg jednorázově, stolice je 3x denně kašovitá. Dle ordinace lékaře sestra odebírá stolicí a odesílá ji na mikrobiologii.

Dopoledne probíhá neurochirurgické konzilium, pacient je odeslán na CT mozku, pro kontrolu otoku. Vyšetření pacient snáší dobře, je oběhově stabilní. Výsledek CT ukazuje na zmenšení otoku.

Odpoledne přichází na návštěvu babička s pěstouny. Sestra rodinu edukuje o nutnosti zavírání postranic lůžka. Babička jeví zájem o koupel pacienta. Protože je to pro babičku první koupání na lůžku, sestra jí plně asistuje a ukazuje jí, jak postupovat.

5.1.3 3.-7. den hospitalizace

U pacienta přetrvává noční neklid, a proto je 3. den přizváno psychiatrické konzilium. Psychiatřička neshledává u pacienta větší problém a farmakoterapii neordinuje. Následné dvě noci se pacientův neklid zhoršuje. Sestry opakovaně na tento stav upozorňují. Lékař proto znovu žádá psychiatrické konzilium. Konzilium se opakuje a psychiatr po vyšetření pacienta předepisuje Fevarin 25 mg p.o., který sestra podává do nasogastrické sondy na noc.

Za pacientem každý den v dopoledních i odpoledních hodinách dochází rehabilitační sestra a provádí pasivní fyzickou a dechovou rehabilitaci. Pacient si občas sám odkašle a sestra odsává jen minimální množství sputa. Sestra vzorek sputa odebírá a odesílá na mikrobiologické vyšetření. Dopoledne přichází i babička a pod dozorem sestry provádí hygienu.

5.1.4 8. den hospitalizace

Pacient spí po Fevarinu klidněji, budí se dvakrát až třikrát za noc. Stav vědomí se zlepšuje, dle Glasgowské stupnice 7 bodů (3-1-3). Komunikace s pacientem je založena na mrkání. Jedno mrknutí znamená ano, dvě mrknutí znamenají ne. Pacient takto dokáže odpovědět na otázky typu: „Máš bolesti“?

„Není ti zima“? „Potřebuješ odsát?“ Pacient začíná sledovat, kdo na něj mluví, otáčí se za hlasem a fixuje očima. Objevuje se motorický neklid PHK.

Odpoledne na návštěvu přichází pěstouni i babička. Z babičky nemůže spustit oči. Sestra rodině doporučuje, aby přinesli z domova fotky rodiny a pacientovu voňavku, aby mohli provádět optickou a čichovou bazální stimulaci. Sestra seznamuje rodinu s konceptem bazální stimulace.

5.1.5 10. den hospitalizace

Pacient spí celou noc klidně, nebudí se, je připojen na UPV v zástupovém režimu. Je oběhově stabilní, ale objevila se zvýšená teplota 37,6°C. Byl podán Paracetamol 100 mg i.v. Od podání medikace ke zvýšení teploty nedochází.

Při ranní hygieně je proveden převaz dekubitu Prontosanem a Mepilexem Ag. Dekubit je granulující, velikost 8x6cm. I přesto, že je pacient pravidelně polohován, je z důvodu častých kašovitých stolic jeho hojení komplikováno.

Pacient provádí PDK cílené pohyby, baví ho vykopávat polštářky a plyšáky z postele. Neklid u PHK přetrvává, ale dokáže uchopit hrazdičku a pokouší se přitáhnout.

5.1.6 12. den hospitalizace

Stav vědomí je u pacienta dle Glasgowské stupnice 12 (lehká porucha vědomí). Pacient kroutí hlavou, když nesouhlasí a mrká očima, pokud souhlasí. Objevují se cílené pohyby pravou rukou, sahá si na TSK a obvaz na hlavě. Pokouší se o psaní písmen, která mu ale moc nejdou, a tak je našťvaný (zahazuje tužku).

Dopoledne přichází babička, aby pacienta vykoupala. Vše zvládá sama, sestra na ni pouze dohlíží.

Lékař sestram dovoluje, aby zahájili orální stimulaci a tak mu je podáván čaj na lžičce, který bez potíží polyká. Odpoledne na návštěvu přichází strýc, který mu přináší fotky rodiny. Z návštěvy strýce má obrovskou radost, poprvé se usmívá. Se strýcem si prohlíží fotky a pacient začíná artikulovat první slova: „máma“, „babi“.

5.1.7 14. den hospitalizace

Při ranní hygieně v rámci orální stimulace sestra zkouší pacientovi vyčistit zuby pouze čistým kartáčkem. Pacient ochotně otevírá ústa a vyžaduje pastu (říká „pasta“). Při hygieně se pacient dokáže chytit hrazdičky a nadzvednout pánev. U levé ruky se objevují patrné pohyby prstů, levá noha však zůstává stále plegická. Přestože je pacient krmen enterálně, sestra zkouší dát pacientovi napít z hrnečku pomocí brčka, to je ale bez úspěchu. V odpoledních hodinách si pacient pravou rukou vytahuje trachestomickou kanylu, kterou mu lékař zavádí okamžitě zpět.

5.1.8 16. den hospitalizace

Pacient se probouzí se špatnou náladou, nechce spolupracovat při ranní hygieně, kope pravou nohou, chytá sestru za ruku, štípe ji. Nálada se mu trochu zlepšila, když lékař dovolil, aby dostal poprvé od úrazu k snídani přesnídávku. Protože per orální příjem nedělá pacientovi potíže, lékař nařizuje extrakci zavedené nasogastrické sondy. Pacient dostává kašovitou stravu po celý den.

