

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020/2021

Bc. Lucie Hofmanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vliv nepřesné terminologie na poskytování ošetrovatelské péče při indikaci
paliativního režimu

Bc. Lucie Hofmanová

2020/2021

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie Hofmanová**
Osobní číslo: **Z19400**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Vliv nepřesné terminologie na poskytování ošetřovatelské péče při indikaci paliativního režimu**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4754-024.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 80-726-2034-7.
- HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4746-500.
- VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína*. Druhé přepracované vydání a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Tanvaldu dne 24.4.2021

Bc. Lucie Hofmanová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce PhDr. Kateřině Horáčkové, DiS. za metodické vedení a velkou trpělivost a oporu. Děkuji rodině za podporu v době studia.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na problematiku paliativní péče a na problémy vznikající při používání nepřesné terminologie v rámci péče o hospitalizované pacienty na oddělení Následné intenzivní péče. Teoretická část se věnuje základním pojmům a aspektům paliativní péče. Pozornost je dále věnována aspektům péče o umírajícího pacienta v prostředí následné intenzivní péče.

V empirické části je předložen ad hoc výzkum (Quan-Qual výzkumný design), založený na kombinaci výzkumných metod kvantitativního a kvalitativního charakteru. Šetření je rozděleno do tří částí. První částí je retrospektivní sběr dat z nemocničního systému, který je zaměřen na rozdělení hospitalizovaných pacientů na oddělení Následné intenzivní péče za rok 2020 dle tří předem stanovených skupin kurativní péče, paliativní péče a nepřesná terminologie. Druhá část jsou kazuistiky 3 pacientů, které reprezentují jednotlivé kategorie, do kterých byli pacienti zařazeni v 1. části výzkumu. Třetí část prezentuje výsledky analýzy otevřených rozhovorů sester, který je zaměřený na názory a pocity sester pracujících na tomto oddělení při užívání nepřesné terminologie při péči o pacienty.

Výzkumem byl zjištěn fakt, že velký počet pacientů spadajících již do paliativního režimu je nesprávně zařazen do skupiny nepřesné terminologie. Kdy lékař nenavrhne paliativní režim a v dokumentaci uvede nepřesnou terminologii. Což je velmi zatěžující jak pro pacienta samotného, tak pro ošetrovatelský personál, který nemá jasně stanoven postup léčby u těchto pacientů.

KLÍČOVÁ SLOVA

aspekty paliativní péče, chronicky nemocný pacient, nepřesná terminologie, paliativní péče, umírající pacient

TITLE

The influence of inaccurate terminology on the provision of nursing care in the indication of a palliative regime

ANNOTATION

The diploma thesis is focused on the issue of palliative care and on problems arising in the use of inaccurate terminology during the care of hospitalized patients in the department of Follow-up Intensive Care. The theoretical part deals with the basic concepts and aspects of palliative care. Attention is also paid to aspects of taking care of the dying patient in the environment of subsequent intensive care.

The empirical part presents ad hoc research (Quan-Qual research design), based on a combination of research methods of quantitative and qualitative nature. The survey is divided into three parts. The first part is a retrospective data collection from a hospital system, which is focused on the dividing of hospitalized patients in the Department of Follow-up Intensive Care in the year 2020 according to three predetermined groups called curative care, palliative care and inaccurate terminology. The second part are case reports of 3 patients, which represent the individual categories in which patients were included in the 1st part of the research. The third part presents the results of the analysis of semi-structures interviews with nurses, which are focused on the opinions and feelings of nurses working in this department in the matter of use of inaccurate terminology in the care. The research revealed the fact that a large number of patients who should already be in the palliative regime are incorrectly classified in the group of inaccurate terminology, when the doctor does not suggest a palliative regimen and uses inaccurate terminology in the documentation. This is very burdensome for both the patient himself and the nursing staff, which does not have a clear treatment procedure set for these patients.

KEYWORDS

aspects of palliative care, dying patient, chronically ill patient, inaccurate terminology, palliative care,

OBSAH

ÚVOD	15
Cíl práce	17
TEORETICKÁ ČÁST	18
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	18
Paliativní péče	18
Charakteristika umírání, utrpení a smrti	19
Umírání	19
Utrpení	20
Smrt	20
Paliativní analgosedace	20
Pacient neschopný o sobě rozhodovat	21
Marná léčba	21
Nezahajování léčby	21
Eutanázie	21
Zařízení poskytující paliativní péči	22
Lůžkový hospic	22
Mobilní hospic	23
Hospicový stacionář	23
Domácí hospicová péče	23
2 PALIATIVNÍ PÉČE	24
2.1 Obecná paliativní péče	27
2.2 Specializovaná paliativní péče	27
3 ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE	29
3.1 Tělesné aspekty péče	29
3.2 Psychologické aspekty péče	29
3.3 Sociální a etické aspekty péče	29

3.4	Duchovní aspekty péče	30
3.5	Specifické aspekty péče o umírajícího pacienta.....	30
4	UMÍRAJÍCÍ PACIENT V NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČI	32
	Shrnutí teoretické části.....	34
	EMPIRICKÁ ČÁST	35
5	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	35
	Charakteristika výzkumného problému	35
	Cíle výzkumné části.....	36
	Výzkumné otázky	36
	Stanovení výzkumného vzorku.....	36
	Postup zahájení paliativního režimu	39
	Realizace a organizace výzkumu	40
	Metodologie výzkumného šetření.....	42
	Analýza dat 3. části výzkumu – Tematická analýza	42
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	46
6.1	Prezentace výsledků 1. části výzkumu.....	46
6.2	Prezentace výsledků 2. části výzkumu.....	46
6.3	Prezentace výsledků 3. části výzkumu.....	51
7	DISKUZE	54
8	ZÁVĚR.....	59
9	BIBLIOGRAFIE.....	62
10	PŘÍLOHY	65
	KURATIVNÍ LÉČBA	66
	NESPRÁVNÁ TERMINOLOGIE	72
	PALIATIVNÍ PÉČE.....	77

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 - Respondenti odpovídající na otázku o nepřesné terminologii.....	37
Tabulka 2 - Dělení pacientů NIP za rok 2020 dle skupin, pohlaví a věku	46
Tabulka 3 - Kazuistiky hospitalizovaných pacientů NIP	48
Tabulka 4 - Shrnutí kazuistik hospitalizovaných pacientů NIP	49

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AA	alergická anamnéza
ACI	Arteria comunis interna
APPE	apendektomie
ARIP	Anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB	antibiotická terapie
BT	bilance tekutin
CPAP/PPS	Continuous Positive Airway Pressere, vytváří neustálý přetlak v dýchacích cestách
CPS	kapsle
CT	počítačová tomografie
CTA	počítačová tomografie – angiografie
CŽK	centrální žilní katetr
ČR	Česká republika
d.s.	do nasogastrické sondy
DC	dýchací cesty
DKK	dolní končetiny
EKG	elektrokardiografie
ESBL	Beta-laktamázy – bakterie rezistentní na antibiotika penicilínové řady
FA	farmakologická anamnéza
FA	farmakologická anamnéza
FiO ₂	frakce kyslíku
FiS	fibrilace síní
HKK	horní končetiny

CHCE	cholecystektomie
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
i.v.	intra venózně
iCMP	ischemická cévní mozková příhoda
ICHS	ischemická choroba srdeční
IS	informační systém
IVT	intravenózní trombolýza
JIP	Jednotka intenzivní péče
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
KONT.	kontinuálně
KPR	kardiopulmonální resuscitace
LD	lineární dávkovač
LDK	levá dolní končetina
LHK	levá horní končetina
MAC	multiorgánové selhání
mg	miligram
ml	mililitr
MV	minutový výdej
NGS	nasogastrická sonda
NIHSS	Vyhodnocení závažnosti cévní mozkové příhody
NIP	Následná intenzivní péče
NIV	neinvazivní ventilace
OA	osobní anamnéza
OTI	orotracheální intubace

P	puls
p.o.	per os
p.r.	per rectum
PA	pracovní anamnéza
PDK	pravá dolní končetina
PEEP	pozitivní tlak v dýchacích cestách
PEG	perkutánní gastrostomie
PMK	permanentní močový katetr
PNO	pneumotorax
RA	rodinná anamnéza
RTG S+P	rentgen – srdce, plíce
s.c.	sub cutálně
SA	sociální anamnéza
SAH	subarachnoidální hematom
SpO2	saturace kyslíku
SUPP	čípky
ŠŽ	štítná žláza
TBL	tablety
TEN	tromboembolická nemoc
TCHS, TSK	tracheostomie
UPV	umělá plicní ventilace
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

V roce 2020 zemřelo dle Českého statistického úřadu přes 131 tisíc obyvatel České republiky. Bohužel nevíme, jaké je rozdělení úmrtí dle míst, ve kterých obyvatelé zemřeli. Poslední dohledatelné rozdělení je z roku 2017, které ukazuje, že v nemocničním prostředí zemřelo celkem 65,7 % obyvatel, z toho jen 2,7 % v kamenném hospici. V České republice je 16 lůžkových zařízení poskytujících hospicovou péči. (Český statistický úřad) Pokud se podíváme na uvedená data, je patrné, že jen minimální počet pacientů zemře v kamenných hospicích. Proto je velmi důležité mít v nemocničních zařízeních nastavený postup zahájení paliativního režimu. Nejen v laické společnosti převládá názor, že paliativní péče znamená hospicová péče. To je omyl, který by mohl mít nedozírné následky na kvalitu ošetrovatelské péče o všechny ostatní umírající, kteří se do hospice z jakýchkoliv důvodů nedostanou. (Marková, 2010, s. 20)

Medicína je obor, který se vyvíjí velmi rychle a dynamicky. Mnoho onemocnění, která dříve končila pro pacienta fatálně, je dnes díky moderním metodám léčby a přístrojové technice možno do jisté míry léčit. Například pacienti s onemocněním dýchacího systému neměli dříve možnost dlouhodobé umělé plicní ventilace. Dnes je tento postup již standardním postupem při závažném onemocnění plic a tito pacienti jsou hospitalizováni po zvládnutí jejich úvodního akutního stavu, bezprostředně ohrožujícího život, na odděleních následné intenzivní péče. (Drábková, 2018, s. 34)

Ve světle těchto skutečností je velmi důležité, aby si ošetrovatelský tým pacienta dokázal přiznat, že již u pacienta byly vyčerpány všechny léčebné možnosti a další rozšiřování terapie, již nebude vést ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. Správně pojmenovaná a nastavená paliativní péče vede ke snížení utrpení pacienta. Je potřebné nastavit léčbu nepříjemných symptomů onemocnění, jako je například bolest, dušnost, nauzea a mnoho dalších. (Drábková, 2018, s. 537)

Pokud v nemocničních zařízeních není kvalitně nastaven postup paliativního režimu, je tato skutečnost velmi zatěžující jak pro umírajícího pacienta, jeho blízké, tak v neposlední řadě pro ošetrující personál pečující o umírajícího pacienta.

Diplomová práce má charakter teoreticko – empirický. Teoretická část diplomové práce se zabývá popisem a rozdělením paliativní péče. V popředí práce jsou vymezeny základní pojmy spojené s paliativní péčí. Dále je charakterizováno umírání, utrpení a smrt. Rozdělení zdravotnických zařízení poskytující paliativní péče. V další kapitole jsou popsány aspekty

paliativní péče – tělesné, sociální a etické, dále i duchovní. V další části je popsáno oddělení intenzivní péče a následné intenzivní péče a charakteristika pacientů přijímaných na tato oddělení.

Empirická část diplomové práce je rozdělena do tří částí. První část se zabývá pacienty na oddělení následné intenzivní péče za rok 2020. Pacienti jsou rozděleni do tří skupin. Skupina kurativní péče, paliativní péče a třetí je skupina pacientů, u kterých je zvolena nepřesná terminologie při poskytování paliativní péče. Druhou částí výzkumu je zpracování tří kazuistik, které definují tři typy poskytované péče. Třetí částí jsou rozhovory se sestrami, které poskytují péči na oddělení Následné intenzivní péče. Sestry popsaly své zkušenosti a pocity při poskytování péče u pacientů s nesprávnou terminologií při poskytování paliativní péče.

Smyslem práce je upozornit na problémy v praxi, které nastávají při nastavování paliativního režimu na oddělení Následné intenzivní péče, kdy lékaři uvádí v dokumentaci nepřesnou a různorodou terminologii. Terminologie u pacientů spadajících do paliativního režimu není jednotná a u pacienta je postupováno v léčbě nejednotně, což má za následek prodlužování utrpení pacienta a nejasně stanoven cíl péče při zhoršení stavu pacienta.

CÍL PRÁCE

Cílem teoretické části je vytvořit teoretická východiska pro část empirickou.

Cílem empirické části je:

- 1) Zhodnotit správnost typu péče a léčby ve vztahu k definici paliativní péče u pacientů hospitalizovaných na oddělení Následné intenzivní péče (NIP) za rok 2020.
- 2) Na příkladu tří kazuistik hospitalizovaných pacientů prezentovat jednotlivé definice kurativní péče, paliativní péče a nepřesné terminologie.
- 3) Ověřit vliv nejednotné terminologie na ošetrovatelský personál (všeobecné a praktické sestry) a na jejich péči o pacienty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Kapitola je přehledem a vysvětlením hlavních pojmů k tématu diplomové práce.

Paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. (Sláma, 2007, s. 25) Paliativní péče usiluje o prodloužení a zachování kvality života přijatelného pro pacienta, respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných. Klade důraz na přání a potřeby pacientů, vytváří podmínky, aby pacient mohl poslední část života strávit ve společnosti svých blízkých. Chápe umírání jako součást života a nabízí všestrannou oporu příbuzným a přátelům umírajících. (Sláma, 2007, s. 25)

Jakoubková (1998. s. 13) ve své knize Paliativní medicína představuje paliativní medicínu u nevléčitelně nemocných, která se snaží zmírnit až odstranit obtíže pacienta a intenzitu léčby upravuje tak, aby se nežádoucími účinky této paliace nezhoršil celkový stav pacienta.

Sláma (2012, s. 218) cituje ve své knize definici paliativní péče dle Světové zdravotnické organizace, která definuje paliativní péči jako „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny.*“ Dále Sláma uvádí, že se paliativní medicína snaží nabídnout účinnou léčbu a podporu v oblasti tělesných obtíží, psychosociálních a duchovních potřeb. Cílem je, aby pacient netrpěl nesnesitelnými tělesnými symptomy, a aby mohl vnímat svůj život až do konce jako smysluplný. (Vorlíček, 2012, s. 221) Pro autora Slámu znamená dobrá kvalita života mnohem víc než jen to, aby pacient netrpěl bolestí, nebyl dušný a nezvracel. (Vorlíček, 2012, s. 221)

Velmi často nejsme schopni odstranit všechny pacientovy obtíže. Je nutné spolu s pacientem stanovit, které ze symptomů a problémů jsou pro něho nejvýznamnější a zabývat se jimi přednostně. Některé aspekty pacientova strádání nejsme schopni ovlivnit. Zde musíme jako zdravotníci přijmout fakt, že utrpení a zkušenost ztráty je nedílnou součástí lidského života.

Takto nemocnému je třeba být „lidsky“ nablízku, citlivě reagovat na jeho přání a potřeby. Farmakoterapie (např. anxiolytika, antidepresiva) by měla být součástí komplexní péče a nikoli náhražkou lidské podpory a empatie. (Vorlíček, 2012, s. 224)

Cílovou skupinu příjemců paliativní péče tvoří pacienti v pokročilém či konečném stádiu nevyléčitelných chorob, např. nádorová onemocnění, konečná stádia chronického srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhóza, onemocnění ledvin, pacienti s neurologickými onemocněními typu demence, roztroušené sklerózy, pacienti ve vigilním kómatu, ...).

Charakteristika umírání, utrpení a smrti

Umírání

Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Jediné, co člověk může udělat, je to, že bude respektovat svoji konečnost a z tohoto faktu vyvodí závěry pro svůj konkrétní život. (Haškovcová, 2007, s. 23)

Moderní medicína je mocná. Dnešní lékaři mohou zachránit i ty nemocné, které ještě před půl stoletím čekal skon. Jednostranná orientace na zápas a vítězství v nemoci přináší však také četná negativa. (Haškovcová, 2007, s. 19) Technicky vyspělá medicína je charakteristická tím, že bojuje o ohrožený život každého jedince, což je jak obdivuhodné, tak i potřebné. Ve snaze nedovolit smrti, aby zvítězila, ji však tabuizovala. Veřejnost jak laická, tak i odborná přijala názor, že se smrt nehodí do našeho úspěšného života a že je „vadou na kráse“ moderní medicíny. (Haškovcová, 2007, s. 21)

Umírání je proces, který má různou délku, podobu, je zcela individuální a jedinečný. Umírání zůstává osobní zkušeností a nemůže se ho zúčastnit nikdo jiný. „Umírání je především proces. Vývoj smrti je podmiňován životem a život je umocňován smrtí.“ (Haškovcová, 2002)

Synonymem umírání je terminální stav. Důsledkem je zánik jednotlivce. V klinické praxi se pod pojmem umírání rozumí různě dlouhé časové období. Toto období se dělí na tři části – pre finem, in finem a post finem. (Kupka, 2014, s. 102)

Haškovcová (2007, s. 25) „*Pojem umírání je v terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt. Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání však, ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav.*“

Umírání znamená loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád, a se všemi, které měl rád. (Haškovcová, 2007, s. 25)

Utrpení

Utrpení existuje v mnoha rovinách. Jako různé druhy utrpení mohou být nemoc, neštěstí, hlad, opuštěnost, osamělost a mnoho dalších. V dnešní době se utrpení ztotožňuje většinou s bolestí. Od zdravotníků očekáváme, že nám od tělesné bolesti uleví podáním medikace. Musíme si uvědomit, že každý jedinec prožívá utrpení jinak.

