

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Etické otázky ošetrovatelské péče u pacientů na
dlouhodobé umělé plicní ventilaci**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Jana Krívková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Oto Masár CSc.

Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

Abstrakt

Etické otázky ošetrovatelské péče u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci

V této diplomové práci jsme se zabývali problematikou vnímání etických problémů pracovníky poskytujícími ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní péče. Zajímalo nás také povědomí těchto nelékařských pracovníků o etických principech ve zdravotnictví a jejich legislativním ošetření.

Teoretická část práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty na umělé plicní ventilaci a stručným popisem vývoje etiky ve zdravotnictví a popisem současného stavu biomedicínské etiky a jejího legislativního ošetření.

Výzkumná část této diplomové práce byla realizována kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí metody dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 20 otázek, 10 otázek bylo uzavřených, 8 otázek bylo polootevřených a dvě otázky otevřené. Dotazníky byly anonymní. Osloveni byli respondenti z řad nelékařských pracovníků poskytující ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní a dlouhodobé intenzivní péče.

Prvním cílem práce bylo zjistit pohled sester na ošetrovatelskou péči u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci. Druhým cílem bylo vytýčení největších etických problémů sester v ošetrování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci. A třetím cílem bylo zmapovat povědomí sester o oficiálních etických a legislativních postupech a doporučeních u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci.

Prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření byly ověřovány dvě předem stanovené hypotézy. První stanovená hypotéza, *Ošetrování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je považováno sestrami za etický problém*, byla potvrzena, jelikož statisticky významná většina respondentů uvedla, že při ošetrování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci se vyskytují etické problémy.

Hypotéza 2, *Přístup k ošetrování pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je na akutních a následných lůžkách rozdílný*, byla potvrzena, jelikož struktura odpovědí

respondentů pracujících na lůžkách akutní péče a dlouhodobé péče se statisticky významně lišila.

K realizaci kvalitativního šetření byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. Výzkumný soubor tvořilo celkem deset zdravotních sester, pět pracujících na lůžkách akutní intenzivní péče a pět na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče. Pro kvalitativní část výzkumného šetření byly stanoveny výzkumné otázky: 1. Jaký postoj zaujímají sestry v ošetrovatelské péči k pacientům na dlouhodobé umělé plicní ventilaci? Šetřením bylo zjištěno, že respondentky zaujímají k pacientům na dlouhodobé plicní ventilaci stejný postoj, jako k jakýmkoliv jiným pacientům a to i v případech, kdy je malá nebo žádná naděje na uzdravení pacienta.

2. Jaké etické otázky vnímají sestry v souvislosti s ošetřováním pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci jako nejzávažnější? Šetřením bylo zjištěno, že za nejzávažnější etické problémy respondenti považují zachování lidské důstojnosti a prodlužování marné terapie.

3. Jaké je povědomí sester pečujících o pacienty na dlouhodobé umělé plicní ventilaci v oblasti etiky a legislativy? Šetřením bylo zjištěno, že respondentky mají znalosti této problematiky nedostatečné.

Při porovnání výsledků kvalitativního a kvantitativního šetření bylo zjištěno, že mají společné závěry. Obě skupiny shodně vykazují nedostatečné povědomí a znalosti respondentů v oblasti etické problematiky pacientů v intenzivní péči včetně kategorizace a jejího legislativního ošetření. Zjištěné výsledky potvrzují současný stav výše uvedené problematiky. Na základě zjištěných výsledků byl vytvořen návrh edukační brožury pro sestry, která by měla zjednodušit orientaci v uvedené nelehké problematice.

Abstract

Ethical aspects of nursing care in patients on long term mechanical ventilation

The diploma is focused on Ethical aspects of nursing care from the perspective of staff providing nursing care in the intensive care units and long-term intensive care units. We were also interested in respondent's knowledge in the field of ethical principles in biomedicine and their legislation.

The thesis is divided into two parts - theoretical and empirical. The theoretical part describes nursing care of the mechanically ventilated patients, short history of medical ethics and current status of the ethics in biomedicine.

The investigative part was implemented by combination of a quantitative and a qualitative research. For the quantitative part of the investigation we used the method of questioning by a questionnaire. The questionnaire consisted of 20 questions, 10 closed questions, 8 half-opened questions and 2 open questions which offered to show a personal opinion. Questionnaires were anonymous. Respondents that were asked were workers providing nursing care in the intensive care units and long-term intensive care units.