Odpoledne je pacient neklidný, vyhazuje z postele, na co dosáhne, sahá si na TSK, ČŽK, obvaz na hlavě a stále si strká ruku do plenkových kalhot. Aby si pacient močový katétr nevytáhl, lékař preventivně nařizuje sestře jeho odstranění. Pacientovi je pravidelně nabízena močová lahev, kterou ale odmítá a močí do plen. Odpoledne si pacient sám vytahuje tracheostomickou kanylu. Po dohodě s lékařem není kanyla zavedena zpátky a pacientovi je tracheostomická kanyla vyjmuta.

5.1.9 17. den hospitalizace

První noc bez napojení na UPV proběhla bez potíží, pacient spontánně dýchal 18-20 dechů/minutu a saturace se pohybovala v rozmezí 95-98%, byl oběhově stabilní.

Následující den přichází za pacientem nutriční terapeutka a vybírá s pacientem stravu, kterou má rád (dieta výběr).

Dopoledne probíhá s pacientem pravidelná rehabilitace. Pacient je na rehabilitační sestru agresivní, dává ji facku, odmítá spolupracovat. Rehabilitační sestra proto provádí jen nezbytné cviky a domlouvá se na odpolední

rehabilitaci. Odpoledne spolupracuje lépe, rehabilitační sestra zahájila aktivní rehabilitaci.

5.1.10 18. den hospitalizace

Ráno sestra hodnotí vědomí pacienta dle Glasgowské stupnice plnými počty bodů (15). Riziko vzniku dekubitů 22 body, riziko pádu 3 body, Barthelův test základních všedních dovedností 15 body, nutriční stav odpovídá 9 bodům. Sestra odebírá krev z CŽK na mikrobiologické vyšetření. Pacient je schopen verbální odpovědi „ano“/„ne“, k snídani dostává nakrájený banán, ten si dokáže napíchnout na vidličku a strčit do pusy. Pacient má dobrou náladu, spolupracuje s rehabilitační terapeutkou, hází si s ní míčkem, směje se, snaží se mluvit. Začíná provádět cílené pohyby levou nohou. Na návštěvu za pacientem přichází nemocniční klauni. Na ty reaguje velice pozitivně, směje se.

S ohledem na dostatečný perorální příjem stravy i tekutin lékař nařizuje, aby sestra extrahovala zavedený centrální žilní katétr.

5.1.11 20. den hospitalizace

Pacient spal v noci neklidně, každou hodinu se budil. Při ranní hygieně s babičkou si sám čistí zuby a začíná hovořit krátkými větami. Dopoledne kouká v televizi na fotbal a pije sám z hrnečku. Pacientovi je pravidelně nabízená močová lahev, tu ale odmítá. S rehabilitační sestrou se poprvé posazuje na postel se svěšenými nohami. Protože má špatnou stabilitu, je opřen o polštář. Objevují se občasné pohyby LDK.

Odpoledne přichází na návštěvu pěstouni a pacient je v dobré náladě. Hází si s nimi míčkem, pouští si video na internetu.

5.1.12 22. den hospitalizace

Přestože spal pacient celou noc klidně, ráno se probouzí se špatnou náladou. Je vůči sestram agresivní. Dává jim facky, kope, štípe, vykřikuje vulgární výrazy. Říká věty: „Nech mě“. „Nesahej na mě“ i když se ho nikdo nedotýká. Pacientovi vyhovuje, když se ho nikdo nevšímá. Tento stav trvá celý den a nepomohla ani návštěva babičky.

5.1.13 25. den hospitalizace

Pacient je stále inkontinentní, když mu sestra nabízí močovou lahev, říká, že chce „čůrat do plen jako mimino“. Vysazování na místo striktně odmítá. Při hygieně odmítá promazání krémem, protože „to prý dělají jen ženské“. Stolice je díky pevné stravě formovaná 2x denně. Že má potřebu na stolicí, si ale neřekne.

Odpoledne přichází na návštěvu pacientova přítelkyně a za její přítomnosti probíhá rehabilitace. Pacient se poprvé staví nohy, opírá se o přítelkyni a za její pomoci udělá dva kroky ke křeslu, kam je posazen. V křesle vydrží pět minut a chce zpátky do postele. V rámci canis terapie přichází za pacientem terapeutka se psem, toho si pacient hladí, ale není z něj nijak nadšený.

5.1.14 27. den hospitalizace

Nálada pacienta je převážně pozitivní, přesto při komunikaci používá vulgarismy. Pacient si povídá s imaginární osobou, která údajně leží na zemi. Je stále inkontinentní, že chce močit, si řekne těsně po tom, co se pomočil. V křesle vydrží sedět i hodinu. Se sestrami hraje dětské hry (pexeso, člověče nezlob se, karty). Protože je jeho oblíbeným předmětem matematika, dává sestrám matematické úkoly.

5.1.15 29. den hospitalizace

Pacient je překládán zdravotnickou službou do Jánských lázní. S cestou je seznámen, těší se na kamarády a na cvičení. Stav pacientova vědomí dle Glasgowské stupnice sestra hodnotí plným počtem bodů (15), riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 25 body, riziko pádu 2 body, Bartehlův test základních všedních dovedností 25 body, nutriční stav 9 body.

5.2 Ošetrovatelský proces

Pro zpracování ošetrovatelského procesu jsem zvolila ošetrovatelský model Viriginie Henderson. Informace jsem získávala pozorováním, komunikací s pacientem a z dokumentace. Plán byl sestavován na jednotce intenzivní a resuscitační péče během mé odborné praxe po dobu 14 dnů.

5.2.1 Dýchání

Subjektivně: Pacient neudává potíže s dýcháním.

Objektivně: Pacient je zpočátku hospitalizace na noc připojován na UPV. Od 16. dne spontánně ventiluje i přes noc. Saturace se pohybuje v rozmezí 96-98% SpO₂.

5.2.2 Výživa, hydratace

Subjektivně: Pacient od 12. dne hospitalizace přijímá stravu per orálně, neudává žádné problémy, chuť k jídlu má, snaží se jíst sám. Nemá pocit žízně, pití se mu musí nabízet.