Utrpení není pouze utrpením těla, existuje také utrpení duševní a emocionální. Utrpení není pouze nutným důsledkem konečnosti, ale přináší příležitost k vnitřnímu zrání. Utrpení nás učí, že je člověk zranitelnou a ohraničenou bytostí, bytostí závislou na druhých. Na tuto skutečnost moderní člověk, obklopený technikou, zapomíná. (Heřmanová, 2012, s. 85-87)

V dnešní moderní době jsou diagnostické a léčebné postupy založeny na vědeckém základě a na objektivním zhodnocení anatomických a fyziologických zákonů. Zvítězila představa, že všechny chorobné procesy musí být vysvětleny pomocí fyzikálních a chemických zákonů. Reakce nemocných a jiné doprovodné aspekty, které nejsou vědecky prokazatelné, byly považovány za druhotné a nepodstatné záležitosti. (Munzarová, 2008, s. 10)

Smrt

Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka. Je možno říct, že člověk umírá od narození. V minulosti lidé umírali častěji tzv. přirozenou smrtí. V současnosti je smrt konečným stádiem patologického procesu. Tato smrt nastává v důsledku nemoci, a ke které až na výjimky, dochází v nemocnici. (Haškovcová, 2007, s. 89-90)

Smrt k životu neodmyslitelně patří, je jeho podmínkou. Člověk si je své smrtelnosti vědom. Každý jedinec má jiné způsoby, jak se vyrovnává se svou smrtelností. (Ptáček, 2012, s. 115)

Paliativní analgosedace

Někdy je také nazývána jako terminální sedace nebo terminální analgosedace. Na rozdíl od eutanázie realizuje terminální sedace pomoc při umírání, nikoli pomoc zemřít. Hlavním cílem sedace je úleva od bolesti. (Vácha, 2019, s. 14)

Terminální sedace se považuje za přijatelnou v případě, pokud pacient trpí nesnesitelnou bolestí. Jedinou možností, jak mu ulevit od bolesti, je podat mu vysoké dávky analgetik i přes to, že lékař ví, že dojde k uspíšení smrti. K jejímu zahájení by mělo dojít až po vyčerpání

všech dostupných léčebných postupů, které by mohly přinést úlevu od bolesti bez snížení úrovně vědomí. (Vácha, 2019, s. 15)

Jako paliativní péče se označuje tlumení úrovně vědomí, farmakologické navození somnolence, soporu jako ultimum refugium, nejzazší řešení jinak nezmírnitelného utrpení z vnímání neztížitelné bolesti, obvykle v kombinaci s dušností a úzkostí, které se často podílejí spolu s metabolickými a iontovými změnami na alteraci psychiky, zmatenosti, neklidu a agitovanosti. (Marek, 2010, s. 672)

Korektní analgosedace jednoznačně není eutanatickou metodou. (Marek, 2010, s. 672)

Pacient neschopný o sobě rozhodovat

Nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas. (Černý, 2009, s. 3)

Marná léčba

Pod pojmem marná léčba rozumíme takovou léčbu, která nevede ke zlepšení kvality života, ale prodlužuje život neuspokojivé kvality za cenu utrpení pacienta. Jedná se o rezignaci na takový postup, který nepřinese pacientovi žádný prospěch, a naopak mu způsobí utrpení. (Jiráček, 2009, s. 134)

Žádnému pacientovi nesmí být za žádných okolností odmítnuta adekvátní léčba. Lékaři musí rozhodnout v zájmu pacienta, jaká léčba je pro něho nejprínosnější. Naší povinností je udržovat život, nikoliv prodlužovat umírání a prohlubovat utrpení nevléčitelně nemocného pacienta. (Ptáček, 2012, s. 14)

Nezahajování léčby

Léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta není indikován a není proto zahajován. Tento postup by byl léčbou marnou nebo neúčelnou. Nepřijetí pacienta v terminálním stádiu onemocnění na oddělení intenzivní medicíny, kdy již není možné zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt patří mezi opatření nezahajování léčby. (Černý, 2009, s. 3)

Eutanázie

Eutanázie pochází ze staré řečtiny a je odvozeno ze dvou výrazů: „eu“ (dobrá) a „thanatos“ (smrt). Etymologicky se jedná o „dobrou smrt“. (Vácha, 2019, s. 9) V dnešní době eutanázií

myslíme něco zcela jiného než „dobrou smrt“, jedná se o situace, kdy lékař chce a taky zabije svého pacienta na jeho žádost. Pacient musí mít dostatečnou mentální kapacitu, dostatek informací a nesmí se rozhodovat pod tlakem. (Vácha, 2019, s. 9)

Eutanázie je dnes popsána jako lékařské jednání, které vede k navození či uspíšení smrti druhého člověka. Důležitý, nikoli neproblematický rozdíl eutanázie od prostého zabití druhého člověka je skryt v drobné přeponě „eu“: eutanázie je na rozdíl od jiného usmrcení vedena dobrým úmyslem, aby takto navozená smrt byla dobrá. (Špinková, 2006, s. 8)

V dnešním pojetí eutanázie se promítá několik vlivů: přesvědčení, že utrpení nemá smysl a že je nutné ho eliminovat, rostoucí role medicíny, která si osvojuje stále účinnější prostředky a přesvědčení o klíčové roli sebeurčení a autonomie člověka. (Špinková, 2006, s. 8-9)

Eutanázii můžeme dělit na aktivní a pasivní. Aktivní eutanázie je něco aktivně uděláno s úmyslem ukončit život pacienta a u pasivní eutanázie se nedělá nic, co by jinak mohlo prodloužit život pacienta. (Vácha, 2019, s. 10)

Zařízení poskytující paliativní péči

Paliativní medicína představuje ucelený, nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Lze ji poskytovat ve zvláštních zařízeních k tomu určených – hospice, je nutné a možné ji provádět i v systému vítězné medicíny. Do péče o umírajícího je třeba zapojit rodinu. (Haškovcová, 2007, s. 37)

Lůžkový hospic

Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Myšlenka na hospic, tak jak ho známe dnes, byla oživena v polovině 18. století. Dříve se hospic užíval jako dům odpočinku, který vyhledávali unavení poutníci k odpočinku na několik dní. V 18. století byla v Dublinu otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Byla nazvána Hospic a poskytovala péči odpovídající sesterské charitě. Tato iniciativa zůstala osamostatněna. (Haškovcová, 2000, s. 39) Rozvoj dále nastal až ve 20. století v Londýně. K velkému nárůstu hospiců došlo až po druhé světové válce, což lze spojovat s rozvojem vítězné medicíny, která nebyla schopna uspokojovat potřeby umírajících. Protagonistkou hospicového hnutí se stala Cecilia Saundersová, která již v mládí byla přesvědčena, že umírající potřebují specifickou péči a že je možné je uchránit před utrpením. V roce 1969 otevřela první hospic moderního typu v Londýně. Principy paliativní péče nacházejí stále více příznivců a poptávka po hospicové péči neustále roste. Dnes funguje v Anglii asi 150 hospiců a ve světě pak více než 2000. (Haškovcová, 2000, s. 40)

V roce 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR a stanovili cíle sdružení a vyzvali ke spolupráci všechny, kteří se chtějí přičinit o zlepšení podmínek umírajících. (Haškovcová, 2000, s. 41)

Mobilní hospic

Předpoklady pro poskytování domácí paliativní péče: pacient si přeje péči v domácím prostředí, pacient i jeho rodina byli seznámeni se zdravotním stavem a jsou schopni vzhledem ke svým schopnostem porozumět závažnosti a prognóze onemocnění. Rodina musí být ochotna podílet se na domácí péči a jeden ze členů rodiny nebo přátel, musí být ochoten převzít zodpovědnost za kontinuální péči o pacienta. Je třeba společně s pacientem a rodinou stanovit dosažitelné cíle léčby a péče. Je třeba v pacientovi a jeho rodině probouzet a udržovat realistické naděje a očekávání. (Skála, 2011, s. 9)

Hospicový stacionář

Stacionární péče oddaluje hospitalizaci a umožňuje nemocnému návrat do domácí péče. Péče o nemocné bývá omezena na několik hodin, zpravidla však na jeden den. Pacient bývá přijat do stacionáře v ranních hodinách a odpoledne bývá propuštěn do domácí péče. O dopravu nemocného do stacionáře se stará rodina. (Haškovcová, 2007, s. 58)

Domácí hospicová péče

Je ideální, když umírající může zemřít v rodinném prostředí. Rodina, která se chce o umírajícího starat, však k tomu musí mít určité podmínky. Naučit rodinu pečovat o umírající je možné. V některých případech je rodina schopna se o nemocného starat bez větší pomoci zdravotníků. Ve většině případů je však nutná spolupráce se zdravotníky, která se uskutečňuje formou domácí péče. (Haškovcová, 2007, s. 64)

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Kvalitní paliativní péče by měla splňovat šest základních cílů: orientovaná na pacienta, prospěšná, bezpečná, včasná, spolehlivá, efektivní. (Bužgová, 2015, s. 17)

Dobrou paliativní péči by měli být schopni poskytnout všichni zdravotníci. Z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 vyplývá doporučení, aby bylo zajištěno vyškolení ošetřujícího personálu tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči. Dále by měla být nevléčitelně nemocné a umírající osobě zajištěna přiměřená paliativní péče a tišení bolesti, i kdyby tato léčba mohla mít za následek zkrácení života nemocného. (Marková, 2010, s. 20)

Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoli z ošetřujícího personálu, z rodiny i blízký pacienta. Kdykoli je to možné, přání pacienta a názor rodiny musí být zahrnuty do rozhodování o zahájení paliativní péče. Rodina by měla být co nejvíce zapojena do rozhodování, nejlépe formou rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu za přijaté rozhodnutí zahájení paliativní péče není přípustné. (Černý, 2009, s. 5)

Výsledek o rozhodnutí a zahájení paliativní péče by měl být přijat všemi členy ošetřujícího týmu. Pokud není dosaženo konsensu mezi blízkými pacienta a ošetřujícím personálem, lze přizvat nezávislého lékaře nebo etickou komisi. Za závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče je odpovědný ošetřující lékař. O každém rozhodnutí o zahájení paliativní péče musí být veden záznam ve zdravotnické dokumentaci. (Černý, 2009, s. 5)

V zápisu ve zdravotnické dokumentaci by mělo být uvedeno odborné posouzení zdravotního stavu a zdůvodnění zahájení paliativní péče, okruh osob, které se na rozhodování o paliativní péči podíleli a formulování cílů péče a léčebného plánu. Prioritou léčebného plánu by mělo být odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání. Léčebný plán musí obsahovat přinejmenším dostatečnou ošetrovatelskou péči, analgosedaci a přítomnost blízkých lidí by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítá. (Černý, 2009, s. 5)

Mnoho zdravotníků se domnívá, že paliativní péče znamená omezení či zjednodušení léčby v případě, když není naděje na uzdravení nemocného. Skutečnost, že je pacient nevléčitelně nemocný, není důvod k minimalizaci léčby, je však výzvou k vyjasnění cílů léčby. Cílem léčby u nevléčitelně nemocných může být například prodloužení přežití u onkologicky nemocných pacientů. (Vorlíček, 2004, s. 27)

Paliativní medicína používá v podstatě stejných léčebných prostředků, jako se používají v kurativní léčbě. Jsou to metody chirurgické, radioterapie, chemoterapie, event. hormonální léčba a imunologie. (Jakoubková, 1998, s. 18)

Chirurgická paliativní terapie může významně přispět ke zlepšení kvality života nemocného, zejména u nádorů trávicího traktu. Paliativní radioterapie působí u radiosenzitivních nádorů nejen jejich regresi, ale má výrazný symptomatický (analgetický) účinek. Paliativní farmakoterapie zahrnuje jak léčbu cytostatiky, tak i hormonální léčbu. U nádorů s vysokou pozitivitou hormonálních receptorů je efektivita hormonů vysoká a dlouhodobá. U některých nádorů může být užitečná též imunoterapie. U komplexní paliativní terapie dle povahy nádorového onemocnění volíme výše zmíněné metody buď samostatně, nebo jako součást multimodální léčby. Rozdíl mezi komplexní radikální péčí a paliativní terapií je často jen kvantitativní, paliativní léčba je méně radikální. (Jakoubková, 1998, s. 14)

V současné době je kladen důraz na zlepšování kvality péče. Jsou zaváděny standardy a hodnocení kvality péče. Hledají se optimální formy úhrady jednotlivé péče. Paliativní péče pečuje o velmi heterogenní skupinu pacientů z hlediska ekonomické náročnosti. U některých pacientů je péče podobného charakteru jako na jednotkách intenzivní péče, jindy spíše méně náročná ošetrovatelská péče. Pro kalkulaci celkových nákladů představuje velkou překážku její multidisciplinární charakter. Nedílnou součástí je i péče o psychosociální a duchovní aspekty a u některých pacientů jsou tyto aspekty důležitější než tělesné obtíže. Vhodné modely úhrady paliativní péče se stále hledají. (Vorlíček, 2004, s. 28)

Dle odhadu v České republice potřebuje paliativní péči 60 – 70 000 pacientů. Základní onemocnění těchto pacientů již není možno významně ovlivnit kauzální léčbou, nemoc pacienta významně funkčně limituje a působí mu nepříjemné obtíže. (Bužgová, 2015, s. 19)

Hodnocení kvality života se postupem času zařadilo vedle mortality a morbiditativy mezi základní ukazatele ve zdravotnictví. Hodnocení bylo pojato jako subjektivní náhled pacienta a odděleně jako objektivní pohled na osobnost pacienta a jeho nový životní styl, dále pohled příslušníků rodiny, lékařů i dalších zdravotnických pracovníků. (Jakoubková, 1998, s. 19)

Jednou z důležitých priorit paliativní péče je hodnocení potřeb pacientů, protože nedostatečně saturované potřeby výrazně snižují kvalitu života. V České republice chybí vhodný nástroj pro identifikaci potřeb pacientů v paliativní péči. Dostupné jsou pouze dotazníky k hodnocení kvality života onkologicky nemocných v české verzi. (Bužgová, 2015, s. 405)

Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči je jednou z důležitých priorit paliativní péči a to proto, že nedostatečně saturované potřeby výrazně snižují kvalitu života. Potřeba je definována jako stav nedostatku něčeho, co je nevyhnutelné pro organismus nebo osobnost. Nenaplněné potřeby působí napětí. (Bužgová, 2012, s. 412) V zahraničí jsou pro účely hodnocení výsledků péče používány dotazníky pro hodnocení kvality života, např. Psychosocial Needs Inventory (PNI) nebo The Problems and Needs in Palliative Care questionnaire (PNPC). Cílem těchto měření je identifikovat priority a aktuální problémy pacientů. Na základě výsledků lze poskytovat individualizovanou péči. (Bužgová, 2012, s. 405) Potřeby pacientů v paliativní péči byly zkoumány ve výzkumu Radky Bužkové a Renáty Zeleníkové. Cílem výzkumu bylo zjistit potřeby pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou jejich života a vytvořit vhodný nástroj pro identifikaci potřeb. Pro zjištění potřeb byl zvolen řízený skupinový rozhovor a na základě rozhovoru byl sestaven dotazník. Na základě analýzy dat byly vytvořeny kategorie a podkategorie, které se staly podkladem pro tvorbu domén a dotazníkových otázek. První doménou je respektování fyzických potřeb (podkategorie: být bez bolesti, mít pod kontrolou symptomy), druhou doménou je respektování psychických potřeb (podkategorie: smíření se s nemocí a se smrtí, strach, úzkost a potřeba zachovat si vlastní identitu), třetí doménou je respektování autonomie (podkategorie: možnost rozhodování, zachování soběstačnosti, dostatek informací), čtvrtou doménou je respektování sociálních potřeb (podkategorie: aktivita, zabezpečení, kontakt s rodinou, prostá lidská přítomnost, sexualita), poslední pátou doménou je respektování spirituálních potřeb (podkategorie: náboženské potřeby, estetické potřeby, soukromí na pokoji, smysl života, slušnost, aspekty odchodu ze života. Na základě těchto domén byl vytvořen dotazník obsahující 42 položek v pěti doménách. (Bužgová, 2012, s. 404)

Tento dotazník byl následně testován v roce 2013 na onkologické klinice Fakultní nemocnice v Ostravě. Výzkumný soubor tvořilo 52 respondentů, u kterých byla ukončena onkologická léčba v důsledku léčebně neovlivnitelné progresse onkologického onemocnění. Dle dotazníku za nejdůležitější považovali pacienti potřeby v doméně autonomie a fyzické potřeby. Nejméně byli respondenti spokojeni se saturací potřeb psychických a spirituálních. Pacienti mladší 60 let považovali sociální potřeby za signifikantně důležitější a byli méně spokojeni s jejich saturací. Ženy považovaly za důležitější psychické a spirituální potřeby a se saturací těchto potřeb byly spokojenější. Z jednotlivých potřeb považovali respondenti za nejvíce důležité: řešení bolesti, únavu, dušnost, vyrovnání se s nemocí, komunikace se zdravotníky a jejich podpora, rozhodování, respekt a úcta při ošetřování, vnitřní klid, naděje a smysl života. Za nedostatečně saturované potřeby uvedli respondenti únavu, bolest, vyrovnanost s nemocí, strach ze

závislosti, pokračování v obvyklých aktivitách, pozitivní náhled na život a naději. Nedostatečně saturované potřeby by se měly stát předmětem ošetrovatelských intervencí. (Sikorová, 2013, s. 6)

Paliativní péči dělíme na obecnou a speciální, dále dle místa poskytování paliativní péče například lůžkový nebo mobilní hospic, ambulantní paliativní péče, dům s hospicovou službou nebo nemocniční zařízení.

2.1 Obecná paliativní péče

Za obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění. Součástí této péče je vstřícná a empatická komunikace jak s pacientem, tak s jeho rodinou, péče by měla být orientovaná na léčbu a kvalitu života, důraz je kladen na účinnou léčbu symptomů a nesmí chybět psychosociální podpora. (Skála, 2011, s. 4)

Obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytnout lékaři všech odborností v rámci své rutinní klinické praxe. Z celkového objemu paliativní péče je z větší části poskytovaná obecná paliativní péče. (Skála, 2011, s. 4)

Pro zlepšení obecné paliativní péče v nemocničních zařízeních je nutné zajistit včasnou identifikaci pacienta, který potřebuje paliativní péči, zajistit soukromí pro pacienty v konečném stádiu onemocnění, dále zajistit informovanost o možnostech léčby, o zdravotním stavu, prognóze a o možnostech péče. Umožnit a podporovat pacienta a jeho blízké, zajistit péči podle přání pacienta, řešit bolest a jiné příznaky onemocnění. Poskytnout intervence při psychosociálním a spirituálním distresu, připravovat pacienta a jeho rodinu na blížící se smrt, umožnit rodině neomezené návštěvy, navázat terapeutické vztahy mezi týmem poskytujícím péči, pacientem a jeho rodinou. Zajistit vhodnou koordinaci péče. (Bužgová, 2015, s. 31)

2.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků. Tým odborníků je v oblasti paliativní péče speciálně vzděláván a disponuje potřebnými zkušenostmi. Tato péče je indikovaná tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahuje možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. (Skála, 2011, s. 4)

Zařízení paliativní péče se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. V těchto zařízeních je požadován vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a je nutný vyšší počet zaměstnanců k poměru počtu pacientů. Služby v zařízeních paliativní péče by měly být

dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoli: doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Specializovaná zařízení paliativní péče hrají důležitou roli v podpoře ostatních zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích i mimo ně. (Marková, 2010, s. 21)

Mezi zařízení paliativní specializované péče patří: oddělení paliativní péče, domácí hospic – mobilní paliativní péče, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulantní paliativní péče, denní stacionáře, zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek, ...). (Marková, 2010, s. 21)

3 ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

Pacient a jeho rodina jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem by se měli podílet na tvorbě plánu péče. Součástí péče je účinná péče o tělesný, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny. Neustálá dostupnost péče by měla být samozřejmostí. (Skála, 2011, s. 9)

Etické zásady celistvosti a důstojnosti lidské osoby umožňují respektovat přání pacienta a právo na důstojnou smrt. Přání příbuzných je možno respektovat v případě, že věrohodně vyjadřuje zralý a uvážený postoj pacienta, který nemusel být jednoznačně vysloven, ale vyplývá z jeho životních názorů a postojů. (Zadák, 2017, s. 23)

Aspekty paliativní péče jsou oblasti tělesné, psychologické, sociální a etické, je nutné dbát i na duchovní aspekty péče.