The first goal of the diploma was to find out respondents point of view on nursing care in patients on long term mechanical ventilation. The second goal was to find out the most important ethical problems in providing nursing care in this category of patients. The last goal of the diploma was to find out respondents knowledge of codes of ethics and legislation.

For the quantitative research we had two hypotheses: 1. There are ethical problems related to providing nursing care in patients on long term mechanical ventilation. This hypothesis was verified, because statistically significant majority of respondents said, that there are ethical problems related to providing nursing care in this category of patients.

2. The nurses' approach to patients on long term mechanical ventilation is different in the intensive care units and long term intensive care units. This hypothesis was verified, because there were statistically significant differences between answers of

respondents providing nursing care in intensive care units and long term intensive care units.

For the qualitative research we used the technique of half-structured interview offering open questions. Into the research file was involved 10 nurses, 5 from intensive care units and 5 from long term intensive care units. There were set three investigatory questions. 1. What opinion has respondents about nursing care in patients on long term mechanical ventilation?

The investigation showed that nurses have the same attitude to long term ventilated patients as in the case of patients on acute short term mechanical ventilation.

2. What are the most serious ethical problems related to nursing long term mechanical ventilated patients? The research found out the most serious ethical problems related to long term mechanical ventilation from the point view of a nursing staff. These are preservation of human dignity and prolonging medically futile treatment.

3. What awareness of basic ethical principles and their legislation the respondents have? The investigation showed that nurses have poor knowledge of the issue.

The results confirm the current situation of this issue. Based on the results of our research, we prepared educational brochure draft, which could help to facilitate orientation in this field.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 5. 2013

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat prof. MUDr. Otu Masárovi CSc. za odborné vedení mé práce, Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, Th.D. za cenné rady a připomínky, MUDr. Pavlu Lednovi, Ph.D. za odbornou konzultaci a pomoc při zpracování empirických dat a Mgr. Stanislavě Reichertové za odbornou konzultaci a podporu. V neposlední řadě všem kolegyním za vstřícnou spolupráci při sběru dat.

Obsah

1.	SOUČASNÝ STAV	13
1.1	Základní anatomie a fyziologie dýchacích cest	13
1.2	Umělá plicní ventilace, její formy a druhy ventilačních režimů	15
1.2.1	Historie umělé plicní ventilace	16
1.2.2	Cíle a indikace k umělé plicní ventilaci	17
1.3	Nutnost znalostí komplikací ze strany sestry u pacientů na umělé plicní ventilaci.....	18
1.3.1	Úloha sestry při zajištění dýchacích cest	19
1.3.2	Úloha sestry při ošetřování tracheostomovaných pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci.....	22
1.3.3	Úloha sestry při základní monitoraci pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci ²⁴	
1.3.4	Ošetřovatelská péče ze strany sestry o pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci z pohledu fyziologických potřeb.....	28
1.3.5	Ošetřovatelská péče ze strany sestry o pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci z pohledu psychogenních a sociálních potřeb.....	34
1.3.6	Komunikace sestry, rodinných příslušníků a pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci.....	35
1.4	Proměny lékařské etiky od Hippokrata k dnešku.....	38
1.4.1	Dehumanizace medicíny	39
1.4.2	Vznik moderní lékařské etiky a jejich principů	40

1.4.3	Úmluva o lidských právech a biomedicíně	41
1.4.4	Práva dlouhodobě ventilovaných pacientů	43
1.4.5	Informovanost pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci	43
1.4.6	Rozhodování pacienta na dlouhodobé plicní ventilaci bez možnosti souhlasu	45
1.4.7	Ukončení neúčinné léčby	47
1.4.8	Etické kodexy ve zdravotnictví vztahované na ošetřování pacienta na dlouhodobé plicní ventilaci	49
1.4.9	Lékařská a ošetrovatelská etika ve vztahu k pacientům na dlouhodobé umělé plicní ventilaci	50
2.	CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, HYPOTÉZY	52
2.1	Cíle práce	52
2.2	Výzkumné otázky	52
2.3	Hypotézy	52
3.	METODIKA	53
3.1	Metodika práce	53
3.2	Výzkumný soubor	53
4.	VÝSLEDKY	55
4.1	Statistické třídění I. stupně (popisná statistika) - kvantitativní výzkum	55
4.2	Statistické třídění II. stupně (kontingenční tabulky) - kvantitativní výzkum	66
4.3	Statistické testy	77
4.3.1	Hypotéza 1	77