Objektivně: Pacient do 11. dne vyživován pomocí nasogastrické sondy, od 12. dne příjem perorální. Pacientovi je předepsána nutriční terapeutkou dieta výběr, pacient upřednostňuje sladké. Kůže je hydratovaná, kožní turgor normální.

5.2.3 Vylučování

Subjektivně: Pacient nedokáže poznat, že potřebuje močit nebo na stolicí.

Objektivně: Pacient je inkontinentní močí i stolicí. Že chce močit, si řekne, až když je pomočený. Spotřebuje pět plen denně. Stolice je pravidelná, formovaná.

5.2.4 Pohyb

Subjektivně: Pacient říká, že ho cvičení baví, těší se, až bude chodit.

Objektivně: Pacient je upoutaný na lůžko, pravou rukou a nohou provádí cílené pohyby, levá ruka a noha jsou spíše plegické. Pacient pravidelně rehabilituje. Od 18. dne se objevují cílené pohyby levé DK, 25. den se pacient poprvé staví na nohy.

5.2.5 Spánek a odpočinek

Subjektivně: Pacient se ráno cítí odpočinutý, přes den občas udává únavu.

Objektivně: Pacient zpočátku spal v noci neklidně, ale s postupem času a pomocí medikace se spánek zlepšil. Občas se vzbudí, ale pak zase usne.

5.2.6 Oblékání

Subjektivně: Pacient odmítá kalhoty a ponožky, chce jen tričko.

Objektivně: Pacient je oblečený do trička a plenkových kalhot. Je přikrytý kapnou. Klasickou peřinu pacient nechce.

5.2.7 Regulace tělesné teploty

Subjektivně: Když je pacientovi teplo, sám se odkryje.

Objektivně: Pacientovi je pravidelně měřená teplota. V místnosti je udržována přiměřená teplota a pravidelně se větrá.

5.2.8 Hygiena

Subjektivně: Pacient je nesoběstačný, umyje si pouze ruce. Nechce mazat kůži hydratačním krémem. Z rodiny se chce mýt jen s babičkou.

Objektivně: Hygiena je u pacienta prováděna každý den, provádí ji sestra nebo babička.

5.2.9 Ochrana před nebezpečím

Subjektivně: Pacient nevyjadřuje obavy.

Objektivně: Pacient leží na lůžku se zábranami a sestra je přítomna v jeho blízkosti. Při rehabilitaci má vždy oporu. Návštěvy jsou edukovány o nutnosti zábrany lůžka zavírat.

5.2.10 Komunikace, kontakt

Subjektivně: Pacient rád komunikuje. Na návštěvy se vždy těší.

Objektivně: Zpočátku probíhala komunikace očima a kýváním hlavou, později začal pacient komunikovat verbálně.

5.2.11 Víra

Subjektivně: Pacient věří, že se naučí znovu chodit a bude moci dělat věci jako před úrazem.

Objektivně: Rodina nevyznává žádné náboženství.

5.2.12 Práce

Subjektivně: S ohledem na věk dítěte nehodnoceno

Objektivně: S ohledem na věk dítěte nehodnoceno.

5.2.13 Zájmy

Subjektivně: Pacienta baví házení si s míčkem, sledování filmů a videí na internetu. Je rád, když za ním na návštěvu přijde rodina a zdravotní klaun.

Objektivně: Pacient vnímá dění kolem sebe, sleduje filmy, dává sestrám matematické příklady a hraje s nimi hry.

5.2.14 Učení

Subjektivně: Pacient rád počítá.

Objektivně: Pacient se s po navrácení vědomí učí artikulovat, mluvit a ovládat pohyby celého těla.

5.3 Edukační plán 1

Účel: Edukace rodiny o konceptu bazální stimulace.

Cíl: Rodina bude znát koncept bazální stimulace, dokáže ho aplikovat.

Pomůcky: video, kniha, sladký čaj.

Výukové metody: rozhovor, názorná ukázka.

1. specifický cíl – kognitivní: Rodina chápe, jak funguje bazální stimulace, bude ji chtít sama provádět.

Hlavní bod plánu: Seznámím rodinu s konceptem bazální stimulace, vysvětlím, proč je pro pacienta důležitá, jakým způsobem ji lze provádět.

Časová dotace: 5 minut.

Hodnocení: Rodina pochopila, co je to bazální stimulace, dokáže vyjmenovat, jakými způsoby bazální stimulaci provádět.

2. specifický cíl – afektivní: Rodina je přesvědčena o pozitivním vlivu bazální stimulace na zdravotní stav pacienta.

Hlavní body zájmu: Rodina dokáže vyjmenovat, na co má bazální stimulace vliv.

Časová dotace: 5 minut.

Hodnocení: Rodina zná vliv bazální stimulace na vývoj zdravotního stavu pacienta, ptá se na otázky.

3. specifický cíl – psychomotorický: Rodina provádí bazální stimulaci za pomoci pomůcek.

Hlavní body zájmu: Názorná ukázka, jakými způsoby a jak bazální stimulaci provádět.

Časová dotace: 10 minut.

Hodnocení: Rodina dokáže provádět bazální stimulaci pod dozorem sestry.

5.4 Edukační plán 2

Účel: Edukace rodiny a zajištění bezpečnosti pacienta, aby nedošlo k jeho pádu.

Cíl: Rodina bude vědět jak se chovat a co dělat, aby nedošlo k pádu pacienta.

Pomůcky: Lůžko, křeslo.

Výukové metody: Rozhovor, názorná ukázka.

1. specifický cíl – kognitivní: Rodina ví, na co si dávat pozor, aby nedošlo u pacienta k pádu, rozumí rizikům spojených s pádem.

Hlavní body zájmu: Seznámení rodiny s nutností zavírat postranice lůžka nebo s nutností neustálé přítomnosti u pacienta v případě, že postranice nejsou zvednuté.