3.1 Tělesné aspekty péče

Nejčastějším projevem pokročilého stádia onemocnění je bolest, nevolnost, zvracení, zácpa, dušnost, slabost a vyčerpání, nespavost, úzkost, zmatenost, deprese. V případě potřeby by měl být povolán specialista na jednotlivé symptomy. Z ošetrovatelského hlediska se péče zaměřuje zejména na péči o pokožku, prevence proleženin, polohování, nutriční péči a poradenství. Dále by se ošetřující měli zajímat o vyprazdňování, pitný režim. Nutná je i péče o dutinu ústní a péče o dýchací cesty. (Skála, 2011, s. 9)

3.2 Psychologické aspekty péče

Pro pacienta a jeho rodinu je pokročilé onemocnění velkou psychickou zátěží. Je nutné opakovaně sledovat psychický stav, psychické reakce, např. stres, obavy z budoucnosti a psychické jevy, např. deprese, suicidální myšlenky a pokusy. V psychologickém hodnocení by mělo být probíráno i pacientovo chápání nemoci. Rovněž je nutná podpora strategií, pomocí kterých se pacient vyrovnává s těžkou situací. (Skála, 2011, s. 9)

3.3 Sociální a etické aspekty péče

Součástí péče je zhodnocení sociální problematiky, která zahrnuje rodinné vztahy, kulturní vazby pacienta. Dále je nutné zjistit jeho komunikační zvyklosti. Je třeba znát i finanční a životní podmínky. Potřebné je znát dostupnost dalších laických poskytovatelů domácí péče a dostupnost potřebného domácího vybavení. Důležitou součástí péče je zajištění respitní péče. Je potřeba rodinu a pacienta o této péči informovat. Možností respitní péče je například krátkodobá hospitalizace v hospici nebo v jiném lůžkovém zařízení. (Skála, 2011, s. 9)

Vyjádření přání pacienta nebo jeho zákonného zástupce tvoří spolu s názorem rodiny a lékaře základ plánu péče. Péče musí být poskytována v souladu s etickým kodexem ČLK a právním řádem ČR. Pokud pacient již není schopen komunikovat, měl by se lékař snažit zjistit a respektovat pacientovo dříve vyslovené přání a hodnoty. (Skála, 2011, s. 10)

3.4 Duchovní aspekty péče

V rámci péče by měl lékař nebo sestra zjistit pacientovy spirituální hodnoty a orientaci a s tím spojené názory a praktiky. S koncem života by měla být pomoc nabízena způsobem, jež by odpovídal rodinným kulturním a náboženským hodnotám. Zdravotníci by měli respektovat a případně pomáhat zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny, a to především při umírání a po smrti. (Skála, 2011, s. 9)

3.5 Specifické aspekty péče o umírajícího pacienta

O známkách a symptomech blížící se smrti by měl být pacient a jeho rodina poučen způsobem, který odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturního zázemí. Mělo by být zdokumentováno přání pacienta a rodiny, kde má probíhat terminální fáze (doma nebo v nemocničním zařízení). Tato skutečnost by měla být dokumentována a dle možností respektována. Plán péče musí být pravidelně revidován, aby odpovídal aktuálním potřebám pacienta. Dále by mělo být zváženo užívání léků a jejich aplikace, zda je pacient schopen přijímat léky například per os a zda je medikace pro něho přínosná. Nejdůležitější farmaka v terminálním stádiu nemoci jsou analgetika, anxiolytika, antiemetika a neuroleptika. Je nutné včas rozpoznat nutnost paliativní péče v terminální fázi a adekvátně na ni reagovat. Je nutno s pacientem a rodinou vytvořit plán řešení krizových situací, které mohou nastat (co dělat, koho volat v případě náhlého zhoršení stavu). S rodinou by měl být předem domluven postup v případě úmrtí pacienta. (Skála, 2011, s. 10)

V terminálním stádiu onemocnění jsou definovány fáze nevléčitelného onemocnění. Aspekty péče jsou odlišné v závislosti na fázi umírání, které budou popsány v následujícím odstavci.

Fáze nevléčitelného onemocnění

I. fáze – Pre finem

Zdravotní stav pacienta není možné zlepšit kurativní léčbou. Postupně nastupují obtíže. Nemocný si často uvědomuje blížící se konec života. Příbuzní se postupně vyrovnávají s blízkostí ztráty milovaného člověka. (Marková, 2010, s. 28)

Tento stav může trvat dny, měsíce i roky, po celou dobu tohoto období se snažíme o dosažení remise. Každý člověk reaguje na ohrožení specificky. (Kupka, 2014, s. 102)

II. fáze – In finem

Druhá fáze je umírání v užším slova smyslu. Nemocnému postupně ubývá fyzických a psychických sil. Postupně ztrácí zájem o okolí, přestává přijímat stravu per os. Nástup únavy, slabosti a somnolence. Příbuzní se loučí. (Marková, 2010, s. 28) Tato fáze je také nazývána terminálním stavem. Člověk by neměl umírat sám, v dnešní době se umírá převážně v nemocničních zařízeních. (Kupka, 2014, s. 105)

Dnes je možnost získat speciální vzdělání, které umožní získat dovednosti týkající se péče o umírající, ale úzkost, kterou v nás smrt vyvolává, nezredukuje. Je nutné se zabývat a následně vyrovnat s lidskou konečností a faktem smrti. (Kupka, 2014, s. 105)

III. fáze – Post finem

Do poslední fáze patří nejen důstojné rozloučení se zemřelým, péče o mrtvé tělo, ale i doprovázení pozůstalých. A to i bezprostředně po úmrtí, ale i v delším časovém úseku. (Marková, 2010, s. 28)

Úmrtí konstatuje vždy lékař podle platných odborných kritérií. V běžné praxi je nejčastěji konstatována smrt jako nevratná zástava srdeční činnosti. Bezprostředně po smrti je třeba zajistit intimitu nemocného. Péči o mrtvé tělo provádí všeobecná sestra ve spolupráci s ošetřovatelkou nebo sanitářem.

4 UMÍRAJÍCÍ PACIENT V NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČI

Intenzivní medicína poskytuje léčbu pacientům trpícím závažnými, život ohrožujícími onemocněními, která však jsou ve většině případů reverzibilní. Je zaměřena na péči o pacienty s život ohrožujícími poruchami. Na jednotce intenzivní péče je podrobnější a kontinuální sledování stavu nemocného a léčba, která není běžně dostupná na standardních odděleních. Intenzivní medicína je zaměřena na problematiku stavů spojených s akutním život ohrožujícím onemocněním. Intenzivní péče je poskytována pacientům ohroženým selháním životně důležitého orgánu. Vedle monitorování vitálních funkcí je nemocným poskytována náhrada životně důležitého orgánu. (Zadák, 2017, s. 1)

Intenzivní péče se dělí do tří stupňů – nižší, vyšší a nejvyšší. Tři úrovně intenzivní péče neznamenají tři typy jednotek intenzivní péče. Představuje doporučený kalkulační vzorec pro personál a vybavení, přičemž na jedné jednotce jsou zastoupeny různé úrovně péče. (Zadák, 2017, s. 1)

Základním principem uspořádání jednotky intenzivní péče je dostatečný prostor, který se doporučuje kolem 20m² na jedno lůžko, celkový plán uspořádání a práce jednotky intenzivní péče musejí být takové, aby byl minimalizován pohyb a provoz personálu. Výhodná je kombinace otevřené JIP s izolovanými boxy. Každé lůžko intenzivní péče musí být zajištěno minimálně monitorovacím systémem, jistěným způsobem odsávání, rozvodem kyslíku a vzduchu a výstupem pro připojení na centrální rozvoj vakua. Všechna lůžka musí být vybavena efektivním osvětlením a dostatečným počtem elektrických zásuvek. Na vybraných lůžkách musejí být k dispozici i všechna potřebná napojení pro provedení hemodialýzy. (Zadák, 2017, s. 6)

Zvyšující se počet pacientů indikovaných k překladi a příjmu do následné intenzivní péče (NIP) po zvládnutí jejich akutního stavu, bezprostředně ohrožujícího život, vedl k odbornému, etickému i organizačnímu a legislativnímu tlaku na vytvoření lůžek s možností poskytování navazující intenzivní péče v rámci samostatných oddělení s odlišným pracovním – terapeutickým i ošetrovatelským – režimem. Jedná se o oddělení, která jsou schopna zajistit pacientovi komfort intenzivních lůžek s cílem minimalizace invazivních vstupů, odpojování od umělé plicní ventilace, s cílenou enterální výživou, neurorehabilitací, péči o otevřené dýchací cesty, věnují se i psychické přípravě na další rekondici a reintegraci. Dávají pacientovi dostatek času a prostoru k vývoji jeho zdravotního stavu, k úpravě stavu vědomí i vnitřního prostředí. To vše se realizuje s odborným a zkušeným personálem schopným v případě potřeby okamžitě

použit možnosti intenzivní a resuscitační péče, okamžitě léčit šok či dokonce zahájit neodkladnou resuscitaci v celém jejím rozsahu. (Drábková, 2018, s. 34)

Rozhodnutí o zahájení resuscitační péče a léčbě pacienta na jednotce intenzivní péče je komplexní. Je nutné se rozhodovat na základě efektivity intenzivní péče, předpokládaného výsledku léčby, další kvality života nemocného a případného handicapu zachráněné osoby. (Zadák, 2017, s. 23) Intenzivní péče by měla být poskytována pacientům s jasným léčebným cílem. V praxi to znamená, že se jedná o situace reverzibilního selhávání životně důležitých orgánů s nadějí na uzdravení. Terapeutické cíle jsou periodicky aktualizovány, při nejasných stavech je volen aktivní přístup. Ukončení marné léčby a přestup na paliativní péči v situacích, kdy intenzivní péče ztrácí svoji indikaci, je legální. (Zadák, 2017, s. 23)

Může se zdát, že intenzivní a paliativní péče stojí na opačných koncích odborného spektra, avšak bližší pohled odhalí mnohé podobnosti. Obě specializace se vyvíjely stejně a obě se snaží pečovat o pacienty, kteří jsou velmi zranitelní a mají mnoho potřeb. Personál na těchto pracovištích čelí často smrti těch, o které pečuje a musí se s touto skutečností vyrovnat. V obou typech péče je ošetrovatelská péče založena na poskytování komplexní péče jak o pacienty, tak o jejich rodiny. (O'Connor, 2005, s. 265)

V určitých situacích je rozhodování v intenzivní medicíně zatíženo etickými aspekty: invazivita léčby u osob vysokého věku, kardiopulmonální resuscitace osob v terminálním stádiu smrtelného onemocnění, přání pacienta *do not resuscitate* (DNR) a přijatelnost výsledku péče, míra handicapu. (Zadák, 2017, s. 23)

Z etického pohledu je možno respektovat přání pacienta nebýt ožívován v případě srdeční zástavy v situacích těžkého onemocnění a neuspokojivé kvality života deklarované pacientem, kdy lékař nabude přesvědčení, že jde o svobodné a uvážené přání, nikoliv o strach z obtěžování rodiny a společnosti. (Zadák, 2017, s. 24) Dříve vyslovené přání se stalo konkrétní kategorií v zákonné úpravě poskytování zdravotní péče v České republice, a tudíž je při splnění všech formálních požadavků hodno respektování. (Zadák, 2017, s. 24)

V průběhu života se názor na život a smrt vyvíjí a v minulosti zmíněný životní postoj nemusí být aktuální. Zkušenosti ukazují, že při reálné konfrontaci ohrožení života pacient volí život, ale bojí se bolesti a utrpení. (Zadák, 2017, s. 24)

Na oddělení intenzivní péče je mnoho hluku, přístrojů a ostré světlo. Tato technologie může přehlušit osobnost pacienta a vše, co je lidské a emocionální. Může se zdát, že zbývá málo

prostoru na myšlenky o paliativní péči. Na jednotkách intenzivní péče obvykle chybí hlavní princip paliativní péče, a to, že lidé jsou si vědomi toho, že umírají. (O'Connor, 2005, s. 265)

Může být obtížné poskytovat péči, která zaručuje „dobrou smrt“ z hlediska pacientů, jejich rodin i personálu. Tyto faktory se mohou dále zvýraznit s rozvojem sofistikovaných lékařských technologií. (O'Connor, 2005, s. 265)

Při akutním rozhodování bez znalosti prognózy je lékař odkázán plně na samostatné rozhodování, což se děje na základě společenské normy a osobního postoje lékaře. V situaci pochybností volí lékař aktivní přístup k záchraně života. (Zadák, 2017, s. 23)

Všeobecné sestry v rozhovorech poukazují na představy laiků, že sestry na intenzivní péči jsou spíše „technicky zdatné“. Sestry samy se domnívají, že intenzivní péče od nich vyžaduje velmi úzké vztahy s pacienty i jejich rodinami a uvědomují si, jak může být citová zainteresovanost vyčerpávající. (O'Connor, 2005, s. 267)

SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část poskytuje informace o paliativní péči a jejích formách. V paliativní péči je velmi důležité dbát na kvalitu života nemocného a na jeho přání. O paliativní péči by mělo být rozhodnuto ve chvíli, kdy kurativní léčba, již nenabízí nemocnému žádný prospěch. Výsledek o rozhodnutí a zahájení paliativní péče by měl být přijat všemi členy ošetřujícího personálu. Je nutné spolu s pacientem stanovit, které ze symptomů jsou pro něho nejvýznamnější a zabývat se jimi přednostně. V paliativní péči je tlumení úrovně vědomí, nejzazší řešení jinak nezmírnitelného utrpení z vnímání neztížitelné bolesti, obvykle v kombinaci s dušností a úzkostí. Do péče o nemocného by měla být zapojena jeho rodina a přátelé, pokud mají zájem se o nemocného starat. Důležitou součástí v péči o nemocného jsou zařízení poskytující paliativní péči. Není pravidlem, že je rodina nemocného schopna a ochotna se o nemocného postarat.

V nemocničních zařízeních by měl být stanoven přesný postup a terminologie pro zahájení paliativní péče. Přesný postup a terminologie předchází nedorozuměním a nepříjemným situacím při poskytování lékařské a ošetrovatelské péče.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Charakteristika výzkumného problému

Na oddělení Následné intenzivní péče se již dlouho potýkáme s problémem špatně definované paliativní péče. Lékaři používají různou terminologii, a to je matoucí jak pro samotné lékaře, tak pro ošetřující personál. Při uvedení nepřesné terminologie není stanoven jednotný postup při lékařské a ošetrovatelské péči. Tato skutečnost vede k rozporům v kolektivu.

Rodina je průběžně informována o zdravotním stavu pacienta a o postupech léčby. Pokud dojde k vyčerpání všech léčebných postupů a zdravotní stav pacienta se nadále zhoršuje, je s rodinou prodiskutována možnost paliativního režimu. Rodina je srozuměna s postupem paliativního režimu, co vše obnáší a jak je u pacienta nadále postupováno. Závěrečné rozhodnutí je však vždy na paliativní komisi. Pokud není rozhodnuto o paliativním režimu a tento termín je nahrazen jinou terminologií, může dojít k neúplnému informování rodiny. Každý lékař může stav a léčbu pacienta interpretovat rodině jinak a dochází k neúplnosti podávání informací. Rodina může být zmatena a vůči nemocničnímu personálu nedůvěřivá. Při nepřesných informacích nemusí rodina chápat závažnost stavu pacienta a při úmrtí pacienta může být rodina rozčarována.

Pokud je nastaven paliativní režim, je rodina vždy přesně informována a dochází méně k nedorozumění. Rodině jsou vždy opakovaně zodpovězeny všechny otázky. Příbuzní mohou u pacienta trávit více času, a pokud má rodina zájem, může se podílet i na péči.

Cíle výzkumné části

- 1) Zhodnotit správnost typu péče a léčby ve vztahu k definici paliativní péče u pacientů hospitalizovaných na oddělení Následné intenzivní péče (NIP) za rok 2020.
- 2) Na příkladu tří kazuistik hospitalizovaných pacientů prezentovat jednotlivé definice kurativní péče, paliativní péče a nepřesné terminologie.
- 3) Ověřit vliv nejednotné terminologie na ošetrovatelský personál (všeobecné a praktické sestry) a na jejich péči o pacienty.

Výzkumné otázky

- 1) Jaké bylo zastoupení pacientů v předem definovaných skupinách pacientů na oddělení Následné intenzivní péče za rok 2020?
- 2) Jak vystihují jednotlivé kazuistiky typ péče, kterou prezentují?
- 3) Jak sestry popisují pocity při uvedení nepřesné terminologie v dokumentaci pacienta?
- 4) Jak sestry popisují zkušenosti při uvedení nepřesné terminologie v dokumentaci pacienta?