4.3.2	Hypotéza 2	77
4.4	Kategorizace dat kvalitativního výzkumu ve schématech a tabulkách	79
4.4.1	Analýza rozhovorů	79
5.	DISKUZE	92
6.	ZÁVĚR	99
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	101
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	107
9.	PŘÍLOHY	108

Seznam použitých zkratek

ARDS	Syndrom dechové tísně dospělých
A/CMV	Asistovaná řízená zástupová ventilace
BMI	Body mass index
CMV	Řízená zástupová ventilace
CNS	Centrální nervová soustava
ČLK	Česká lékařská komora
DNR	Do not resuscitate, neresuscitovat
ECMO	Extrakorporální membránová oxygenace
EKG	Elektrokardiograf
ETCO ₂	Hodnota CO ₂ na konci výdechu
FiO ₂	Hodnota vdechovaného O ₂
CHOPN	Chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc
IMV	Intermitentní zástupová ventilace
KPCR	Kardiopulmocerebrální resuscitace
PCV	Tlakově řízená ventilace
PEEP	Positive Endexpiratory Pressure
UPV	Umělá plicní ventilace
SIMV	Synchronizovaná intermitentní zástupová ventilace
VCV	Objemově řízená ventilace

Úvod

Prudký rozvoj moderní medicíny v posledních letech s sebou přinesl celou řadu nových léčebných postupů a přístrojového vybavení, které se podílí na léčbě závažných zdravotních stavů, jejichž řešení by v minulosti nebylo možné. V souvislosti s jejich plošným využíváním se však objevila celá řada nových etických problémů. Tyto problémy se velmi často vyskytují na lůžkových odděleních poskytujících intenzivní péči, kde je veliká koncentrace pacientů s nutností podpory orgánových systémů. Závislost pacientů na přístrojové podpoře s sebou přináší četná etická dilemata. Cílem této diplomové práce bylo zmapovat vnímání etických problémů pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní péče. Zaměřili jsme se především na ošetřování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci neboť je to nejpočetnější a nejrozšířenější orgánová podpora. Zajímalo nás, zda a jakým způsobem vnímá ošetrovatelský personál etické problémy o tyto pacienty a také, jaké povědomí mají tyto pracovníci o etických principech ve zdravotnictví a jejich legislativním podkladu. Toto téma bylo zvoleno pro jeho velkou aktuálnost, a jak se autorka této práce ze své vlastní dlouholeté praxe na anesteziologicko-resuscitačním oddělení domnívá, i naléhavost.

Teoretická část práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty na umělé plicní ventilaci a stručným popisem vývoje etiky ve zdravotnictví a popisem současného stavu biomedicínské etiky a jejího legislativního ošetření. Výzkumná část práce pak pomocí metod kvantitativního a kvalitativního výzkumu mapuje názory respondentů na problematiku výskytu etických problémů v péči o pacienty na umělé plicní ventilaci a jejich znalosti v oblasti etických principů v biomedicíně a jejich legislativního ošetření.

Doufáme, že tato diplomová práce přispívá k poznání současného stavu zkoumané problematiky, poukazuje na největší nedostatky a navrhuje možné návrhy k jejich odstranění.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *Základní anatomie a fyziologie dýchacích cest*