Časová dotace: 5 minut

Hodnocení: Rodina dokáže vyjmenovat, jak se chovat, aby pacientovi nehrozil pád.

2. specifický cíl – afektivní: Rodina chce zabránit pádu pacienta.

Hlavní body zájmu: Seznámím rodinu s riziky pádu a následky, jaké mohou pro pacienta mít.

Časová dotace: 5 minut.

Hodnocení: Rodina chápe rizika spojená s pádem.

3. specifický cíl – psychomotorický: Rodina nebude opouštět lůžko, nebudou-li zvednuté postranice.

Hlavní body zájmu: Rodina zvedne postranice nebo zavolá sestru v případě, že bude chtít od pacienta odejít.

Časová dotace: 5 minut.

Hodnocení: Rodina neodchází od pacientova lůžka bez zvednutých postranic.

5.5 Ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy jsem sestavovala pomocí knih NANDA International: Ošetřovatelské diagnózy 2015-2017. (Herdman, 2015)

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00108 Deficit sebepěče při koupání

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost

00051 Zhoršená verbální komunikace

00095 Nespavost

00046 Narušená integrita kůže

Potencionální – rizikové ošetřovatelské diagnózy:

00155 Riziko pádů

0004 Riziko infekce

0108 Deficit sebepěče při koupání z důvodu nedostatečné hybnosti končetin.

Projevy subjektivně:

Pacient neadekvátně vnímá části těla.

Projevy objektivně:

Pacient není schopen dojít do koupelny.

Pacient není schopen umýt si jednotlivé části těla.

Pacient není schopen se osušit.

Očekávané výsledky:

Pacient dokáže spolupracovat a provádět hygienu v rámci svých možností do 10 dnů.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti pomůcky k provádění hygieny.

Zajisti soukromí pacienta.

Podporuj pacienta při nácviku provádění hygieny.

Používej motorickou instrukci.

Vyzvi pacienta ke spolupráci, řekni mu, co má dělat.

Buď trpělivá, dej pacientovi dostatek času.

Využívej metody bazální stimulace.

Oceň pacienta za snahu.

Zapoj do péče rodinu.

Poskytni rodině edukaci.

Proveď záznam do dokumentace.

Hodnocení:

Pacient při hygieně spolupracuje změnou polohy těla, snaží se umýt si ruce.

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost z důvodu imobilizace spojené s poruchou vědomí.

Projevy subjektivně:

Pacient verbalizuje dyskomfort v dané poloze.

Projevy objektivně:

Pacient provádí nekoordinované pohyby.

Pacient je nestabilní při posazení na lůžku.

Pacientovi dělá potíže měnit polohy.

Očekávané výsledky:

Pacient sám dokáže změnit polohu.

Pacient bude využívat pomůcky ke změně polohy.

Ošetrovatelské intervence:

Poskytni pacientovi pomůcky.

Edukuj pacienta o používání pomůcek.

Vyzvi pacienta k aktivitě.

Pečuj o kůži pacienta.

Zhodnocení:

Pacient se dokáže pomocí hrazdičky nadzvednout a měnit polohu z boku na bok.

00051 Zhoršená verbální komunikace jako následek poranění mozku spojená s poruchou vědomí.

Projevy subjektivně:

Pacient kope nohou, když mu nejde se vyjádřit.

Projevy objektivně:

Snížená výslovnost.

Nesrozumitelné výrazy.

Neschopnost verbálně vyslovit myšlenky.

Očekávané výsledky:

Pacient dokáže sdělit své potřeby s minimálními potížemi.

Ošetrovatelské intervence:

Mluv zřetelně a pomalu.

Vybízej pacienta, aby se verbálně projevoval.

Vyzvi rodinu k častým návštěvám.

Cvič s pacientem podle instrukcí logopedky.

Používej obrázkové karty, písmena, papír a tužku.

Zhodnocení:

Pacient mluví v krátkých větách, občas si nevzpomene na slovo.

00095 Nespavost z důvodu nedostatečné fyzické aktivity spojené s upoutáním na lůžko.

Projevy subjektivně:

Pacientovi trvá minimálně hodinu, než usne.

Projevy objektivně:

Pacient se v noci často budí.

Pacient vstává v brzkých ranních hodinách.

Přes den je pacient spavý.

Očekávané výsledky:

Pacient usne do 30 minut, v noci se nebude budit.

Ošetrovatelské intervence:

Informuj o těchto potížích lékaře.

Zaveď spánkové rituály.

Prováděj s pacientem přes den aktivity vhodné k jeho stavu.

Eliminuj rušivé podněty při spánku.

Zajisti vhodné podmínky ke spánku.

Zajisti vhodnou polohu.

Podej medikaci 30 minut před spaním.

Zhodnocení:

Pacient usíná do jedné hodiny od uložení ke spánku, v noci se budí méně, hned zase usne.

00046 Narušená integrita kůže způsobená dlouhodobým pobytem na lůžku.

Projevy subjektivně:

Pacient neudává bolest, pálení ani svědění.

Projevy objektivně:

Dekubit 3. stupně v sakrální oblasti.

Očekávané výsledky:

U pacienta dojde k zahojení dekubitu a nedojde ke vzniku dalších dekubitů.

Ošetrovatelské intervence:

Pacienta polohuj každé 2 hodiny a zaznamenej do dokumentace.

Predilekční místa ošetřuj ochranným krémem.

Používej prodyšné materiály.

Udržuj kůži pacienta v suchu.

Ošetřuj dekubit vhodnými prostředky.

Zachovávej aseptický postup při ošetřování dekubitu.

Zajisti antidekubitární matraci a pomůcky.

Vše zaznamenávej do ošetřovatelské dokumentace.

Zhodnocení:

U pacienta nedošlo ke vzniku dalších dekubitů, dekubit v sakrální oblasti se zmenšil.

00155 Riziko pádů z důvodu imobility.

Očekávané výsledky:

U pacienta nedojde během hospitalizace k pádu.