Stanovení výzkumného vzorku

Do 1. části výzkumu byli zařazeni pacienti hospitalizovaní na oddělení Následné intenzivní péče za celý rok 2020. Ve 2. části výzkumu jsou pacienti, kteří zastupují definované skupiny ve vypracovaných kazuistikách. Do poslední části výzkumu byly zařazeny sestry pracující na oddělení Následné intenzivní péče. Jedná se tedy o záměrný výběr respondentů, o sestry pracující s pacienty ve třech předem stanovených skupinách pacientů na oddělení Následné intenzivní péče. Respondenti 3. části výzkumu tedy dobře reprezentují dané téma. Při výběru respondentů byla respektována zásada homogenity. Respondenti pracují na plný úvazek na oddělení Následné intenzivní péče, mají minimálně dvouletou praxi na tomto oddělení a byli ochotni zodpovědět otázku týkající se nepřesné terminologie. V rámci výzkumu bylo osloveno patnáct zdravotníků, z nichž dva nespĺňovali podmínku dvouleté praxe u lůžka a čtyři se odmítli výzkumu zúčastnit. Konečný počet zařazených respondentů je tedy devět. Data byla sepsána v MS Word a následně analyzována dle doporučení Tematické analýzy.

Tabulka 1 - Respondenti odpovídající na otázku o nepřesné terminologii

Respondenti	Věk	Pohlaví	Délka praxe celkem	Délka praxe na oddělení NIP	Dosažené vzdělání
1.	29 let	žena	3 roky	2 rok	vyšší odborné
2.	24 let	muž	4 roky	2 rok	středoškolské
3.	47 let	žena	27 let	11 let	středoškolské + specializace ARIP
4.	36 let	žena	18 let	9 let	vysokoškolské + specializace ARIP
5.	46 let	muž	16 let	5 let	vysokoškolské + specializace ARIP
6.	42 let	žena	8 let	6 let	středoškolské
7.	44 let	žena	24 let	12 let	středoškolské + specializace ARIP
8.	33 let	žena	14 let	7 let	středoškolské
9.	28 let	žena	9 let	3 roky	středoškolské

V tabulce č. 1 jsou uvedeni respondenti odpovídající na otázku týkající se nepřesné terminologie při poskytování paliativního režimu. Respondenti jsou rozděleni dle věku, pohlaví, délky praxe celkem a praxe na oddělení NIP, poslední údaj je dosažené vzdělání.

Popis skupin pacientů

První skupina je **kurativní péče**, kdy je pacient plně léčen. To zahrnuje kontinuální monitoraci krevního oběhu, dýchání, opakované krevní odběry, hodnocení jejich výsledků, antibiotickou terapii dle kultivací a citlivosti, podporu krevního oběhu katecholaminy (Noradrenalin, Dobutamin, Empressin), kontrolu příjmu a výdeje tekutin. Při zástavě krevního oběhu je zahájena KPR. Lékaři provádí vizitu u pacienta dvakrát denně. Ošetrovatelská péče je poskytována nepřetržitě. Během služby je prováděna kompletní hygiena pacienta, převazy všech invazivních vstupů a defektů (dekubity, operační rány, ...), plněny ordinace lékaře. Pacienti jsou v pravidelných intervalech polohováni. Ošetrovatelský personál dbá na kvalitní toaletu dýchacích cest. U pacienta je pravidelně monitorována bolest, analgetika jsou podávána v pravidelné medikaci. Pokud dojde ke zhoršení bolesti, je ihned reagováno dle ordinace lékaře. Rehabilitace se u pacientů provádí dvakrát denně dle aktuálního stavu.

Druhou skupinou je **paliativní režim**, kdy došlo k vyčerpání všech léčebných možností. U pacienta je prováděna kontinuální monitorace krevního oběhu a dýchání, je omezeno provádění krevních odběrů a antibiotická terapie. Je kladen důraz na léčbu bolesti, většinou kontinuální podávání analgezie nebo analgosedace, a na výživu pacienta. Při zástavě krevního oběhu se u těchto pacientů KPR nezahajuje. Lékaři provádí vizitu u pacienta dvakrát denně. Ošetrovatelská péče je poskytována nepřetržitě. Během služby je prováděna kompletní hygiena pacienta, převazy všech invazivních vstupů a defektů (dekubity, operační rány, ...), plněny ordinace lékaře. Pacienti jsou polohováni dle jejich aktuálního stavu. Ošetrovatelský personál dbá na kvalitní toaletu dýchacích cest. Rehabilitace se u pacientů provádí jen tehdy, pokud není pro pacienta bolestivá a nezhoršuje jeho stav.

Třetí skupinou je skupina **nepřesné terminologie**, kdy lékař uvede do dokumentace nepřesný termín, například nerozšiřování terapie, racionalizace péče, infaustní prognóza, a podobně. Z této nepřesné terminologie není patrné, jak bude dále u pacienta postupováno v léčbě. Následně vznikají nedorozumění, jak bude pokračováno či nepokračováno v léčbě pacienta. U pacienta je prováděna kontinuální monitorace krevního oběhu a dýchání, je omezeno provádění krevních odběrů a antibiotická terapie. Je kladen důraz na léčbu bolesti, většinou kontinuální podávání analgezie nebo analgosedace a na výživu pacienta. Zahajování KPR je u těchto pacientů nejasné. Lékaři provádí vizitu u pacienta dvakrát denně. Ošetrovatelská péče je poskytována nepřetržitě. Během služby je prováděna kompletní hygiena pacienta, převazy všech invazivních vstupů a defektů (dekubity, operační rány, ...), plněny ordinace lékaře. Pacienti jsou polohováni dle jejich aktuálního stavu. Ošetrovatelský personál dbá na kvalitní toaletu dýchacích cest. Rehabilitace se u pacientů provádí jen tehdy, pokud není pro pacienta bolestivá a nezhoršuje jeho stav.

Ve všech třech skupinách pacientů je prováděna plná ošetrovatelská péče bez ohledu na omezení medikace ve skupině paliativního režimu a nepřesné terminologie.

Další částí výzkumu je vypracování tří kazuistik, kdy jedna kazuistika zastupuje pacienty v předem definované skupině pacientů.

Třetí skupina pacientů mě přiměla doplnit výzkum o kvalitativní šetření založené na zjištění informací od ošetřujícího personálu, konkrétně všeobecných sester pečujících o pacienty na oddělení NIP, kdy prostřednictvím otevřených rozhovorů se zajímám o jejich názory, pocity a zkušenosti na téma nepřesné terminologie.

Postup zahájení paliativního režimu

Pacienti na oddělení NIP jsou hospitalizováni někdy i mnoho měsíců. Je velmi náročné určit hranici, kdy je léčebný postup pro pacienta ještě přínosem a kdy již benefit pro pacienta není žádný. Pro tento účel je v nemocnici stanoven postup zahájení paliativního režimu. Podnět k zahájení paliativního režimu může dát kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny či okruhu tzv. blízkých pacienta. K zahájení paliativního režimu by mělo být přistoupeno vždy až po zápisu do zdravotnické dokumentace a informování pacienta a jeho blízkých (u pacienta, pokud tak lze učinit s ohledem na jeho klinický stav). Informování pacienta a jeho blízkých provádí před zahájením paliativní péče primář nebo vedoucí lékař oddělení. Výsledek rozhodnutí o zahájení paliativní péče určí paliativní komise. Paliativní komise se schází dle potřeb jednotlivých oddělení na základě podnětu k zahájení paliativní péče. Svolání paliativní komise organizuje ředitel/ka ošetrovatelské péče.

Složení paliativní komise: ředitel/ka lékařské péče, ředitel/ka ošetrovatelské péče, primář oddělení NIP, JIP (Jednotka intenzivní péče), DIOP (Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče), primář/ka oddělení následné péče, primář/ka interního oddělení a vrchní/staniční sestry těchto oddělení. Pro usnášeníschopnost paliativní komise je nutná přítomnost minimálně tří členů komise, z toho minimálně dvou lékařů a jednoho nestranného dalšího člena komise.

Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o zahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci jako součást léčebného plánu.

Zápis o zahájení paliativního režimu na základě rozhodnutí paliativní komise je veden v nemocničním informačním systému, jako klinická událost „Zápis o zahájení paliativní péče.“ Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče musí obsahovat: odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí zahájení paliativní péče, formulování cílů další péče a léčebného postupu, prioritou léčebného plánu paliativní péče je odstranění známek bolesti, dyskomfortu a strádání, léčebný plán musí obsahovat dostatečnou ošetrovatelskou péči a analgosedaci přiměřenou klinickému stavu. Cíle péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány. Jakékoli již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno. Záznam o důvodech změny léčebného plánu musí být součástí zdravotnické dokumentace.

Realizace a organizace výzkumu

Výzkum byl realizován na oddělení Následné intenzivní péče v nemocnici, která se specializuje na následnou péči. Oddělení je součástí nemocnice od roku 2003, postupně docházelo k rozšiřování oddělení. V roce 2003 bylo oddělení otevřeno se čtyřmi lůžky, v roce 2005 došlo k rozšíření na 6 lůžek, dále v roce 2007 byla přidána další čtyři lůžka. V roce 2010 bylo oddělení rozšířeno na 12 lůžek, o dva roky později tedy v roce 2012 bylo oddělení zvětšeno na dvacet lůžek a v roce 2017 bylo oddělení rozšířeno na stávajících 24 lůžek. Oddělení je rozděleno na dvě stanice po 12 lůžkách, je členěno na dva jednolůžkové pokoje, jeden dvoulůžkový, dva třílůžkové, dva čtyřlůžkové a jeden šestilůžkový. Dále jsou na oddělení dvě sesterny, přípravny léků a koupelny pro pacienty. Personál má svou klidovou místnost a sociální zařízení. Každé patientské lůžko je polohovatelné s antidekubitní matrací. Součástí lůžka je monitor vitálních funkcí s možností invazivního měření arteriálního tlaku. U každého lůžka je elektrická odsávačka a plicní ventilátor. Dle potřeby je možnost použití infuzní techniky a lineárních dávkovačů dle stavu pacienta.

Management oddělení zajišťuje primář a dvě vrchně/staniční sestry. Dle pojišťovny je stanoven personál na jedno lůžko v počtu 1,3 všeobecné nebo praktické sestry (0,6 všeobecné sestry z toho 50 % s ARIP a 0,7 možno praktické sestry) a 1,4 ošetřovatelek. (Sbírka zákonů č. 99, 2012) Tj. celkem 30 úvazků všeobecných nebo praktických sester a 34 úvazků ošetřovatelek. Na dvanáctihodinových směnách pracuje 6 všeobecných nebo praktických sester a 6 ošetřovatelek. Praktické sestry pracují vždy pod dohledem všeobecných sester. Tudíž ve službě smí být maximálně tři praktické sestry. Ze všeobecných sester je 7,2 sester se specializací pro intenzivní péči (specializace ARIP). Na oddělení je praktikována skupinová péče. Lékaři pracují v režimu 24hodinových služeb a další lékař na 8hodinovou pracovní dobu. Dále jsou na 8 hodin denně součástí péče dva fyzioterapeuti. S oddělením také spolupracují specialisté: neurolog, psycholog, chirurg, stomatolog, gastroenterolog, ... Na oddělení dochází každý všední den nutriční terapeut a sestavuje s lékařem optimální plán výživy pro pacienty. Sociální pracovník je nápomocen mimo jiné při vyřizování detenčních řízení, finančních záležitostí pacientů a je nápomocen rodinám při vyřizování žádostí o opatrovnictví a při vyřizování žádostí o příspěvek na péči v případě návratu pacienta do domácího prostředí.

Na oddělení je zajišťována komplexní ošetřovatelská péče. Přímo na lůžku jsou prováděny výkony: zavádění centrálního žilního katetru, arteriálního katetru, provádění gastroscopie a kolonoskopie, zavádění Perkutánní endoskopické gastrostomie. Dále je na oddělení prováděna punkční tracheostomie, bronchoskopie. Vše za aseptických podmínek.

Na oddělení následné intenzivní péče jsou přijímáni pacienti s vyšších pracovišť, jako je JIP, ARO (Anesteziologicko-resuscitační oddělení), KARIM (Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny). Pacientům na NIP vždy selhávají životně důležité systémy. U všech pacientů došlo k selhání respiračního systému. Respiračnímu selhání předchází jiné závažné onemocnění, například jsou to cévní mozkové příhody, exacerbace CHOPN (Chronická obstrukční plicní nemoc), velké břišní a hrudní operace nebo úrazy, autonehody, kardiovaskulární onemocnění, dále stav po KPR (Kardiopulmonální resuscitaci).

Pacienti na oddělení NIP mají zajištěné dýchací cesty tracheostomickou kanylou. Tracheostomická kanyla je pro pacienta prospěšnější více než orotracheální intubace. Orotracheální intubace může být používána cca 7–10 dní a pacient musí být analgosedován. Tracheostomická kanyla může být zavedena měsíce, roky a v některých případech je ponechána pacientovi celý život. Pacient s tracheostomií má větší komfort a je možné u něj snižovat hloubku analgosedace a zahájit weaning.

Všichni pacienti na NIP mají zajištěné dýchací cesty tracheostomií. Jak pro pacienta, tak i pro ošetřující personál je toto zajištění nejvýhodnější. Pacient je po přijetí z vyšších pracovišť často analgosedován. Po přijetí se na oddělení dle stavu pacienta snažíme o postupné snižování a následné vysazení analgosedace.

Po odtlumení pacienta následně dle jeho ventilačních parametrů a laboratorních výsledků přistupujeme k postupnému weaningu. Délku intervalu weaningu (odvykání od umělé plicní ventilace – postupný charakter) hodnotíme dle fyziologických funkcí pacienta, laboratorních výsledků a – pokud je pacient při vědomí – i dle jeho subjektivního hodnocení. Na oddělení jsou velmi často přijímáni polymorbidní pacienti, kteří byli opakovaně hospitalizováni na různých odděleních nemocnic. Jejich následná rehabilitace a weaning je velmi problematický. Hospitalizace na NIP může trvat několik měsíců, mnohdy i let. K paliativní péči je přistupováno až po vyčerpání všech léčebných postupů.

Metodologie výzkumného šetření

Jedná se o Ad hoc výzkum s prvky Quan-Qual výzkumného designu, který začínal kvantitativním výzkumným designem a následně na základě zjištěných dat byl doplněn o výzkum kvalitativní.

První část výzkumného šetření probíhalo po celý rok 2020 na oddělení Následné intenzivní péče (NIP). Do výzkumného vzorku pro 1. část výzkumu byli zařazeni všichni pacienti hospitalizovaní v roce 2020 na oddělení NIP. Byl proveden retrospektivní sběr dat z IS. Byly shromážděny chorobopisy pacientů a důkladně rozděleny do tří skupin. Skupina kurativní péče, paliativní režim a skupina nepřesné terminologie. Dále byli v jednotlivých skupinách pacienti rozdělení dle pohlaví a věku. Uvedené skupiny prezentují kazuistiky (souhrn klinických pozorování průběhu těžké nemoci u několika nemocných, popis lékařsky zajímavých případů, chorob), které jsou součástí práce v příloze 1, 2 a 3. Pacienti pro jednotlivé kazuistiky byli vybráni náhodně. V kazuistikách je popsán léčebný postup pacienta v každé kategorii. Je uvedena lékařská diagnóza, pro kterou je pacient na oddělení hospitalizován. Popsán ventilační režim a jeho parametry, dále výživa pacienta. Poté je kazuistika zaměřena na léčbu pacienta. V léčbě je popsána antibiotická terapie, terapie bolesti a dále podpůrné léky jako je Noradrenalin, Furosemid. V neposlední řadě jsou v kazuistice uvedeny intervence ošetrovatelské péče.

V třetí části výzkumu byly provedeny otevřené rozhovory se sestrami, které pracují na oddělení Následné intenzivní péče. Rozhovory poskytly sestry, pracující na oddělení NIP 2 na plný úvazek, které byly ochotné se podělit o zkušenosti, názory a pocity na nepřesnou terminologii, kterou uvádí do zdravotnické dokumentace někteří lékaři. Rozhovor probíhal v kanceláři vrchní sestry, sestram byla položena pouze jedna otázka týkající se nepřesné terminologie u pacientů na oddělení Následné intenzivní péče a byl jim dán prostor k vyjádření pocitů, názorů a zkušeností. Jeden rozhovor trval 15 minut.

Analýza dat 3. části výzkumu – Tematická analýza

Při analýze dat získaných od sester pracujících na NIP bylo vycházeno z doporučení Tematické analýzy dat. Data byla analyzována v následujícím pořadí dle jednotlivých doporučení.

1. Čtení a opakované čtení

Při čtení a opakovaném čtení jednotlivých rozhovorů jsem se utvrdila v důležitosti otevření tématu paliativní péče k diskuzi mezi zdravotníky. Nyní pracuji ve vedoucí funkci, ale s přímou péčí o pacienty na NIPu mám desetiletou osobní zkušenost. Není výjimkou, že i dnes musím

často sestry u lůžka zastoupit. V každém rozhovoru s konkrétním respondentem jsem objevila myšlenky, situace a momenty se kterými se mohu zcela ztotožnit. Uvědomuji si, že i já jsem prožívala stejné situace, momenty a napadaly mě stejné nebo podobné myšlenky. S některými kolegy jsme již dříve na toto téma vedli opakovaně diskuze, jejichž výsledkem nebylo konkrétní řešení. Nyní z pozice vedoucího pracovníka cítím potřebu zabývat se tématem paliativní péče o to více. Což dle mého názoru znamená aktivně svým podřízeným naslouchat, projevoval empatii, otevírat téma k diskuzi s lékaři i s širším vedením nemocnice a směřovat ke konkrétnímu řešení jednotlivých problémů.

2. Počáteční poznámky a komentáře

Po důkladném a opakovaném čtení 1. rozhovoru byly do textu vpisovány počáteční poznámky a komentáře, které při čtení vyvstávaly a jeví se jako podstatné, důležité.