Hlavní funkcí dýchacích cest je transport, zvlhčování a ohřívání plynů, které se účastní dýchání. Morfologicky jsou děleny na horní cesty dýchací a dolní cesty dýchací. Horní cesty dýchací se skládají z nosu, dutiny nosní, vedlejších dutin nosních a nosohltanu. Dolní cesty dýchací jsou tvořeny hrtanem, průdušnicí, průduškami, průdušinkami a plicními sklípkami. Hlavní funkcí nosu a nosních dutin je ohřev, zvlhčení a očištění vdechovaného vzduchu od mechanických nečistot. Nosohltan především vyrovnává změny tlaku ve středoušní dutině. Hrtan se skládá mimo jiné z velkého počtu chrupavek, mezi něž patří i jedna z největších, chrupavka štítná. K té jsou kloubně připojeny hlasivkové chrupavky spolu s hlasivkovými vazami, které společně tvoří hlasivkový aparát, umožňující tvorbu hlasu. Důležitou funkci má příklopka hrtanová, která odděluje hrtan od hltanu, čímž zabraňuje aspiraci do dýchacích cest při polykání. Podobně jako hrtan, je i trachea tvořena chrupavkami a na svém distálním konci se dělí na pravou a levou průdušku. Pravá průduška pokračuje v prakticky totožném směru jako průdušnice, zatímco levá průduška odstupuje pod úhlem. Obě průdušky se následně opakovaně dělí na průdušinky a tvoří takzvaný bronchiální strom, který přivádí a odvádí plyny k plicním sklípkům. Dýchací cesty se neúčastní výměny plynů mezi vzduchem a krví. Tuto funkci plní plicní parenchym, respektive plicní sklípky. Obě plíce váží v dospělosti přibližně 600-700g, jsou uloženy v hrudním koši a jsou tvořeny plicními laloky, kdy pravá plíce má laloky tři a levá plíce dva. Na vnější straně jsou plíce pokryty tenkou membránou, která se nazývá pleura. Pleura se skládá ze dvou listů, mezi kterými je tenká štěrbina vyplněná přibližně 10-15 ml tekutiny pro hladké posouvání těchto listů při dýchání. Dýchání je řízeno centrální nervovou soustavou a jeho centrum je uloženo v prodloužené míše (Elišková, Naňka, 2007; Čihák, 2002; Přidalová, 2009).

Při ventilaci plic, tzv. zevním dýcháním, dochází k výměně vzduchu mezi okolní atmosférou a alveoly. Zevní dýchání sestává ze dvou fází, z inspiria (nádechu) a expiria (výdechu). Inspirium je aktivní děj závisející na práci dýchacích svalů, mezi něž patří bránice, mezižeberní svaly, prsní svaly a některé svaly krku a zad. Expirium

je pasivní děj, při kterém se uplatňuje především pružnost plic, hrudní stěny a hmotnost hrudníku. Dechový cyklus, čili střídání inspiria a expiria, se pravidelně opakuje s různou frekvencí. Frekvenci dechového cyklu ovlivňuje fyzická aktivita, tonus sympatiku a parasympatiku, emoční vlivy a je také ovlivnitelná vůlí. Za fyziologických klidových podmínek se frekvence pohybuje v rozmezí 14-16 dechů za minutu. Vlastní výměna plynů je zajištěna pomocí difuze přes alveolokapilární membránu. Po koncentračním spádu tak dochází k uvolnění oxidu uhličitého z krve a naopak k přestupu kyslíku z vdechovaného vzduchu do krve. Krev následně obstarává distribuci plynů mezi alveoly a buňkami. Samotný transport dýchacích plynů mezi plicemi a tkáněmi zajišťuje krevní barvivo hemoglobin, který je obsažený v erytrocytech. Hemoglobin s navázaným kyslíkem se nazývá oxyhemoglobin, v případě navázání oxidu uhličitého se sloučenina nazývá karboxylhemoglobin. Jeden gram hemoglobinu je schopen vázat 1,34 až 1,38 ml kyslíku. U dospělého člověka v klidu je za minutu spotřebováno průměrně 0,25 l kyslíku a vytvoří se 0,20 l oxidu uhličitého. Vnitřní buněčné dýchání, které probíhá v buněčných organelách, mitochondriích, vede k získání energie (Trojan, 2004; Kapounová, 2007; Čihák, 2002).

Klidový dechový objem je u dospělého člověka přibližně 500 ml vzduchu. Jeho součástí je i anatomický mrtvý prostor, který se nepodílí na výměně dýchacích plynů. Je to objem vzduchu v horních a dolních dýchacích cestách zasahující až po bronchioly. Jeho objem činí v dospělosti přibližně 150-200 ml. V souvislosti s plicními objemy jsou běžně používány ještě další termíny, jako inspirační a expirační rezervní objem, reziduální objem, vitální kapacita plic a celková kapacita plic. Inspirační rezervní objem je takové množství vzduchu, které je člověk schopen ještě vdechnout na konci klidného inspiria. Za fyziologických podmínek je v dospělosti jeho velikost cca 3 litry. Expirační rezervní objem je množství vzduchu, který je člověk schopen vydechnout na konci klidného expiria (přibližně 1100 ml). Po maximálním výdechu zůstává v plicích ještě přibližně 1200 ml vzduchu, tzv. reziduální objem. Součet dechového objemu, inspiračního a expiračního rezervního objemu se nazývá vitální kapacita plic. Za fyziologických podmínek je jeho velikost přibližně 4600 ml vzduchu. Celková plicní kapacita je složena z vitální kapacity plic a reziduálního objemu, což odpovídá u

dospělého člověka přibližně 6 litrům vzduchu. Funkční reziduální kapacitu představuje množství vzduchu zůstávající v plicích po skončení klidného výdechu a jedná se o přibližně 2300 ml vzduchu (Kapounová, 2007; Trojan, 2004; Mourek, 2005).