Ošetřovatelské intervence:

Zavírej postranice lůžka.

Edukuj rodinu o zavírání postranic.

Zajisti dohled na pacienta v případě tvé nepřítomnosti.

Zabrzdi kolečka u lůžka.

Umísti ceduli „Riziko pádu“ na viditelné místo na lůžku.

Zhodnocení:

U pacienta nedošlo během k hospitalizace k pádu, rodina byla edukována o zavírání postranic lůžka.

0004 Riziko infekce spojené s invazivními vstupy.

Očekávané výsledky:

U pacienta nedojde ke vzniku infekce.

Ošetřovatelské intervence:

Denně asepticky pečuj o invazivní vstupy, zapisuj do dokumentace.

Edukuj rodinu o hygieně před kontaktem s pacientem.

Užívej ochranné pomůcky.

Minimalizuj riziko přenosu nozokomiálních nákaz.

Pacientovi pravidelně měř tělesnou teplotu.

Zhodnocení:

U pacienta se neobjevila infekce po celou dobu hospitalizace.

DISKUZE

Ve své práci jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči o dětského pacienta s poruchou vědomí. Přestože témat zabývajícími se vědomím a jeho poruchami je mnoho, není žádné zaměřené na děti. Během pročitání bakalářských prací a literatury jsem však zjistila, že rozdíl mezi péčí o dítě a dospělého není tak velký, jak jsem si myslela. Cíl péče je vždy stejný, vrátit stav vědomí na takovou úroveň, na jaké bylo před postižením. Za svou dobu strávenou v nemocnici během praxe jsem si uvědomila, že lidé se zajímají převážně o stav fyzický. My ale nesmíme zapomínat ani na stránku psychickou. O té se ve své bakalářské práci na téma „Hodnocení a saturace potřeb u nemocných s poruchou vědomí“ z roku 2008 zmiňuje autorka Cenigová. Uvádí, že nejobtížnější upokojení potřeb vidí její respondenti v 54,9% v oblasti psychické. U mého pacienta bylo obtížné jeho psychické potřeby uspokojit, protože byl zmatený a dezorientovaný. Na způsoby, jak uspokojit pacientovi psychické potřeby se personál domlouval s rodinou, zjišťoval, co pacient má rád, co ho uklidňuje. Zjištěné informace pak aplikoval v praxi. Pacient byl také v pravidelném kontaktu s psychologem, který mu pomáhal přijmout situaci, v jaké se pacient nachází.

Uvědomuji si, že každý pacient je individuální osobnost a proto bychom měli mít ke každému pacientovi individuální přístup. K tomu, abychom mohli správně a efektivně poskytovat ošetrovatelskou a rehabilitační péči, je nutné správně určit potřeby pacienta. U pacientů, kteří mají poruchu vědomí, se potřeby určují hůře, neboť nespolupracují. Uspokojování potřeb tak může probíhat formou pokus/omyl. Zjistila jsem ale, že čím déle o takového pacienta pečuji, tím lépe poznám, když mu něco vyhovuje nebo ne. Například můj pacient, když se mu zpočátku něco nelíbilo, nepatrně křečovitě ohýbal prsty pravé ruky, později už ale viditelně kopal nohou. Problematikou ošetrovatelské péče se ve své bakalářské práci na téma „Specifika dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče u pacienta s poruchou vědomí“ zabývala autorka Sklenářová v roce 2013. Dotazníkovým šetřením chtěla zjistit, co respondenti považují za důležité při ošetřování pacienta s poruchou vědomí. Největší počet respondentů uváděl kvalitu péče (97,53%) a potřeby nemocných (95,06%). Ukázalo se, že bez kvalitní péče a bez správně určených potřeb pacienta nelze poskytovat plnohodnotnou péči. Součástí kvalitně

poskytované péče je podle 65,43% respondentů odborné vzdělání personálu. Podle mého názoru je vzdělání ošetřujícího personálu důležité, protože nedostatečně vzdělaný pracovník nemůže poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Pouze 8,64% respondentů autorky Sklenářové si myslí, že je důležitá dobře vedená dokumentace. Já si však myslím, že vedení dokumentace u pacientů s poruchou vědomí by mělo být velmi detailní, zejména v oblastech projevů pacienta, jeho pokroků, eventuálně neúspěchů, od čehož se odvíjí i ošetrovatelské diagnózy, které je v tomto případě nutno přehodnotit. Při určování ošetrovatelských diagnóz se shoduji s autorkou Sklenářovou a to v diagnózách 00108 Deficit sebezpečí při koupání, 00051 Zhoršená verbální komunikace, 00095 Nespavost, 00046 Narušená integrita kůže. Z toho vyplývá, že u dětských i dospělých pacientů s poruchou vědomí jsou potřeby vesměs stejné, nebo velmi podobné. Je ale škoda, že respondenti odpovídali příliš obecně a není tak jasné, co konkrétně považují v péči o pacienta s poruchou vědomí za nejdůležitější.

Přesvědčila jsem se, že schopnost sestry zhodnotit stav vědomí je nezbytnou součástí její práce na jednotce intenzivní péče a byla jsem svědkem toho, že to každá sestra umí. S autorkou bakalářské práce Nečasovou na téma „Hodnocení stavu vědomí pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče“ z roku 2014 souhlasím s důležitostí hodnocení stavu vědomí. Ta dělala výzkum ve dvou nemocnicích v Brně, kde více než 86% respondentů uvedlo hodnocení stavu vědomí jako nezbytné. I já jsem stejného názoru, protože při péči o pacienta jsem viděla, že stav vědomí se u pacienta mění velice rychle. Domnívám se, že je správné, že hodnocení stavu vědomí je automatickou součástí hodnocení stavu pacienta. V téměř polovině případů se stejně jako na oddělení, kde jsem výzkum prováděla, hodnotí vědomí podle Glasgowské stupnice. Při hodnocení stavu vědomí pomocí GCS stupnice je ale potřeba brát ohled na to, že je to hodnocení subjektivní a je třeba si uvědomit, že každý z nás může pacienta vidět jinak a proto je vhodné, své výsledky konzultovat s druhou osobou.