Ukázka rozhovoru

Během mé praxe na oddělení Následné intenzivní péče jsem se mnohokrát setkala s **nepřesnou terminologií při nastavování paliativní péče**. Pojem paliativní péče jasně stanovuje postup péče u pacienta. Pacient nesmí trpět bolestí a jinými symptomy doprovázející jeho onemocnění. Je mu zajištěna výživa dle jeho aktuálního stavu. Ošetrovatelským personálem mu je poskytována plná péče. Pokud je v dekurzu přímo a jasně zadána paliativní péče, sestra ví, jak má v péči o pacienta postupovat, sleduje bolestivé projevy pacienta, neklid, výživu a zajišťuje hygienu pacienta. Při změně fyziologických funkcí pouze informuje lékaře o této skutečnosti a dále ho informuje při zástavě krevního oběhu, ale neprovádí žádné intervence k obnově oběhu. Pokud je v dekurzu zadané: **“vzhledem k vyčerpání možností a účinku léčby bude terapie směřována symptomatickou paliativní cestou,”** (**Komentář: Nejistota respondenta**) nebo **racionalizace péče**, není pro mě jasně paliativní péče zadána. Použité slovo „bude“ vyvolává pocit nerozhodnosti, nejasné zadání a v důsledku i pocit viny. Pojem **racionalizace** je pro mě termín, pod kterým si neumím postup péče o pacienta přestavit. Sesterská ošetrovatelská péče je stále kompletní. Sleduji fyziologické funkce pacienta, výživu, diurézu, projevy bolesti, celkový stav pacienta. V případě změny u pacienta jsem nerozhodná, zda informovat lékaře nebo ne, **nevím, zda pacienta resuscitovat**. **Po konzultaci s kolektivem lékaře voláme vždy, ale stále není jasné, jak postupovat.** (**Komentář: Nejistota respondenta**) Zavolat lékaře? Jak bude reagovat? **V případě, že bych lékaře neinformovala, pak úmrtí pacienta ve mně vyvolává určitou vinu, zda jsem neměla jednat jinak.** (**Komentář: Pocit viny respondenta**) **Lékař je mnohdy nerozhodný jak u pacienta postupovat.** (**Komentář: Potřeba být právně krytý**) Dochází k prodlevě v péči a pacientovi je prodlužováno utrpení. (**Komentář: Vliv na kvalitu péče, prodleva při KPR,**

časté změny v terapii dle službu konajícího lékaře) V kolektivu vyvolává nepřesná terminologie nepříjemné situace. Každá ze sester si postup u pacienta představuje jinak, tudíž vznikají rozepře jak mezi sestrami, tak i lékaři. **Rodina není vždy schopna chápat stav pacienta.**

(Komentář: Tlak rodiny pacienta, nejsou podávány kompletní informace, nespokojenost rodiny) Rodina není informována komplexně. Každý lékař informuje rodinu jinak a rodina pak nemá ucelené informace. **Pro všechny zúčastněné je pak mnoho těchto situací nepříjemných.**

(Komentář: Nepříjemné klima na pracovišti, nervozita, stres, hádky personálu) Dle mého názoru je dobré v dekurzu jasně stanovit postup péče, pokud pacient do této skupiny pacientů dle jeho stavu patří.

Na základě mých osobních zkušeností považuji tato témata za klíčová. Dle mého názoru je tedy nutné se dále zamýšlet nad pocitem nejistoty, viny respondentů, potřebou být právně krytý, tlakem rodiny pacienta na ošetřující personál, klimatem na pracovišti a v neposlední řadě vlivem na poskytovanou kvalitu péče.

3. Rozvíjení vznikajících témat

Témata, která byla konkretizována, viz výše, se vztahují k výzkumným otázkám 3 a 4 a lze najít napříč všemi provedenými rozhovory. Mohu říct, že u každého respondenta vzniklo několik okruhů, vyplývajících z pocitů sester při uvedení nepřesné terminologie v dokumentaci pacienta i ze zkušeností, které souvisí s nepřesnou terminologie v této dokumentaci. Podrobné zpracování jednotlivých témat včetně konkrétních vyjádření jednotlivých respondentů lze nalézt v kapitole 5.3.

4. Otevřené kódování

Základními tématy, která se podařilo z rozhovorů lokalizovat, jsou **nejistota** a s ní spojený například nejistý postup při zhoršení stavu pacienta. Dále je uváděna **vina**, která souvisí nejen s nejistotou, ale i s pocitem, zda sestra například informovala lékaře o změně zdravotního stavu ve správnou chvíli. **Potřeba být právně krytý** opět souvisí s pocitem nejistoty i viny a tvoří důležitou část celku péče o pacienty. Na toto téma lze navázat další složkou, a to je **tlak rodiny pacienta**, kdy je opět důležité, aby sestra měla oporu v jasně stanoveném postupu péče o pacienta. Na což navazuje pocit jistoty i právní ochrany bez možného pocitu viny. **Klima na pracovišti** jako jedno z klíčových témat ovlivňuje v kladném i záporném slova smyslu všechny uvedené komponenty. Dobře nastavena interní i externí komunikace, může mít zásadní vliv na péči o pacienta a s tím související **kvalitu péče**. Je jasné, že jedno téma je ovlivňováno druhým a navzájem se prolínají. Pokud vznikne deficit či nejasnost v jedné části celku, projeví se to ve vlivu na jinou část či na celek samotný.

5. Hledání souvislostí napříč tématy

Jak již bylo, řečeno vztahy mezi tématy jasně existují. Například nejistota i pocity viny mohou souviset s potřebou být právně krytý, tlakem rodiny, klimatem na pracovišti a vlivem na konečnou kvalitu péče. A naopak kvalita péče může být ovlivňována například klimatem na pracovišti, nejistotou a vinou. Lze říct, že příčinou nejistoty nebo viny může být nedostatečně uspokojená potřeba právního krytí nebo nevhodné klima na pracovišti. Důsledkem nevhodného klimatu na pracovišti může být snížená kvalita péče o pacienta, mohou to ale být i pocity viny a nejistoty. Jako podmínku dobrého klimatu na pracovišti vidím kvalitně nastavenou interní i externí komunikaci, která by měla tvořit základ u všech stanovených témat.

6. Hledání vzorců napříč případy

Z rozhovorů jasně vyplývá, pokud je pacient správně zařazen v kategorii péče, ve které má dle svého aktuálního zdravotního stavu být, jsou u respondentů minimalizovány pocity nejistoty i viny. Je kladně vnímáno klima na pracovišti, respondenti se cítí bezpečně v otázce právního krytí a lépe zvládají tlak ze strany rodin a jsou přesvědčeni, že poskytovaná péče splňuje potřebné indikátory kvality.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole jsou prezentovány výsledky kvantitativního výzkumu všech tří částí výzkumu.

6.1 Prezentace výsledků 1. části výzkumu

Tabulka 2 - Dělení pacientů NIP za rok 2020 dle skupin, pohlaví a věku

Skupina	pohlaví	počet pac.	věk pac.
Kurativní péče	muži	40	65
	ženy	23	64
Chybná terminologie	muži	27	65
	ženy	17	70
Paliativní režim	muži	23	72
	ženy	5	71

V roce 2020 bylo na oddělení následné intenzivní péče přijato 135 pacientů. Tito pacienti byli rozděleni do tří skupin. První skupinou je kurativní péče, kdy je pacient plně léčen, v této skupině bylo 63 pacientů, z toho 40 mužů a 23 žen. Průměrný věk v této skupině je u mužů 65 let a u žen 64 let. Nejmladší věk muže v této skupině je 27 let a nejstaršímu muži bylo 83 let, nejmladší ženě bylo 23 let a nejstarší 88 let. Druhou skupinou jsou pacienti v paliativním režimu, kdy dojde k vyčerpání všech léčebných postupů a pacientovi již není možné podat léčbu, která by vedla ke zlepšení jeho zdravotního stavu, v této skupině bylo 28 pacientů, z toho 23 mužů a 5 žen. Průměrný věk mužů v paliativním režimu je 72 let a žen 71 let. Nejmladšímu muži bylo 41 let a nejstaršímu 87 let. Nejmladší ženě v této skupině bylo 46 let a nejstarší 93 let. Poslední skupinou jsou pacienti, u kterých je nepřesně použita terminologie a není ujasněn další postup léčby, v této skupině bylo 44 pacientů, z toho 27 mužů a 17 žen. Průměrný věk mužů v poslední skupině je 65 let a 70 let u žen. Nejmladšímu muži v této skupině bylo 21 let a nejstaršímu 83 let, nejmladší ženě bylo 26 let a nejstarší 91 let.

6.2 Prezentace výsledků 2. části výzkumu

V druhé části výzkumu jsou vypracované tři kazuistiky, které definují tři kategorie péče. Při prostudování léčebných postupů ordinovaných lékaři je patrné, že mezi skupinou paliativní péče a skupinou nepřesné terminologie není významný rozdíl.

V obou skupinách pacientů již nejsou prováděny krevní odběry. Terapie antibiotiky se při dalším vzniku infekci neordinuje. Je omezeno podávání minerálů. Je kladen důraz na léčbu bolesti, dle stavu pacienta podávána analgezie nebo analgosedace. Pokud je ordinována podpora oběhu katecholaminy (Noradrenalin) je stanoven maximální limit navyšování léčby, nadále se již dávky nezvyšuje při poklesu krevního tlaku. Výživa pacienta je často parenterální (do krevního oběhu), protože enterální výživu (do zažívacího traktu) již pacient není schopen tolerovat. Ošetrovatelská péče je u všech pacientů prováděna ošetřujícím personálem ve stejném režimu, liší se jen dle aktuálního stavu pacienta.

Tabulka 3 - Kazuistiky hospitalizovaných pacientů NIP

Kazuistiky hospitalizovaných pacientů NIP		
Kurativní péče	Nepřesná terminologie	Paliativní režim
XY (muž) 83 - letý pacient přijatý z interního JIP na oddělení NIP po prodělané bakteriální infekci, respirační insuficienci při bilaterální pneumonii	XY (žena) 75 - letá pacientka přijata z JIP na oddělení NIP po prodělaném iCMP. Po IVT náhle vzniklá dušnost, hyposaturace, tachykardie, nutno OTI a UPV	XY (muž) 76 - letý pacient přijat z ARO na oddělení NIP po resekci střeva (ileus), po operaci ponechán na UPV, snaha o extubaci neúspěšná, nutná OTI a UPV
Aktuální dg.: respirační selhání, pneumonie, sepse	Aktuální dg.: iCMP, akutní respirační selhání	Aktuální dg.: respirační selhání, pneumonie, ileus
Dekurz: pacient bez užitečného kontaktu, kachektický, nekoordinovaný pohyb končetin, oběhově stabilizovaný za vysoké podpory mimitiky, ventilace v režimu CPAP	Dekurz: pacientka mírně tlumena, nekomunikuje, nespolupracuje, brání se manipulaci, levostranná hemiparéza, oběhově stabilní, ventilace v režimu CPAP. Racionalizace terapie	Dekurz: pacient bez užitečného kontaktu, kachexie, septický šok, krevní oběh s vysokou podporou Noradrenalinu, ventilace v režimu CPAP, Symptomatická paliativní péče
Výživa: parenterálně, do NGS pouze H ₂ O s léky	Výživa: enterální, bolusové podávání výživy do PEG	Výživa: parenterálně, do PEG pouze H ₂ O s léky
ATB: Colomycin i.v. a do nebulizace, Linezolod i.v.	ATB: neordinovány	ATB: neordinovány
LD: Noradrenalin, Furosemid F., Morphin	LD: nenaordinovány, opiáty podávány bolusově	LD: Noradrenalin, Furosemid F., Morphin
Odběry: 1x týdně	Odběry: neordinovány	Odběry: neordinovány
Sesterský dekurz: péče o dýchací cesty, porucha kožní integrity - riziko vzniku dekubitů, porucha soběstačnosti - plně závislý, riziko infekce, riziko pádu, porucha výživy, hydratace - zajištěna konzultace s dietní sestrou, porucha vnímání, porucha vyprazňování	Sesterský dekurz: péče o dýchací cesty, porucha kožní integrity - riziko vzniku dekubitů, porucha soběstačnosti - plně závislý, riziko infekce, riziko pádu, porucha výživy, hydratace - zajištěna konzultace s dietní sestrou, porucha vnímání, porucha vyprazňování	Sesterský dekurz: péče o dýchací cesty, porucha kožní integrity - riziko vzniku dekubitů, porucha soběstačnosti - plně závislý, riziko infekce, riziko pádu, porucha výživy, hydratace - zajištěna konzultace s dietní sestrou, porucha vnímání, porucha vyprazňování

Tabulka 4 - Shrnutí kazuistik hospitalizovaných pacientů NIP

Shrnutí kazuistik hospitalizovaných pacientů NIP		
Kurativní péče	Nepřesná terminologie	Paliativní režim
Shrnutí kazuistiky:	Shrnutí kazuistiky:	Shrnutí kazuistiky:
Důvod přijetí pacienta: pacient přijat pro respirační insuficienci při bilaterální pneumonii	Důvod přijetí pacienta: respirační insuficience po prodělaném iCMP	Důvod přijetí pacienta: pacient přijat pro respirační insuficienci při bilaterální pneumonii
Hlavní cíl z hlediska léčby: udržení pacienta bez známek infekce, snižování ventilační podpory a snaha o postupné odvykání od umělé plicní ventilace	Hlavní cíl z hlediska léčby: udržení pacientky bez známek infekce, pacientka bez známek bolesti	Hlavní cíl z hlediska léčby: udržení pacienta bez známek infekce, snižování ventilační podpory a snaha o postupné odvykání od umělé plicní ventilace
Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle: kontrola infekce, aseptický přístup při výměně invazivních vstupů, pravidelné krevní odběry, důkladná toaleta dýchacích cest	Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle: kontrola infekce již není možná, rezistence bakterií k podávaným antibiotikům, bolusové podávání analgetik, pravidelná kontrola pacientky	Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle: kontrola infekce již není možná, rezistence bakterií k podávaným antibiotikům, opakované septické šoky, kontinuální podávání analgetik, pravidelná kontrola pacientky
Hlavní cíl z hlediska ošetrovatelské péče: kvalitní toaleta dýchacích cest	Hlavní cíl z hlediska ošetrovatelské péče: pacientka nebude mít bolest	Hlavní cíl z hlediska ošetrovatelské péče: pacientka nebude mít bolest
Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle: kvalitní toaleta dýchacích cest, pravidelné odsávání bronchiálního sekretu z dýchacích cest, inhalační terapie, pravidelná dechová rehabilitace 2x denně	Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle: sledování fyziologických funkcí pacientky, sledování bolestivých projevů při manipulaci, podávání analgetik, při projevech bolesti informovat lékaře	Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle: sledování fyziologických funkcí pacientky, sledování bolestivých projevů při manipulaci, podávání analgetik, při projevech bolesti informovat lékaře

V tabulce 3 a 4 jsou shrnuty kazuistiky, které jsou podrobněji popsány v příloze této práce. Tabulky jsou rozděleny do několika částí, v druhé tabulce je důvod přijetí pacienta, lékařská diagnóza, dekurz pacienta, dále je popsána výživa a léčba pacienta. V léčbě je zdůrazněna léčba antibiotiky, dále podpůrná léčba jako je podávání Noradrenalinu, Furosemidu a léčba bolesti. V další části je sesterský dekurz, kde jsou určeny ošetrovatelské diagnózy. Třetí tabulka je základní shrnutí kazuistik, jaký je důvod přijetí pacienta, hlavní cíl léčby, intervence léčby. Následuje cíl ošetrovatelské péče a intervence k dosažení cíle této péče.

Pokud si porovnáme jednotlivé kazuistiky, tak v kazuistice kurativní péče je pacient plně léčen. Jsou mu prováděny krevní odběry, na které je následně reagováno adekvátní léčbou. Pacient je léčen antibiotiky, kontinuálně je podporován krevní oběh Noradrenalinem. Dále se podává kontinuálně Furosemid a je nastavena léčba bolesti. Pokud by u pacienta došlo k zhoršení stavu a následné zástavě krevního oběhu, bude neprodleně zahájena KPR.

Pokud si porovnáme kazuistiku nepřesné terminologie a paliativní péče, v těchto kazuistikách je u léčby pacienta postupováno stejně. Pacienti již nejsou léčeni antibiotiky, nejsou prováděny krevní odběry. Hlavní prioritou je léčba bolesti. Rozdíl je pouze při zhoršení stavu pacienta. Při nastavení paliativní péče, kterou schvaluje paliativní komise a na základě jejího rozhodnutí je u pacienta sepsán formulář *Zápis o zahájení paliativního režimu* a při zhoršení stavu pacienta a následné zástavě krevního oběhu není KPR zahajována. Ve druhé skupině tento postup takto nastaven není, není podán návrh na zahájení paliativní péče, v dokumentaci u pacienta je lékařem konstatována neefektivita léčby a je zapsána nepřesná terminologie. Tudíž není předem přesně stanoven cíl léčby a postup při zhoršení stavu pacienta a následné zástavě krevního oběhu. V těchto případech je vždy volán službu konající lékař a na základě jeho rozhodnutí je či není zahajována KPR.

6.3 Prezentace výsledků 3. části výzkumu

Pro dosažení stanoveného cíle a zodpovězení výzkumných otázek byl použit kvalitativní terénní výzkum za využití přístupu tematické analýzy. Tematická analýza byla získaná z přepisů rozhovorů. V tomto výzkumném vzorku jsou sestry pracující na plný úvazek na oddělení NIP, které byly ochotné odpovědět na otázku: *“Co si myslí o nepřesné terminologii u pacientů na oddělení NIP, o které pečují.”* Celkem na mou otázku odpovědělo devět sester.

TÉMA 1. – NEJISTOTA

Pokud není u pacienta nastavena paliativní péče, ale je ve zdravotnické dokumentaci uvedena nepřesná terminologie, sestry si nejsou jisté, jak mají postupovat, pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. V případě paliativní péče, pokud dojde k zástavě krevního oběhu se již kardiopulmonální resuscitace nezahajuje. Toto však v případě nepřesné terminologie není upřesněno a v těchto případech sestry pocítují značnou nejistotu, jak při zástavě krevního oběhu u pacienta postupovat.

„Vlastně nevím, zda pacienta zachraňovat, pokud mu bude selhávat základní životní funkce či nikoliv.“

„Při racionalizaci léčby nevím, co se má u pacienta provádět a co již ne.“

„Termín racionalizace neurčuje například přesný postup v případě KPR, a to velmi ztěžuje práci sestry. Neví, jak se má v tuto chvíli rozhodnout, aby byl její postup správný.“

„Pokud je v dekurzu zadáno: “vzhledem k vyčerpání možnosti a účinku léčby bude terapie směřována symptomatickou paliativní cestou, není pro mě jasně paliativní péče zadána. Použití slovo „bude“ vyvolává pocit nerozhodnosti, nejasné zadání.“

„Sesterská ošetrovatelská péče je stále kompletní. Sleduji fyziologické funkce pacienta, výživu, diurézu, projevy bolesti, celkový stav pacienta. V případě změny u pacienta jsem nerozhodná, zda informovat lékaře nebo ne. Po konzultaci s kolektivem lékaře voláme vždy, ale stále není jasné, jak postupovat. Zavolat lékaře? Jak bude reagovat? Je dobré v dekurzu jasně stanovit postup péče.“

„Je pro mě velmi těžké si utřídit, jak mám při zástavě krevního oběhu postupovat. Pokud je v dokumentaci pojem paliativní péče, víme, jak máme při zástavě krevního oběhu postupovat a to nezahajovat KPR. Pokud je tento pojem nahrazen jiným, není přesně upřesněno, jak postupovat. Sami lékaři nemají ujasněno, jak postupovat a vzniká napjatá atmosféra.“

TÉMA 2. – VINA

Pokud sestry cítí nejistotu, jak dále v péči o pacienta postupovat, vždy informují o zhoršujícím se stavu lékaře. Sestry samy nemohou rozhodnout o postupu léčby u pacienta. V případě, že by neinformovala lékaře nebo by lékař nebyl v dalším postupu péče o pacienta rozhodný, mohla by sestra v těchto případech cítit vinu za postup péče u daného pacienta.