Jak bylo již v mé bakalářské práci uvedeno, zapojení rodin do péče a bazální stimulace má pozitivní a nezastupitelný význam nejen pro pacienta, ale i pro rodinu samotnou. Zapojení rodiny do péče a bazální stimulace je pro ošetřující personál velkou pomocí a pro rodinu i pacienta motivující. Za mým pacientem docházeli na návštěvu babička s pěstounem, méně často pak

pěstounka a jednou přišla na návštěvu i pacientova přítelkyně. Nebližší vztah měl pacient s babičkou, která se naučila provádět u pacienta hygienu a jako první byla seznámena s konceptem bazální stimulace. Babička se tak stala součástí týmu a její přítomnost tak uvítal nejen pacient, ale i sestry. Výzkum o bazální stimulaci prováděla ve své diplomové práci na téma „Koncept bazální stimulace z pohledu sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačních odděleních“ v roce 2016 autorka Kycltová. Zjišťovala, zda zdravotnický personál využívá prvky bazální stimulace v ošetrovatelské péči o pacienta. Zjistila, že bazální stimulaci provádějí, vždy s ohledem na aktuální stav pacienta a podle jejich pracovních možností. Při své praxi jsem byla svědkem, že ne vždy má sestra čas věnovat tolik času bazální stimulaci, než kolik by pacient potřeboval. Proto je pro pacienta velmi přínosné, pokud má rodina zájem a možnost se na péči a bazální stimulaci podílet. Edukace rodiny by měla být prováděna s ohledem na momentální zdravotní stav pacienta. Dojde-li ke změně stavu úrovně vědomí, je třeba se zaměřit na edukaci v aktuální oblasti.

Po celou dobu hospitalizace bylo na rodině vidět, že se snaží být pro pacienta oporou. Situace pro ně však byla tak náročná, že absolvovali několik sezení s psychoterapeutem, který jim pomáhal celou situaci zvládnout. Nejtěžší pro rodinu byly dny, kdy byl pacient agresivní. To bylo na rodině vidět, že přestávají věřit v dobrý konec. Pak ale byly dny, kdy byl pacient veselý a rodina tak opět získala trochu optimismu. Velkým otazníkem celé hospitalizace ale bylo, kam umístit pacienta, až nebude vyžadovat intenzivní péči. Rodina si ho domu vzít nemohla, protože pacient nebyl chodící, byl inkontinentní a vyžadoval 24 hodinovou péči, kterou mu rodina poskytnout nemohla. Babička se na takovou péči necítila a pěstounka měla těsně před porodem. Řešení bylo přemístit pacienta do lázní, kde se měl naučit chodit, ovládat svěrače a být schopen pobytu doma bez závislosti na druhé osobě.

Pacienta jsem potkala po půl roce od propuštění ve FN Plzeň. Byl v doprovodu pěstouna, chodil sám, bez jakékoliv podpěry a vypadal velmi spokojeně. Mě nepoznal, ale to mě ani trochu nemrzelo. Byla jsem ráda, že vidím, jak velký pokrok za půl roku udělal.

ZÁVĚR

U dětí s poruchou vědomí je důležité, aby ošetrovatelský personál co nejvíce psychicky podpořil rodinu a komunikoval s ní po celou dobu hospitalizace, protože psychický stav rodiny má vliv na psychický stav dítěte. Dále je nutné, aby ošetrovatelský personál trpělivě odpovídal na jejich otázky a opakovaně rodinu edukoval, neboť tato situace je pro ně psychicky náročná. V personálu rodina hledá oporu, která nesmí být odmítnuta. Komunikace s rodinou je náročná i pro sestru, protože rodiče chtějí slyšet, že všechno dobře dopadne. I když mnohdy sestra ví, že prognóza není zrovna příznivá, nesmí být podpora rodiny tímto faktem ovlivněná.

Svou bakalářskou práci jsem vypracovala formou případové studie pacienta s traumatickým edémem mozku, ke kterému došlo při autonehodě. O tohoto pacienta jsem pečovala během své odborné praxe na jednotce intenzivní a resuscitační péče na dětském oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni. Péče zpočátku spočívala v monitoraci fyziologických funkcí. Po stabilizaci stavu a zmenšení otoku mozku spočívala péče v navrácení vědomí, mobilizaci a nacvičování základních dovedností k uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. Tohoto pacienta jsem si zvolila proto, abych ukázala, že při zotavování se po vážném úrazu je čas a podpora rodiny nesmírně důležitým faktorem.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám druhy a příčinami poruch vědomí a ošetrovatelskými postupy o dítě s poruchou vědomí. Jednu kapitolu věnuji také bazální stimulaci, která má velmi pozitivní vliv na návrat vědomí a neměla by být v žádném případě opomíjena. Domnívám se proto, že by bylo vhodné, aby kurzem bazální stimulace prošla každá sestra pracující v intenzivní péči, protože vyškolená sestra může nejen provádět bazální stimulaci na vysoké úrovni, ale také o konceptu edukovat rodiče a zapojit je do péče.

Praktická část je zpracována formou kazuistiky pacienta. Tvoří ji seznámení s případem, osobními údaji, osobní, rodinnou a sociální anamnézou, lékařskými diagnózami. Zde také popisují průběh hospitalizace, která trvala 29 dní. Součástí praktické části je zpracování ošetrovatelského modelu podle Virginie Henderson,

dvou edukačních plánů a ošetrovatelských diagnóz, které jsem rozdělila na aktuální a potencionální. Všechny stanovené cíle mojí bakalářské práce se mi podařilo splnit.

LITERATURA A PRAMENY

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011, 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

BROZMAN, Miroslav. *Neurologia: učebnica pre zdravotnícke odbory univerzitního štúdia: ošetrovatelstvo, záchranárstvo, fyziatria a rehabilitácia, psychológia, špeciálna pedagogika*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011, 188 s. ISBN 978-80-8063-339-4.

CENIGOVÁ, Helena. *Hodnocení a saturace potřeb u nemocných s poruchou vědomí*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVIČ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 414 s. ISBN 80-7013-427-5.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. *Dětská neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 195 s. ISBN 80-7262-081-9.

KŘEMEN, Jaromír, Eva KOTRLÍKOVÁ a Štěpán SVAČINA. *Enterální a parenterální výživa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 139 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2070-1.

KŘÍŽOVÁ, Jarmila. *Enterální a parenterální výživa*. 2. Vydání. Praha: Mladá fronta, 2014, 141 s. ISBN 978-80-204-3326-8.

KYCLTOVÁ, Pavlína. *Koncept bazální stimulace z pohledu sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačních odděleních*. Praha, 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

LAMBERT. In: *GlasgowComaScale*[online]. 8.2. 2008.[cit.18.3.2018]. Dostupné z:<http://www.mudr.org/web/glasgow-coma-scale>.

LHOTSKÁ, Lenka a Monika ZÁDRAPOVÁ. Bazální stimulace u dětí, *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 1, s. 51. ISSN 1210-0404.

NAVRÁTIL, Luděk. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012, 165 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2068-8.

NEČASOVÁ, Taťána. *Hodnocení stavu vědomí pacientů hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství.

NOVÁK, Ivan. *Intenzivní péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Galén: Karolinum, c2008, 579 s. ISBN 978-80-7262-512-3.

OP při poruchách vědomí. In: *Pro sestry* [online]. [cit.18.3.2018]. Dostupné na:http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/osetrovatelstvi/op_pri_poruchach_vedomi.

Ose. zshk. *Barthelův test základních všedních dovedností* [online]. [cit.18.3.2018]. Dostupné na: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Ose. zshk. *Hodnocení nutričního stavu* [online]. [cit.18.3.2018]. Dostupné na: <http://ose.zshk.cz/media/p5818.pdf>

Ose. zshk. *Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové* [online]. [cit.18.3.2018].
Dostupné na: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd.
Praha: Grada, 2008, 248 s. Sestra. ISBN 9788024716138.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. Vyd.
Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.

SCHÁLNICOVÁ, Zuzana. *Komunikační dovednosti sester pracujících na ARO/JIP*. Praha, 2009. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

SKLENAŘOVÁ, Pavla. *Specifika dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče u pacienta s poruchou vědomí*. Brno, 2013. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství.

TOMEK, Aleš et al. *Neurointenzivní péče*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 498 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3359-6.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016, 134 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0064-4.

Učebnice obecné neurologie. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003, 197 s. Učebnice. ISBN 80-210-3309-6.

SEZNAM ZKRATEK

°C – stupeň celsia

ABR – acidobazická rovnováha

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

cm – centimetr

CT – počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní katétr

D – dech

DK – dolní končetina

EKG - elektrokardiogram

I.V. – intravenózně

JIP – jednotka intenzivní péče

JIRP – jednotka intenzivní a resuscitační péče

KARIM - klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

kg – kilogram

LDK – levá dolní končetina

ml – mililitr

NGS - nasogastrická sonda

P – pulz

PDK – pravá dolní končetina

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PHK – pravá horní končetina

PL – psychiatrická léčebna

PŽK – periferní žilní katétr

RZS – rychlá záchranná služba

S.C. – subkutánně

SpO₂ -saturace

TK – tlak

TSK – tracheostomická kanyla

TT – tělesná teplota

UPV – umělá plicní ventilace

SEZNAM OBRÁZKŮ

1. Monitor
2. Odsávačka
3. Periferní žilní katétr
4. Centrální žilní katétr
5. PEG

Obrázek 1 – MONITOR



Zdroj: Vlastní

Obrázek 2 – ODSÁVAČKA



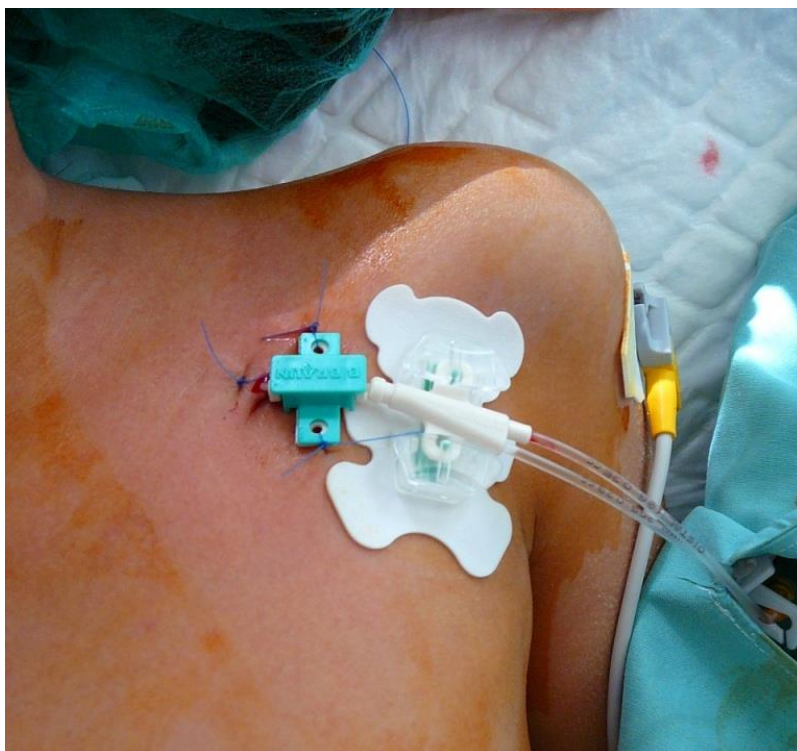
Zdroj: Vlastní

Obrázek 3 – PERIFERNÍ ŽILNÍ KATÉTR



Zdroj: Vlastní

Obrázek 4 - CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTR



Zdroj: Vlastní

Obrázek 5 – PEG



Zdroj: Vlastní

SEZNAM PŘÍLOH

1. Hodnocení úrovně vědomí pomocí Glasgow Coma Scale
2. Povolení sběru informací ve FN Plzeň
3. Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové
4. Barthelův test základních všedních dovedností
5. Hodnocení nutričního stavu
6. Edukační leták strana 1
7. Edukační leták strana 2