„V případě, že bych lékaře neinformovala, pak úmrtí pacienta ve mně vyvolává určitou vinu, zda jsem neměla jednat jinak.“

TÉMA 3. – POTŘEBA BÝT PRÁVNĚ KRYTÝ

Sestra musí také dbát o svou ochranu. Pokud by došlo například na soudní spor s rodinou pacienta, musí být v dokumentaci důkladně popsán další postup péče lékařem. A sestra musí daný postup přesně dodržet. Není oprávněna postupovat v rozporu s ordinací lékaře.

„Když tato situace nastane, budu informovat lékaře o nynějším stavu pacienta a dle jeho rozhodnutí, zda podat či nepodat konkrétní lék, budu postupovat. Vše řádně zapíšu do dokumentace. Veškeré rozhodnutí a zodpovědnost je na vedoucím lékaři.“

„Lékař je vždy informován o stavu pacienta. A je čekáno na jeho ordinace, což ztěžuje sestřím práci.“

TÉMA 4. – TLAK RODINY PACIENTA

Bohužel ne všechny rodiny jsou schopné chápat vážný stav pacienta. Chtějí plnou péči i po vyčerpání všech léčebných postupů. Pokud není ujasněn přesný postup péče, tak ani rodinám není podán ucelený obraz stavu pacienta. Mohou vznikat nedorozumění a následné konflikty s rodinou pacienta. Velmi často tak dochází k prodlužování utrpení pacienta.

„Za každou cenu pacienta zachraňovat, hledat další alternativy léčby. Pro pacienta už to bohužel žádný benefit nepřináší, naopak to prodlužuje jeho utrpení.“

TÉMA 5. – KLIMA NA PRACOVIŠTI

Při nepřesné terminologii není upřesněn postup další péče. Každá sestra i lékař na danou terminologii pohlíží jinak. Každý člen týmu si může postup péče představovat jinak. Členové týmu nemusí chápat pohled kolegy nebo kolegyně na danou situaci. Mohou vznikat napjaté situace při péči o pacienta. V krajních případech až konflikty mezi členy ošetřovatelského týmu.

„Pokud je tento pojem nahrazen jiným, není přesně upřesněno, jak postupovat. Sami lékaři nemají ujasněno, jak postupovat a vzniká napjatá atmosféra.“

TÉMA 6. – VLIV NA KVALITU PÉČE

Při nepřesné terminologii není dán přesný postup, jak postupovat při zhoršení stavu pacienta. Pokud službu konající lékař má jiný názor na postup než lékař, který v dokumentaci uvedl nepřesnou terminologii, může při následné péči dojít k prodlevě terapie. Například zpoždění při zahájení KPR.

„Mnohdy je stav pacienta vážný a tyto prodlevy mu mohou jen uškodit. Pokud již lékaři nechtějí u pacienta terapii rozšiřovat, mají přesně popsat postup při zástavě oběhu.“

7 DISKUZE

V diplomové práci byly stanoveny tři hlavní cíle práce, prvním cílem je zhodnotit správnost typu péče a léčby ve vztahu k definici paliativní péče u pacientů hospitalizovaných na oddělení Následné intenzivní péče za rok 2020. Druhým cílem je na příkladu tří kazuistik hospitalizovaných pacientů prezentovat jednotlivé definice kurativní péče, paliativní péče a nepřesné terminologie. Posledním cílem je ověřit vliv nejednotné terminologie na ošetrovatelský personál a na jejich péči o pacienty. K jednotlivým cílům byly stanoveny průzkumné otázky.

Průzkumná otázka č. 1 Jaké bylo zastoupení pacientů v předem definovaných skupinách pacientů na oddělení Následné intenzivní péče za rok 2020?

Celkem bylo přijato na oddělení Následné intenzivní péče za rok 2020 135 pacientů. Tito pacienti byli rozděleni do tří předem definovaných skupin, a to kurativní péče, skupina paliativního režimu a poslední skupinou je nepřesná terminologie. V první skupině bylo za rok hospitalizováno 63 pacientů, z toho 40 mužů a 23 žen. V druhé skupině bylo hospitalizováno 28 pacientů, z toho 23 mužů a 5 žen. V poslední skupině bylo hospitalizováno 44 pacientů, z toho 27 mužů a 17 žen.

V kategorii „nepřesné terminologii“ je poměrně velký počet pacientů. Toto číslo bohužel vyjadřuje počet pacientů, u kterých je nepřesně stanovena terminologie paliativní péče a není u nich předem stanoven postup péče při zhoršení stavu pacienta. U těchto pacientů není stanovena ani prognóza jejich zdravotního stavu, tudíž není předem stanoven cíl péče, jak bude probíhat následná léčba, dále není stanoven přesný postup při zhoršení stavu pacienta. Předem je však nastavena terapie bolesti, výživa a další terapie dle aktuálního stavu viz příloha 2. Není však upřesněn postup u zástavy krevního oběhu, zda zahájit KPR či nikoli. Tato aktivita pak závisí na službu konajícím lékaři a jeho ordinacích, což ztěžuje práci ošetrojícího personálu.

Bužgová, 2015, s. 31 ve své knize uvádí, že pro zlepšení obecné paliativní péče v nemocničních zařízeních je nutné zajistit včasnou identifikaci pacienta, který potřebuje paliativní péči, zajistit soukromí pro pacienty v konečném stádiu onemocnění, dále zajistit informovanost o možnostech léčby, o zdravotním stavu, prognóze a o možnostech péče. Umožnit a podporovat pacienta a jeho blízké, zajistit péči podle přání pacienta, řešit bolest a jiné příznaky onemocnění. Zajistit vhodnou koordinaci péče.

Průzkumná otázka č. 2 Jak vystihují jednotlivé kazuistiky typ péče, kterou prezentují?

Kazuistiky prezentují tři skupiny terapie, kterou ordinují lékaři na oddělení Následné intenzivní péče. První kazuistika prezentuje první skupinu péče a to kurativní. Kurativní péče je plná péče, kdy je ordinována veškerá dostupná terapie viz příloha 1. Tj. například antibiotická terapie na základě provedených odběrů na kultivaci a citlivost, dále opakované odběry krve dle aktuálního stavu pacienta. U pacientů je podávána převážně enterální výživa k zachování funkce zažívacího traktu. Pokud pacient netráví enterální výživu, například z důvodu septického stavu, je nasazena parenterální výživa. Infuzní terapie je podávána kontinuálně přes infuzní pumpu. Dále je hojně využíváno lineárních dávkovačů, což usnadňuje správné dávkování léků, jako jsou léky podporující krevní oběh (katecholaminy), léky podporující funkci ledvin (Furosemid), analgie, popřípadě analgosedace a jiné.

Druhá kazuistika prezentuje skupinu nepřesné terminologie, kdy je termín paliativní péče nahrazen nepřesným termínem, jako je „*Racionalizace*“ nebo „*terapie bude směřována symptomatickou paliativní cestou.*“ Tato terminologie je pro ošetrovatelský personál velmi matoucí, protože není předem dán postup péče při zhoršení stavu nebo zástavě krevního oběhu. V této situaci je vždy informován ošetrojící lékař, který následně zvolí postup další péče.

Drábková (2018, s. 58-59) ve své knize uvádí, že soudobá paliativní medicína je subspecializací medicíny a ošetrovatelské péče, která se soustřeďuje na léčbu velmi závažně nemocných pacientů a zčásti i na terapeutickou pomoc jejich rodinám. Zmiňuje také, že paliativní medicína má i své intenzivní odvětví, přebírané z algeziologie i intenzivní medicíny. Má společný, multidisciplinární a týmový úkol – optimalizovat průběh konečné fáze života. Úkolem týmu je zajistit pacientovi komfort, klid a důstojnost.

Třetí kazuistika prezentuje paliativní režim, viz příloha 3, kdy je paliativní komisí ustanoveno zahájení paliativní péče po vyčerpání všech léčebných možností. Je kladen důraz na léčbu bolesti. Je podávána kontinuální analgie nebo analgosedace. Většinou je podávána parenterální výživa, protože zažívací trakt již netráví podávanou enterální výživu. Pokud je stanovena paliativní péče, je předem znám postup při zhoršení stavu pacienta nebo při zástavě krevního oběhu. V tomto případě se již nezahajuje kardiopulmonální resuscitace.

Rodina je průběžně informována o zdravotním stavu pacienta. V průběhu hospitalizace je příbuzným vysvětlována právě nastavená terapie. Po vyčerpání všech léčebných postupů je s příbuznými probrán další postup terapie. Je jim objasněn postup paliativní péče, co vše tento

postup obnáší. Příbuzným jsou zodpovězeny všechny případné dotazy. Kontakt s pacientem je neomezený a rodina se může podílet na péči, pokud má zájem.

Vorlíček, 2004, s. 27 ve své publikaci uvádí názor, že mnoho zdravotníků se domnívá, že paliativní péče znamená omezení či zjednodušení léčby v případě, když není naděje na uzdravení nemocného. Skutečnost, že je pacient nevléčitelně nemocný, není důvod k minimalizaci léčby, je však výzvou k vyjasnění cílů léčby. Což může být například prodloužení přežití u onkologicky nemocných pacientů

Průzkumná otázka č. 3 Jak sestry popisují pocity při uvedení nepřesné terminologie v dokumentaci pacienta?

Na otázku týkající se nepřesné terminologie *“Co si myslíte o nepřesné terminologii u pacientů na oddělení NIP, o které pečujete.”* Na tuto otázku mi odpovědělo devět sester pracujících na oddělení Následné intenzivní péče. Peče o pacienty, kteří mají v dokumentaci uvedenou nepřesnou terminologii je dle slov sester velmi náročná a pociťují velkou nejistotu v péči o tyto pacienty.

Při nepřesné terminologii sestry nevědí, zda mají pacienta zachraňovat při selhání základních životních funkcí. Pojem racionalizace je pro ně nesrozumitelný termín, pod kterým si neumí představit, jak mají o pacienta pečovat. Tento termín jim neurčuje, zda se při zástavě krevního oběhu zahajuje KPR.

Sestry při péči o tyto pacienty pociťují velkou nejistotu, co se týče dalšího postupu péče. Pociťovaly by vinu, pokud by neinformovaly lékaře o zhoršujícím se stavu pacienta a došlo k následnému úmrtí pacienta.

Pro sestry je péče o pacienty v každé skupině stejná. Provádí komplexní ošetrovatelskou péči u všech pacientů. Při nepřesné terminologii však sestry pociťují při komunikaci s lékařem nejistotu, co se týče reakce lékaře při informování o zhoršení stavu pacienta.

I při samotném poskytování paliativní péče pociťují sestry určitou míru stresu. Drtinová ve své diplomové práci uvádí, že až 59 % sester poskytujících paliativní péči pociťuje více stresu než sestry na jiných odděleních. (Drtinová, 2015, s. 57)

Diplomová práce Drtinové je zaměřena na specifika práce všeobecné sestry v paliativní medicíně. Výzkum byl proveden kvantitativním šetřením formou anonymního dotazníku, který obsahovat 26 otázek. Na tento dotazník odpovědělo celkem 96 sester pracujících v lůžkových zařízeních hospicové péče. Šetření bylo zaměřeno na názory sester, jak vnímají pozitivní

a negativní stránky své činnosti, dále na názory sester na nutnost vzdělávání v paliativní péči. Další otázky se týkaly subjektivního názoru sester na stres při poskytování paliativní péče. Následují otázky na syndrom vyhoření.

Sestry vidí problém i v komunikaci v týmu. Pokud je nepřesně nastaven postup paliativní péče, vzniká na oddělení řada nedorozumění, a to ztěžuje péči o pacienty. V kolektivu je pak narušena komunikace jak mezi sestrami, tak mezi sestrou a lékařem. Drtinová uvádí, že 100 % sester uvádí důležitost komunikace. (Drtinová, 2015, s. 64)

Průzkumná otázka č. 4 Jak sestry popisují zkušenosti při uvedení nepřesné terminologie v dokumentaci pacienta?

Zkušenost s paliativní péčí a nepřesnou terminologií mají všechny sestry odpovídající na otázky. Sestry uvádí, že chtějí, aby pacienti na následné intenzivní péči dlouhodobě netrpěli a byl jim umožněn důstojný odchod bez prodlužování utrpení. Což v případě nepřesné terminologie není pravidlem. Dochází k častému měnění terapie dle sloužícího lékaře a tím dochází k prodlužování utrpení pacienta, což u sester vyvolává marnost a nepochopení postupů léčby. Drtinová ve své práci uvádí, že až 74 % sester poskytujících paliativní péči je ohroženo syndromem vyhoření. (Drtinová, 2015, s. 59)

Drábková (2018, s. 53–54) ve své knize *Následná intenzivní péče* uvádí, že role sestry se v uplynulých letech změnila a sestra se stala rovnocenným partnerem lékaře. Zároveň se zvýšily nároky na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelství se stalo samostatnou vědní disciplínou, což posílilo vědomí sester a dodalo jim postoj osobnosti s vlastním svižným a nejčastěji i výstižným úsudkem. Na sestry jsou kladeny vysoké nároky, jsou totiž nejbližší pacientovi a tvoří most v komunikaci mezi ním a jeho rodinnými příslušníky a lékařem. Na odděleních dlouhodobé intenzivní péče jsou tyto nároky vyšší z důvodu dlouhodobé hospitalizace pacientů spojené často s nepříznivou prognózou.

Drábková (2018, s. 54) ve své knize zdůrazňuje také nutnost věnování pozornosti i rizikům pro zdravotníka – možnosti frustrace a vyhoření se zásadou, že připravenost je nejvýznamnější složkou pro dané situace a „hrozby.“

Každý člen ošetrovatelského týmu má nezastupitelné místo v poskytování péče pacientům hospitalizovaných na oddělení *Následné intenzivní péče*. Týmová práce je velmi podstatná k péči o pacienty, a proto pokud není souhra všech členů týmu a není předem ujasněn cíl péče, nemohou poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči a mohlo by docházet k poškození pacientů

a velkým rozporům v celém týmu. Proto by i na názory a zkušenosti sester měl být ze strany lékařů brán větší zřetel. Jejich zkušenosti jsou velkým přínosem v péči o dlouhodobě nemocné pacienty a jejich názor na poskytovanou péči je mnohdy velkým přínosem pro pacienta.

8 ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se zabývala tématem paliativního režimu a nepřesné terminologie při vyčerpání všech možností léčby u pacienta na oddělení Následné intenzivní péče, kde je poskytována péče pacientům s chronickým onemocněním často s nepříznivou prognózou.

U těchto pacientů je velmi důležité mít ucelený pohled na poskytovanou péči a postupovat dle předem stanoveného plánu péče. Pokud dochází k roztržité péči a není lékaři postupováno ve stejném režimu, dochází k prodlužování utrpení pacienta.

Nepřesná terminologie neuvádí ucelený postup v péči o pacienta. Především postup při vyčerpání všech léčebných postupů, když již nejsme schopni pacientovi poskytnout léčbu, která by vedla ke zlepšení jeho zdravotního stavu. V další terapii je důležité dbát na léčbu bolesti a dalších nepříjemných symptomů pacienta v terminálním stádiu onemocnění. Jedním z nejdůležitějších problémů v péči o tyto pacienty je nastavení postupu při zástavě krevního oběhu.

Právě nepřesné definování paliativní péče ztěžuje sestřím péči o pacienty. Jako největší problém pocítují fakt, že není definován postup, zda mají u pacientů s nepřesnou terminologií zahajovat KPR při zástavě krevního oběhu.

Drábková (2018, s. 537) ve své knize uvádí nutnost sjednocení paliativní intenzivní péče, vytvoření již v populaci správného pochopení pojmu životní vůle a předem vyslovených přání a rozhodnutí, seznámit se s možnostmi současné intenzivní péče, ale i s jejími mezemi.

Pro lékaře je velmi těžké a složité připustit fakt, že již nejsou schopni pacientovi poskytnout léčbu, která by byla nadále prospěšná jeho zdravotnímu stavu. Není snadné rozhodnout o nerozšiřování terapie a následném zahájení paliativní péče. Proto je možné, že lékaři do dokumentace záměrně uvádějí nepřesnou terminologii, aby se nemuseli přímo rozhodnout o nenavyšování další terapie. Při uvedení nepřesné terminologie nechávají lékaři rozhodnutí o postupu při zástavě krevního oběhu u pacienta na službu konajícím lékařům. Toto však nebylo předmětem výzkumu této diplomové práce. Bylo by však zajímavé provést rozhovory s lékaři a pokusit se definovat, co je vede k uvádění nepřesné terminologie u pacientů v terminálním stádiu onemocnění.

Jako sestra pracující na oddělení Následné intenzivní péče vidím velkou potřebu ve správném nastavení paliativního režimu. Sestry na těchto odděleních jsou pod velkým tlakem, jak ze strany pacientů, jejich rodin, tak bohužel i ze strany lékařů při poskytování ošetrovatelské péče.

Pokud by byly postupy paliativního režimu správně nastaveny u všech pacientů v terminálním stádiu, bylo by toto velkým přínosem v práci sester.

Tato diplomová práce má charakter teoreticko – empirický. Teoretická část se zabývá popisem a rozdělením paliativní péče. V popředí práce jsou vymezeny základní pojmy spojené s paliativní péčí. Dále je charakterizováno umírání, utrpení a smrt. Rozdělení zdravotnických zařízení poskytujících paliativní péči. V další kapitole jsou popsány aspekty paliativní péče – tělesné, sociální a etické, dále i duchovní. V další části je popsáno oddělení intenzivní péče a následné intenzivní péče a charakteristika pacientů přijímaných na toto oddělení.

Empirická část diplomové práce je rozdělena do tří částí. První část se zabývá pacienty na oddělení následné intenzivní péče za rok 2020. Pacienti jsou rozděleni do tří skupin. Skupina kurativní péče, paliativní péče a třetí je skupina pacientů, u kterých je zvolena nepřesná terminologie při poskytování paliativní péče. Druhou částí výzkumu je zpracování tří kazuistik, které definují tři typy poskytované péče. Třetí částí jsou rozhovory se sestrami, které poskytují péči na oddělení Následné intenzivní péče. Sestry popsaly své zkušenosti a pocity při poskytování péče u pacientů s nesprávnou terminologií při poskytování paliativní péče.