Příloha 1 - HODNOCENÍ ÚROVNĚ VĚDOMÍ POMOCÍ GLASGOW COMA SCALE

Glasgow Coma Scale

8. Únor 2008 - 20:08 od Lambert

Otevření očí	
spontánní	4
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1
Slovní odpověď	
orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1
Reakce na bolest	
provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
ne cílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
ne cílená extenze končetiny (decerebrační reakce)	2
nereaguje	1

Hodnocení	
Lehká porucha vědomí	13-15 bodů
Střední porucha vědomí	9-12 bodů
Závažná porucha vědomí	3-8 bodů

Zdroj: LAMBERT

Příloha 2 - POVOLENÍ SBĚRU INFORMACÍ VE FN PLZEŇ



Vážená paní
Tereza Pecková
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách a ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Dětské kliniky (DK)* FN Plzeň. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Péče o dítě s poruchou vědomí na jednotce intenzivní a resuscitační péče*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe a pod přímým vedením paní Bc. Dany Maršalíkové, staniční sestry DK FN Plzeň.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci považovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chábrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NEZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovac@fnplzen.cz

22. 3. 2017

Příloha 3- RIZIKO VZNIKU DEKUBITŮ DLE NORTONOVÉ

Stupnice dle Nortonové

- slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence		
	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

Zdroj: ZSHK

Příloha 4 - BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH DOVEDNOSTÍ

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: ZSHK

Příloha 5 - HODNOCENÍ NUTRIČNÍHO STAVU

Screening:

A. Jíte méně v posledních 3 měsících?

(například pro menší chuť k jídlu, zažívací potíže, potíže s kousáním či polykáním)

- 0 - ano, výrazně méně
- 1 - ano, trochu méně
- 2 - ne, jím pořád stejně

B. Zhubnul jste v posledních měsících? O kolik kilogramů?

- 0 - více než o 3 kg
- 1 - nevím
- 2 - úbytek mezi 1-3 kg
- 3 - žádný úbytek na váze

C. Stav hybnosti

- 0 - upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík
- 1 - schopen vstát, ale většinu dne tráví na lůžku či vozíku
- 2 - samostatně se pohybuje

D. Prodělal jste v posledních 3 měsících nějaké akutní onemocnění nebo výrazný stres?

- 0 - ano
- 1 - ne

E. Neuropsychologický stav pacienta

- 0 - deprese nebo těžká demence
- 1 - mírná a střední demence (pacient je schopen komunikovat, může být dezorientovaný, ale není agresivní či neklidný, v noci převážně spí)
- 3 - bez těchto problémů

F. BMI – Body Mass Index

- 0 - BMI méně než 19
- 1 - BMI 19 až méně než 21
- 2 - BMI 21 až méně než 23
- 3 - BMI 23 či vyšší

Výsledek screeningu (maximální počet bodů 14)

12 bodů a více - PACIENT NENÍ OHROŽEN MALNUTRICÍ

11 bodů a méně - RIZIKO MALNUTRICE

Zdroj: ZSHK

BAZÁLNÍ STIMULACE PŘÍRUČKA PRO RODIČE

CO TO JE BAZÁLNÍ STIMULACE?

Bazální stimulace je koncept, který se zaměřuje na povzbuzení smyslů, kterými vaše dítě vnímá sebe i své okolí.

CO JE CÍLEM BAZÁLNÍ STIMULACE?

Cílem bazální stimulace je znovu aktivovat činnost mozku a navrátit schopnost vnímat, pohybovat se a komunikovat.

JAK BAZÁLNÍ STIMULACI PROVÁDĚT?

- Domluvte se s ošetřujícím personálem na tzv. iniciálním doteku. To je dotek, kterým budete vždy zahajovat jakoukoliv komunikaci nebo manipulaci s dítětem.
- Na dítě hovořte klidným hlasem.
- Přineste z domova hračku, se kterou si vaše dítě rádo hraje.
- Přineste oblíbenou knihu.
- Přineste pohádky na DVD, na které dítě rádo kouká nebo na CD oblíbené písničky.
- Nahrajte na přehrávací zařízení, jak čtete pohádku nebo něco vyprávíte.
- Zejména u starších chlapců a dívek je vhodné používat při koupání jejich sprchový gel, proto jej přineste společně i s voňavkou.



JAK POZNÁM, ŽE MĚ DÍTĚ VNÍMÁ?

Vy jste rodiče, a proto znáte vaše dítě nejlépe. Je tedy pravděpodobné, že budete první osobou, která zachytí reakci dítěte. Může se jednat o nepatrný pohyb koutku, zamžikání očima, vzdychnutí, nebo jiné projevy, které dítě doposud nedělalo. Nezapomeňte tuto skutečnost nahlásit sestře, i kdybyste si nebyli jistí.

.....

Tato příručka byla vypracována jako výstup bakalářské práce na téma „Péče o dítě s poruchou vědomí na jednotce intenzivní a resuscitační péče“ .

Autor: Tereza Pecková

Rok: 2018

ZDROJE:

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVIČ. Péče o kriticky nemocné dítě. Vyd. 1. Brno. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 414 s. ISBN 80-7013-427-5.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4