V práci byly stanoveny tři cíle: prvním cílem je *Zhodnotit správnost typu péče a léčby ve vztahu k definici paliativní péče u pacientů hospitalizovaných na oddělení Následné intenzivní péče (NIP) za rok 2020.* Druhý cíl je *Na příkladu tří kazuistik hospitalizovaných pacientů prezentovat jednotlivé definice kurativní péče, paliativní péče a nepřesné terminologie.* Posledním cílem bylo *Ověřit vliv nejednotné terminologie na ošetrovatelský personál (všeobecné a praktické sestry) a na jejich péči o pacienty.*

Prvního cíle bylo dosaženo, došlo k zmapování typu péče a léčby ve vztahu k definici paliativní péče. Bylo zjištěno, že 44 pacientů bylo chybně zařazeno do skupiny nepřesné terminologie, přesto že by již splňovali kritéria k zařazení do paliativní péče. Tudíž u těchto pacientů měl být podán ošetřujícím lékařem návrh na zahájení paliativní péče a pacient měl být předán k posouzení paliativní komisi.

Druhého cíle bylo taktéž dosaženo. Byly vypracovány tři kazuistiky hospitalizovaných pacientů, které měly prezentovat jednotlivé typy péče. Byla vypracována kazuistika kurativní péče, nepřesné terminologie a paliativní péče. Kazuistiky jsou přílohou této práce.

Třetího cíle bylo dosaženo. Byl ověřen vliv nejednotné terminologie na všeobecné a praktické sestry a na jejich péči o pacienty v této kategorii. Se sestrami byl proveden otevřený rozhovor

a byla jim položena jedna otázka týkající se nepřesné terminologie u pacientů na oddělení Následné intenzivní péče.

Přínos práce vidím v rozšíření svých vědomostí, co se týče tématu paliativní péče. Dále důležité zmapování počtu pacientů s nastavenou nepřesnou terminologií při poskytování paliativní péče na oddělení Následné intenzivní péče. Vzhledem k tomu, že oddělení Následné intenzivní péče je součástí malé nemocnice, chtěla bych v budoucnu realizovat přednášku o paliativní péči s následnou diskuzí, kde každý účastník může sdělit svůj názor a zkušenosti s nastavením a postupem paliativní péče. S vedoucími lékaři jednotlivých oddělení prodiskutovat nutnost správného nastavení paliativní péče a snažit se nalézt společný postup, jak předcházet nepřesné terminologii při poskytování paliativní péče. Nastavením uceleného postupu při poskytování paliativní péče by se pro sestry velmi ulehčila ošetrovatelská péče o pacienty, u kterých má být nastavena paliativní péče, ale tento termín je nahrazen nepřesnou terminologií.

Vzhledem k velkému vytížení všeobecných a praktických sester se mi nepodařilo provést podrobnější rozhovory. Při hlubším rozboru tématu mohly být zjištěny hlubší informace, které se týkají pocitů a zkušeností sester poskytujících péči pacientům v paliativním režimu. Zajímavé by mohly být i názory, jak by si představovaly dobře nastavenou paliativní péči. Dále co by u pacientů v paliativní péči nemělo chybět a co by sestřám pomohlo v péči o tyto pacienty.

9 BIBLIOGRAFIE

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4754-024.

BUŽGOVÁ, Radka a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2012. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetrovatelství a porodní asistence*. **2012**(2), 404-414. ISSN 1804-2740.

ČERNÝ, Vladimír, ed., 2009. *KONSENSUÁLNÍ STANOVISKO K POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE U NEMOCNÝCH S NEZVRATNÝM ORGÁNOVÝM SELHÁNÍM* [online]. In: . Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP, s. 1-8 [cit. 2020-11-22]. Dostupné z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2019/03/2009_paliativni.pdf

Český statistický úřad [online]. [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statistiky>

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

DRTINOVÁ, Šárka, 2015. *Specifikace práce všeobecné sestry v paliativní medicíně*. Plzeň. Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2034-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-726-2132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

JAKOUBKOVÁ, Jaroslava, 1998. *Paliativní medicína*. Praha: Galén. Trendy soudobé onkologie. ISBN 80-858-2478-7.

- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4746-500.
- MAREK, Josef, 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4726-397.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2008. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vydrří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-304-3.
- Národní datová základna paliativní péče* [online], 2016. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: <https://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>
- O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4746-593.
- Sbírka zákonů č. 99*, 2012. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví, ročník 2012, 39/2012. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99#p1>
- SIKOROVÁ, Lucie a Radka BUŽGOVÁ, 2013. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-7464-264-7.
- SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-807262-505-5.

ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA, 2006. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-8592-2.

VÁCHA, Marek, 2019. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. 1.vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1158-9.

VORLÍČEK, Jiří, 2004. *Paliativní medicína*. Druhé přepracované vydání a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0279-7.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN ISBN978-80-247-3742-3.

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

10 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Kurativní léčba	66
Příloha 2 – Nesprávná terminologie	72
Příloha 3 – Paliativní péče	77

Přílohy 1 - Kurativní léčba

KURATIVNÍ LÉČBA

XY (muž) 83 - letý polymorbidní pacient byl 12.05. přijatý z domácího ošetřování cestou rychlé záchranné služby na interní JIP (jednotka intenzivní péče) pro bakteriální infekci, respirační insuficienci při bilaterální pneumonii. COVID PCR negativní, pokus o NIV (neinvazivní ventilace) neúspěšný, OTI (orotracheální intubace), UPV (umělá plicní ventilace), sepse, mimetická podpora oběhu. Pro flutter síní sycen Cordaronem. 10.6. pokus o extubaci s časnou reintubaci (po cca 9hod), 11.6. provedena punkční TSK (tracheostomie). 16.6. vznik infekce Klostridiová kolitida, per os podáván Vankomycin, 18.6. provedena kanylace CŽK (centrální žilní katetr), na rentgenovém snímku prokázán drobný PNO (pneumotorax) vlevo, pneumotorax klinicky asymptomatický, proto postupováno konzervativní terapií, 20.6. proveden kontrolní RTG S+P (rentgen srdce, plíce) snímek, kde i nadále drobný PNO bez progresu. Pacient kardiopulmonálně kompenzován, ventiluje v režimu CPAP s nízkou podporou. 21.6. po domluvě přeložen na NIP k weaningu.

Anamnéza:

RA: bezvýznamná;

OA: Recidivující neuralgie 2 a 3 větve n.V vlevo na podkladě neurovaskulárního konfliktu/ -arteria cerebelli superior/, st.p. mikrovaskulární dekomprese 3/2015, ICHS, st.p. duplexním aortokoronárním bypassu 7/2015, st.p. opakovaných kolapsových stavech pro hypotenzi při dehydrataci, esenciální hypertenze, varixy LDK, hyperlipidémie, st. p CHCE, APPE, levostranná tříselná kýla;

FA: Biston 200mg 1-0-2, Helicid 20mg 1-0-0, Sortis 20mg 0-0-1, Neurol, Cipralex 10mg 1-0-0, Lyrica 150mg 1-1-1, Orfiril 500mg 1-0-1, Penester 5mg 0-0-1, Furon 40mg 1/2-0-0, Verospiron 25mg 1-0-0, Buronil 25mg 1-0-1, Novalgin 1-1-1;

AA: neudává

PA: dříve zámečník, nyní již ve starobním důchodu

SA: žije s manželkou v paneláku, má dva syny

Abúzus: od roku 1980 nekouří; alkohol příležitostně

Aktuální diagnózy související s hospitalizací:

Respirační selhání, Typ nespecifikován

Pneumonie

Sepse

Tracheostomie

DEKURZ:

Subj.: pacient při vědomí, komunikuje minimálně, proto nelze získat informace

Obj.: Pacient bez užitečného kontaktu, kachektický, nekoordinovaný pohyb končetin, bez icteru a cyanosy, oběhově stabilizovaný za vysoké podpory mimetiky (Noradrenalin), ventilace v režimu CPAP se střední navyšovanou podporou, výživa enterální do nasogastrické sondy
Hlava: bez známek poranění, uši i nos bez výtoku, bulby ve středním postavení, bez nystagmu, skléry bílé, spojivky růžové, zornice izo, foto +/-,

Krk: karotidy tepou symetricky, šelest 0, ŠŽ nehmatná, náplň krčních žil nezvýšena; TCHS

Hrudník: dýchání symetrické, sklípkové, bilaterálně hojně přenesených fenomenů, zahleněný, ozvy 2 ohraničená, šelest 0;

Břícho: v niveau, měkké, prohmatné, nereaguje bolestivě, perist +, bez hmatné rezistence;

Končetiny: HKK i DKK bez otoků, aktivně volně hybné, lýtka měkká, bez známek TEN, klidné varixy.

Kůže: sakrální dekubitus IV. stupně velikost 4x5cm, pravá pata dekubit IV stupně velikost 3x3;

UPV: CPAP/PPS, PS 18, PEEP 5, FiO2 0.4, MV cca 8 L

Lab:

Substráty: S_Glukóza: 7,89 S_Urea: 9,3 S_Kreatinin: 136

Ionty, stopové prvky: S_Na (Sodík): 143 S_K (Draslík): 3,7 S_Cl (Chloridy): 114 S_Ca (Vápník): 2,38 Osmolalita - výp.: 303

Bílkoviny: S_CRP (c-reaktivní protein): 65,6

Acidobazická rovnováha: pH: 7,381 pCO2: 5,86 pO2: 10,08 BE: 1,40 HCO3: 26,30 TCO2: 27,7 sO2: 94,6

Krevní obraz: B_Hemoglobin [HG: 84 B_Erytrocyty př. [RB: 2,99 B_Hematokrit [HC: 0,275 B_Stř.obj.erytr. [MC: 92,0 Barvivo Reitr. [MC: 28,1 B_Stř.barev.kon. [MCH: 305 B_Erytr.křivka [RD: 17,0 B_Leukocyty př. [WB: 11,0 Trombocyty př. [PL: 178 B_Tromb.hematokr. [PC: 0,22 B_Tromb.stř.obj. [MP: 12,6 B_Tromb.křivka [PD: 16,9

Dif. rozpočet leukoc: B_Neutrofilní segmen: 0,610 B_Eozinofilní segmen: 0,044 B_Bazofilní segment: 0,008 B_Lymfocyt: 0,261 B_Monocyt: 0,077 B_Neutrofilny - abs. p: 6,72 B_Eozinofily - abs.po: 0,48 B_Bazofily - abs. poč.: 0,09 B_Lymfocyty -abs. poč.: 2,87 B_Monocyty - abs. poč.: 0,85

NGS: Fresubin original 70ml/h kontinuálně + proplach 50ml H₂O á 3hod s kontrolou rezidua

- Protifar 3 x denně 1odměrka

- STOP, pouze medikace + 50ml H₂O, v mezidobí na spád

ATB: 12. Colomycin 1MIU i.v. á 8hod. 14-22-06

2. Colomycine 2 mil j a 8 hod. nebul 14-22-06

2. Linezolid 600 mg a 12 hod. i.v. 11-23

Medikace p.o., NGS:

	6	12	18	21	zítra 6	pozn.
Helicid 40mg cps	X	0	1	0	1	
Kinito 50mg tbl	X	1	0	0	1	
Tiapridal 100mg tbl	X	1	1	1	1	
Cordarone 200mg tbl.	X	0	0	0	1	
Verospiron 25mg tbl.	X	0	1	0	0	
NAC AL 600mg tbl.	X	0	0	0	1	
NaCl 1 g cps	X	2	1	2	1	
Kalnormin 1 g tbl	X	1	1	0	1	
Citalopram 20mg tbl	X	0	0	0	1	
Trittico 150mg tbl	X	0	0	1/3	0	
Reasec 2.5mg tbl	X	2	2	0	2	dle potřeby
Loperon 2mg tbl	X	2	2	2	2	dle potřeby
Quetiapin 25mg tbl	X	0	0	1-2	0	dle potřeby
Lacidophil cps	X	1	1	0	1	
Diluran 250mg tbl	X	0	0	0	1	

Paracetamol 1g tbl d.s. při TT nad 38°C, max. á 6hod.

Indometacin 100mg supp. Per rektum, při nedostatečném účinku Paracetamolu, max. á 12hod.

MEDIKACE parent., inhalační:

Clexane 0.6ml á 24 hod. s.c.

18

Clexane 0,4ml á 24hod. s.c. 06
CaCl2 2amp. á 12hod. i.v. 12 - 24

Infuze: I. Plasmalyte 500ml – kontinuálně 30ml/hod.
II. Glucosa10% 500ml - kontinuálně 50ml/hod.

LD: Noradrenalin 10mg/50ml G5% kont. 0 -10ml/h dle MAP 70-80mm.Hg., nyní 10 ml/h
Furosemid F 250mg/40ml kont. 0 - 4ml/h dle diuresy, cíl vyrovnaná BT, nyní 2 ml/h
Morphin 50 mg/50 ml, kont. 3 ml/h

Inhalace: Berodual N spray 2vdechy á 12hod. do okruhu 20 - 08
BudiAir spray 2vdechy á 24hod. do okruhu 08

Ostatní ordinace:

monitor EKG, P, SpO2 kontin.; TK a 1 h, hodinová diuréza, bilance tekutin á 6 hod., polohování dle metodiky, prevence a ošetřování již vzniklých dekubitů dle potřeby minimálně 1x za 24 hod. (převaz dekubitu Betadine roztok a sterilní krytí), elevace horní poloviny těla o cca 30 st., péče o PMK, TCHS, NGS, CŽK;

- glycerini supp. nebo Yal roztok, laktulóza sol 20ml á 12hod., Fortrans roztok 1-2L dle potřeby

- při nepřítomnosti stolice déle než 5dní;

- odběry 1x týdně (Út): ABR, glykémie, Na, K, Cl, Ca, urea, kreat., CRP, KO+diff.; anti Xa

SESTERSKÝ DEKURZ:

Průběh hospitalizace:

Vědomí: při vědomí, komunikuje minimálně, výzvě nevyhoví, spolupracuje minimálně

Respirace: TSK, UPV v režimu CPAP, weaning minimálně, odsávání z dýchacích cest dle potřeby

Výživa: NGS – dle rozpisu lékaře – kontinuálně

Vyprazdňování: PMK – odvádí, stolice pravidelná

Invazivní vstupy:

TSK, CŽK, PMK, NGS

Kožní defekty:

Sacrum + levá pata – IV. stupeň – ošetřováno denně – Betadine roztok + sterilní krytí

V ošetrovatelských diagnózách intervenujeme v těchto oblastech:

- Péče o dýchací cesty – důsledná toaleta dýchacích cest, odsávání bronchiálního sekretu, inhalační terapie, dechová rehabilitace
- Porucha kožní integrity – **riziko vzniku dekubitů** (Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové – celkové hodnocení **15**, nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně) – polohujeme pacienta, používáme antidekubitní matraci a polohovací pomůcky, pečujeme o pokožku – hygiena, promazávání kůže, dbáme na dostatečnou výživu pacienta
- Porucha soběstačnosti – **plně závislý** (Barthelův test základních všedních činností – celkové hodnocení **0** – **vysoce závislý**) pacient není schopen o sebe samostatně pečovat, zabezpečujeme veškeré základní potřeby – výživu, vyprazdňování, hygienu, polohování pacienta
- Riziko infekce – pacient má zaveden PMK, CŽK, NGS, TSK – aseptický postup při výměně invazivních vstupů, aseptické převazy vstupů, kontrola zavedení a okolí vstupů
- Riziko pádu – **riziko pádu** (riziko pádu – celkové hodnocení **6**, riziko pádu hrozí při skóre 3 a vyšší) - zvýšený dohled u pacienta, opakované kontrolování pacienta
- Porucha výživy, hydratace – **zajištěna konzultace s dietní sestrou** (nutriční screening – celkové hodnocení – **6**, bodové hodnocení 4–7 nutné vyšetření dietní sestrou, speciální dieta) – (nutričním terapeutem), neschopnost příjmu potravy, sledování příjmu a výdeje tekutin, kontrola trávení, sledování sliznic a kůže
- Porucha vnímání – informovat pacienta o každém kroku při péči, dodržovat denní režim, snažit se dodržet noční klid
- Porucha vyprazdňování – sledovat příjem a výdej tekutin, dbát o pravidelnou stolici

SHRNUTÍ KAZUISTIKY:

- **Důvod přijetí pacienta:** pacient přijat pro respirační insuficienci při bilaterální pneumonii, dlouhodobé odvykání od umělé plicní ventilace
- **Hlavní cíl z hlediska léčby:** udržení pacienta bez známek infekce, snižování ventilační podpory a snaha o postupné odvykání od umělé plicní ventilace
- **Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle:** kontrola infekce, aseptický přístup při zavádění invazivních vstupů, pravidelné krevní odběry, důkladná toaleta dýchacích cest (pravidelné odsávání sekretu z dýchacích cest, inhalační terapie, dechová rehabilitace)
- **Hlavní cíl z hlediska ošetrovatelské péče:** kvalitní toaleta dýchacích cest
- **Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle:** kvalitní toaleta dýchacích cest, pravidelné odsávání bronchiálního sekretu z dýchacích cest, inhalační terapie, pravidelná dechová rehabilitace 2x denně

Přílohy 2 - Nesprávná terminologie

NESPRÁVNÁ TERMINOLOGIE

XY (žena) 75 - letá pacientka přijata z domova cestou rychlé záchrané služby na JIP pro iCMP (ischemická cévní mozková příhoda) v povodí ACI (Arteria comunis interna) vpravo, náhle vzniklá dysartrie, levostranná hemiparesa, paréza pohledu doleva, NIHSS 6. CT (výpočetní tomografie) nativně bez čerstvých ložiskových změn, na CTA (výpočetní tomografie – angiografie) nevýrazné stenózy ACI bilaterálně. Po podání IVT (intravenózní trombolýza) náhle vzniklá dušnost, hyposaturace, tachykardie, v krevních odběrech bez významné patologie, zhoršený neurologický deficitu, následně nutná OTI (orotracheální intubace) a UPV (umělá plicní ventilace), na CT drobná hemorrhagie a lokalizované SAH vpravo bazálně, kraniálně od něho setřelá struktura nejspíše rozvíjející se ischemie, oběhová nestabilita, MAC (multiorgánové selhání). Rozvoj dekubitu na sakru. Na kontrolním CT mozku již rozvinutá ischemie vpravo na ploše cca 85x40mm, s naznačeným lineárním prokrvácením v dorzální a kaudální části malacie. Edém pravého frontálního laloku s vyhlazením arachnoidálních prostor. Lehká komprese rohu pravé postranní komory. Během hospitalizace rozvoj FiS (fibrilace síní) s rychlou odpovědí komor až 180 pulzů za min., dále výrazná oběhová nestabilita, jednorázově podán Cordarone, Digoxin intra venózně s úpravou rytmu. Provedeny kultivace, kde nahlášena ESBL (Beta-laktamázy – bakterie rezistentní na peniciliny) v rectu. Po stabilizaci stavu snaha o vysazování sedace, pacientka vysazování netoleruje, nebudí se do užitečného kontaktu. Postupně vysazení vazopresorů. Dále spontánně otevírá oči, ale nefixuje pohled, výzvě nevyhoví, vědomí pacientky se jeví jako vigilní kóma. 22.7. provedena operační TCHS (tracheostomie), bez komplikací. 23.7. přeložena na oddělení NIP.

Anamnéza:

RA: matka zemřela na infarkt myokardu v 77 letech, otec na iCMP v 73 letech,

OA: Esenciální (primární) hypertenze, Diabetes mellitus 2. typu bez komplikací, Fibrilace a flutter síní

FA: Anopyrin 100mg tbl. 0-1-0, Stadamet 500mg tbl. 0-1-0, Tenoretic tbl. 100 + 25mg 1/2-0-0

AA: negat.

PA: pracovala jako účetní, nyní již ve starobním důchodu

SA: žije v bytě v manželem, má jednu dceru,

Abúzus: nekouří, alkohol jen výjimečně

GA: prodělala jeden porod a jeden potrat

Aktuální diagnózy související s hospitalizací:

Mozkový infarkt způsoben neurčitou okluzí nebo stenózou mozkových tepen

Akutní respirační selhání, Typ nespecifikován

Tracheostomie

Bezvědomí (kóma)

DEKURZ:

Subjektivně.: pacientka s poruchou vědomí, nekomunikuje

Objektivně.: Pacientka mírně sedována, sleduje okolí, nekomunikuje, nespolupracuje, brání se manipulacím, levostranná hemiparesa (více LHK), oběhově stabilní bez mimetik, ventilace v režimu CPAP/PPS s nízkou podporou, diureza forsírovaná furosemidem, výživa enterální;

Hlava: bez známek poranění, oči, uši i nos bez výtoků, bulby ve středním postavení, skléry bílé, spojivky růžové, zornice izo, miotické, foto +/+,

Krk: karotidy tepou symetricky, šelest 0, ŠŽ nehmatná, náplň krčních žil nezvýšena; TCHS

Hrudník: dýchání, sklípkové bilataterálně, hojně přenesených fenoménů, ozvy 2, ohraničený šelest 0; z DC se odsává malé množství nažloutlého spůta

Břicho: nad niveau, měkké, prohmatné, hepar s obloukem, slezina 0, peristaltika +, bez hmatné rezistence, sonda tráví; PMK s hojným detritem

Končetiny: akra teplá, prokrvená, DKK bilaterálně prosaky, lýtka měkká, bez známek TEN.

Kůže: bledá, dobře prokrvená, dekubit na sacru - chirurgicky ošetřen 6.10, dekubitus paty PDK

Pro stagnaci stavu, opakované infekce, které již nereagují na antibiotickou terapii a pro poruchu vědomí se lékaři rozhodli pro **Racionalizaci terapie**, neb naše terapeutické zásahy nevedou ke zlepšování kvality života, naopak prodlužují utrpení nemocné. V dalším průběhu hospitalitace již nebudeme terapii eskalovat.

UPV: CPAP/PPS: PEEP 5, PS 8, **FiO2 0.21**, MV cca 8-9 L - odpojovat dle tolerance;

PEG: Fresubin original 0 - 300ml + H₂O 0-100 ml á 3hod.

15-18-21-24-x-06-09-12

- Porce navyšovat dle tolerance ad max., dekomprese á 3h, noční pauza 24-06;

ATB: -

Medikace p.o., NGS, PEG:

	6	12	18	21	zítra 6	pozn.
Helicid 40mg cps	X	0	0	0	1	
Kinito 50mg tbl	X	1	1	0	1	
Trittico tbl 150 mg	X	0	0	1/3	0	
DHC tbl 30 mg	X	0	1	0	1	
Nitrendipin tbl 20 mg	X	0	1/2	0	0	
Tritace tbl 10 mg	X	0	0	0	1/2	
Dopegyt 250mg tbl	X	1	0	0	0	
Baclofen 25mg tbl	X	0	2	2	0	
Oxazepam 10mg tbl	X	0	0	1	0	sníženo
Tiapridal tbl 100 mg	X	1	2	2	1	sníženo

Paralen 1g tbl d.s. při TT nad 38°C, max. á 6hod.

Indometacin 100mg supp. p.r., při nedostatečném účinku Paralenu, max. á 12hod.

MEDIKACE parent., inhalační:

Morphin 20 mg á 8 hod s.c.

16 - 24 - 08

Ostatní ordinace:

monitor EKG, P, SpO₂ kontin.; TK a 1 h, bilance tekutin á 6 hod., polohování dle metodiky, prevence a ošetřování již vzniklých dekubitů, elevace horní poloviny těla o cca 30 st., péče o PMK, TCHS, PEG;

- glycerini supp., Dulcolax supp. nebo Yal roztok, laktulóza sol 20ml á 12hod., Fortrans roztok 1-2L dle potřeby - při nepřítomnosti stolice déle než 5dní;

- ošetření dekubitu paty PDK - převaz dekubitu dle potřeby, minimálně však 1x za 24 hodin – (Betadine roztok a sterilní krytí)

SESTERSKÝ DEKURZ:

Průběh hospitalizace:

Vědomí: částečně při vědomí, komunikuje minimálně, výzvě nevyhoví, nespolupracuje

Respirace: TSK, UPV v režimu CPAP, weaning ne, odsávání z dýchacích cest dle potřeby

Výživa: PEG – dle rozpisu lékaře a 3 hodiny s noční pauzou

Vyprazdňování: PMK – odvádí, stolice pravidelná

Invazivní vstupy:

TSK, PMK, PEG

Kožní defekty:

Pravá pata – IV. stupeň – ošetřováno denně – Betadine roztok + sterilní krytí

V ošetrovatelských diagnózách intervenujeme v těchto oblastech:

- Péče o dýchací cesty – důsledná toaleta dýchacích cest, odsávání bronchiálního sekretu, inhalační terapie, dechová rehabilitace
- Porucha kožní integrity – **riziko vzniku dekubitů** (Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové – celkové hodnocení **12**, nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně) – polohujeme pacienta, používáme antidekubitní matraci a polohovací pomůcky, pečujeme o pokožku – hygiena, promazávání kůže, dbáme na dostatečnou výživu pacienta
- Porucha soběstačnosti – **plně závislý** (Barthelův test základních všedních činností – celkové hodnocení **0** – **vysoce závislý**) pacient není schopen o sebe samostatně pečovat, zabezpečujeme veškeré základní potřeby – výživu, vyprazdňování, hygienu, polohování pacienta
- Riziko infekce – pacientka má zaveden PMK, PEG, TSK – aseptický postup při výměně invazivních vstupů, aseptické převazy vstupů, kontrola zavedení a okolí vstupů
- Riziko pádu – **riziko pádu** (riziko pádu – celkové hodnocení **5**, riziko pádu hrozí při skóre 3 a vyšší) - zvýšený dohled u pacienta, opakované kontrolování pacienta
- Porucha výživy, hydratace – **zajištěna konzultace s dietní sestrou** (nutriční screening – celkové hodnocení – **5**, bodové hodnocení 4–7 nutné vyšetření dietní sestrou, speciální

dieta) - (nutričním terapeutem), neschopnost příjmu potravy, sledování příjmu a výdeje tekutin, kontrola trávení, sledování sliznic a kůže

- Porucha vnímání – informovat pacienta o každém kroku při péči, dodržovat denní režim, snažit se dodržet noční klid
- Porucha vyprazdňování – sledovat příjem a výdej tekutin, dbát o pravidelnou stolici

SHRNUTÍ KAZUISTIKY

- **Důvod přijetí pacientky:** pacientka přijat pro respirační insuficienci po prodělaném iCMP, dlouhodobé odvykání od umělé plicní ventilace
- **Hlavní cíl z hlediska léčby:** udržení pacientky bez známek infekce, pacientka bez známek bolesti
- **Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle:** kontrola infekce – již není možná kontrola infekce, rezistence bakterií k podávané antibiotické terapii, bolusové podávání analgetik, pravidelné sledování bolestivých projevů u pacientky
- **Hlavní cíl z hlediska ošetrovatelské péče:** pacientka nebude mít bolest
- **Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle:** sledování fyziologických funkcí pacientky, sledování bolestivých projevů při manipulaci, podávání analgetik, při projevech bolesti informovat lékaře

Přílohy 3 - Paliativní péče

PALIATIVNÍ PÉČE

XY (muž) 76 - letý pacient přijat 25.6. na ARO z operačního sálu po resekci střeva (Ileus – nekróza), dříve hospitalizován na chirurgickém oddělení pro bolesti břicha a zhoršený příjem stravy. Po operačním výkonu ponechán na UPV, dále nutnost katecholaminové podpory (Noradrenalin) pro pokles krevního tlaku. 29.6. pacient ve zlepšujícím se kontaktu, odpojen od UPV a dále extubován. Pokus o extubaci byl neúspěšný, ve večerních hodinách došlo k zhoršení stavu, pacient silně zahleněn, neodkašle, somnolentní, proto přistupujeme opět k OTI a napojení pacienta na UPV. 3.7. provedena punkční dilatační TSCH, postupně vysazována analgosedace. 9.7. je pacient plně v kontaktu, začínáme s per os příjmem, od 11.7. subfebrilní a následný vzestup CRP, pro infekci nasazen Meropenem (Karbapenem je vysoce účinné baktericidní betalaktamové antibiotikum) dle předchozí konzultace. 18.7. dochází k poklesu CRP a vysazujeme antibiotika. 22.7. provedeno zavedení PEG. Proveden odběr kultivací a citlivosti ve spůtu, kde nález Klebsiella pneumoniae ESBL. Dále pro opětovný nárůst CRP nasazen Meropenem 3x1g.

Weaning obtížný, přes den O2 nos, na noc CPAP, živen do PEG.

Anamnéza:

RA: matka zemřela na rakovinu prsu, otec věkem, bratr zdrav

OA: Esenciální (primární) hypertenze, chronická ischemická choroba srdeční, paroxysmální fibrilace síní, selhání srdce, chronické onemocnění ledvin

FA: v předchorobí Warfarin 5 0-1-0 nyní pauza, Prestarium N5 1/2-0-0 nyní pauza, Betaloc ZOK 25 1/2-0-0, Digoxin 0,125 0-1-0 nyní pauza, Furon 40 1-0-1/2 nyní pauza, Helicid 20 1-0-0, Verospiron 25 0-1-0

AA: prach, roztoči

PA: dříve soukromí podnikatel, nyní starobní důchod

SA: žije v rodinném domě s ženou, má tři děti (dvě dcery a syn)

Abúzus: alkohol jenom při oslavě, ex kuřák, kouřil i 40 cigaret/denně, již cca od 1990 nekouří

Aktuální diagnózy související s hospitalizací:

Respirační selhání, typ nespecifikován

Pneumonie

Ileus

Tracheostomie

Kolostomie

DEKURZ:

Subj.: pacient s poruchou vědomí, analgésie

Obj.: Pacient bez kontaktu, kachexie, bledý kolorit, bez ikteru a cyanosy, neurologicky orientován bez laterace, septický šok, oběh stále s vysokou podporou (Noradrenalinu), ventilace v režimu CPAP/PPS, weaning přerušen, diuretika forsírovaná furosemidem, výživa parenterální, z NGS vysoké odpady

Stav preterminální.

Hlava: bez známek poranění, oči, uši i nos bez výtoků, bulby ve středním postavení, skléry bílé, spojivky růžové, zor izo, fotoreakce +/+, jazyk plazí středem,

Krk: karotidy tepou symetricky, šelest 0, ŠŽ (štítná žláza) nehmatná, náplň krčních žil nezvýšena; TCHS masivně obtéká

Hrudník: dýchání sklípkové bilataterálně, hojně přenesených fenoménů, vlevo bazálně výrazně oslabené, AS neprav. /FiS/, ozvy 2, ohr. šelest 0;

Břicho: v niveau, měkké, prohmatné, H (hepar)+L (lien) nehmatné, peristaltika +, bez hmatné rezistence, PEG, kolostomie - začíná odvádět stolici

Končetiny: akra chladná, prokrvená, DKK bez otoků, lýtka měkká, nebolestivá, bez známek TEN

Kůže: trofické změny na bérkách

Pacient opakovaně v septickém šoku, není možná kontrola infekce, antibiotická terapie neúčinná, nedochází k zlepšení zdravotního stavu a vzhledem k tomu, že zlepšování či zhoršování stavu je vázáno pouze na kontrolu infektu, kdy jinak pozitivní vývoj chybí, terapie nebude dále rozšiřována neb je to v diskrepanci se zachováním lidské důstojnosti a pouze prodlužujeme utrpení pacienta. **Proto paliativní komise rozhodla, že terapie bude nadále v režimu symptomatické paliativní péče pro snížení utrpení pacienta.**

Proveden zápis o zahájení paliativní péče. Metodika dle směrnice, založen protokol.

Rodina opakovaně o nepříznivém stavu pacienta informována, souhlasí s paliativní terapií.

Umožněny návštěvy pacienta i mimo běžné návštěvní hodiny.

UPV: CPAP/PPS, PS 10, PEEP 5, FiO2 0.3, MV cca 11 L

Lab: 0

PEG: do PEG aplikovat pouze tbl medikaci s 50ti ml H₂O;

ATB: 0

Medikace p.o., NGS, PEG:

	6	12	18	21	zítra 6	pozn.
Quetiapin tbl 25 mg	X	1	1	1	1	
Novalgín tbl 500 mg	X	1	1	1	1	

Paracetamol 1g tbl d.s. při TT nad 38°C, max. á 6hod.

Indometacin 100mg supp. p.r., při nedostatečném účinku Paracetamolu, max. á 12hod.

MEDIKACE parent., inhalační:

Clexane 0.4ml á 12hod. s.c.

18 - 06

Infuze: Plazmalyte 1000ml kontinuálně

80 ml/h

Glucosa 10% 500ml kontinuálně

60 ml/h

LD: Noradrenalin 10mg/G5% 50ml kont. 0 - 9 ml/hod., nyní 9 ml/h, cíl: MAP 70- 90mmHg,
dále **již nenavyšovat**

Furosemid 250mg/40ml F1/1 kont. 0-2 ml/h, nyní 2 ml/h, cíl: diuréza, **dále nenavyšovat**

Morphin 60 mg/60 ml, kontinuálně 5 ml/h

Inhalace: -

Ostatní ordinace:

monitor EKG, P, SpO₂ kontin.; TK a 1 h, hodinová diuréza, bilance tekutin á 6 hod., polohování dle metodiky, prevence a ošetřování již vzniklých dekubitů, elevace horní poloviny těla o cca 30 st., péče o PMK, TCHS, PEG, CŽK;

SESTERSKÝ DEKURZ:

Průběh hospitalizace:

Vědomí: porucha vědomí, nekomunikuje, výzvě nevyhoví, nespolupracuje

Respirace: TSK, UPV v režimu CPAP, weaning ne, odsávání z dýchacích cest dle potřeby

Výživa: PEG – pouze voda s léky

Vyprazdňování: PMK – odvádí, stolice pravidelná

Invazivní vstupy:

TSK, CŽK, PMK, PEG

Kožní defekty:

Kolostomie vlevo č. 57 – odvádí, okolí stomie klidné

V ošetrovatelských diagnózách intervenujeme v těchto oblastech:

- Péče o dýchací cesty – důsledná toaleta dýchacích cest, odsávání bronchiálního sekretu, inhalační terapie, dechová rehabilitace
- Porucha kožní integrity – **riziko vzniku dekubitů** (Hodnocení rizika dekubitů dle Nortonové – celkové hodnocení **12**, nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně) – polohujeme pacienta, používáme antidekubitní matraci a polohovací pomůcky, pečujeme o pokožku – hygiena, promazávání kůže, dbáme na dostatečnou výživu pacienta
- Porucha soběstačnosti – **plně závislý** (Barthelův test základních všedních činností – celkové hodnocení **0** – **vysoce závislý**) pacient není schopen o sebe samostatně pečovat, zabezpečujeme veškeré základní potřeby – výživu, vyprazdňování, hygienu, polohování pacienta
- Riziko infekce – pacient má zaveden PMK, PEG, TSK, CŽK – aseptický postup při výměně invazivních vstupů, aseptické převazy vstupů, kontrola zavedení a okolí vstupů
- Riziko pádu – **riziko pádu** (riziko pádu – celkové hodnocení **6**, riziko pádu hrozí při skóre 3 a vyšší) - zvýšený dohled u pacienta, opakované kontrolování pacienta
- Porucha výživy, hydratace – **pro paliativní terapii, již nezajišťujeme konzultaci s dietní sestrou** (nutriční screening – celkové hodnocení – **7**, bodové hodnocení 4 -7

nutné vyšetření dietní sestrou, speciální dieta) - (nutričním terapeutem), neschopnost příjmu potravy, sledování příjmu a výdeje tekutin, kontrola trávení, sledování sliznic a kůže

- Porucha vnímání – informovat pacienta o každém kroku při péči, dodržovat denní režim, snažit se dodržet noční klid
- Porucha vyprazdňování – sledovat příjem a výdej tekutin, dbát o pravidelnou stolici

SHRNUTÍ KAZUISTIKY:

- **Důvod přijetí pacienta:** pacient přijat pro respirační insuficienci po prodělané operaci a septickém šoku
- **Hlavní cíl z hlediska léčby:** udržení pacienta bez známek infekce, pacient bez známek infekce
- **Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle:** kontrola infekce – již není možná kontrola infekce, rezistence bakterií k podávané antibiotické terapii, opakovaný septický šok, kontinuální podávání analgetik, pravidelné sledování bolestivých projevů u pacientky
- **Hlavní cíl z hlediska ošetrovatelské péče:** pacient nebude mít bolest
- **Hlavní intervence vedoucí k dosažení cíle:** sledování fyziologických funkcí pacienta, sledování bolestivých projevů při manipulaci, kontinuální podávání analgetik, při projevech bolesti informovat lékaře