1.2 Umělá plicní ventilace, její formy a druhy ventilačních režimů

Umělá plicní ventilace je takový způsob dýchání, kdy pomocí mechanického přístroje, dýchacího ventilátoru je nahrazována nedostatečná činnost dýchacích svalů. Metoda umělé plicní ventilace z hlediska mechanismu, zajišťující plný nebo částečný průtok plynů dýchacím systémem, je umožněna ventilací pozitivním přetlakem, ventilací negativním tlakem, tryskovou ventilací nebo vysokofrekvenční oscilační ventilací. Ventilace pozitivním přetlakem je v současnosti nejpoužívanějším způsobem umělé plicní ventilace, kdy k inspiriu dochází prostřednictvím pozitivního tlaku vytvořeného dýchacím přístrojem. Trysková ventilace je alternativní technikou umělé plicní ventilace a je využívána v úzkých indikacích především při chirurgických výkonech v oblasti hrtanu a průdušnice. Ventilace negativním tlakem se v současnosti v klinické praxi již nepoužívá pro celou řadu nežádoucích vedlejších účinků a její význam je pouze historický (Dostál, 2005).

Z hlediska zajištění dýchacích cest lze ventilaci rozdělit na invazivní, kdy invazivně zajišťujeme dýchací cesty tracheální intubací nebo tracheostomií a neinvazivní, kdy je k připojení ventilátoru k pacientovi použita pevně těsnící obličejová maska, nebo helma.

Ventilační podpora může být úplná, kdy ventilátor plně nahrazuje funkci dýchacích svalů, nebo částečná, kdy ventilátor „pomáhá“ spontánní dechové aktivitě pacienta. Ventilační režimy můžeme rozdělit dle způsobu řízení ventilace na objemově řízenou ventilaci (VCV) a tlakově řízenou ventilaci (PCV). Při objemově řízené ventilaci je předem nastaven dechový objem a frekvence dýchání. Inspirium je tak ukončeno po dodání nastaveného dechového objemu ventilátorem. Při tlakově řízené ventilaci je nastaven vrcholový tlak a inspirium je ukončeno po dosažení tohoto definovaného tlaku. Oba tyto způsoby ventilace mohou, ale nemusejí být synchronizovány s dechovou aktivitou pacienta. Mezi synchronní ventilační režimy

řadíme řízenou zástupovou ventilaci (CMV) využívanou u pacientů, kteří nemají vlastní dechovou aktivitu, dechy jsou iniciovány časem a průběh inspirační fáze je zcela kontrolován ventilátorem. U asistované, řízené zástupové ventilace (A/CMV) je nastaven počet dechů za minutu a dechy jsou spouštěny nemocným, nebo ventilátorem. Synchronizovaná intermitentní zástupová ventilace (SIMV) dokáže kombinovat spontánní dýchání (nepodporované) s nastaveným počtem dechů zástupových, asistovaných nebo řízených. U asynchronních ventilačních režimů je dechový cyklus zahájen bez ohledu na fázi dechového cyklu nemocného. Intermitentní zástupová ventilace (IMV) se využívá hlavně v neonatologii a kojeneckém věku (Dostál, 2005, Hinds, 2008).

1.2.1 Historie umělé plicní ventilace

První zmínky o začátcích zajišťování dýchacích cest se objevily ve starověkém Egyptě roku 1275 př. Kristem, kdy na obrázcích u bitvy u Kadeše je zachycen manévr záklonu hlavy s předsunutím dolní čelisti. Kolem roku 1370 př. Kristem jsou na Huneferově papyru vyobrazeny různé nástroje, včetně nástroje připomínající současný laryngoskop. Dle dochovaných dokumentů v Izraeli přibližně kolem roku 800 př. Kristem hebrejská porodní bába Puah údajně byla schopna oživovat novorozence vlastním dechem. V Řecku a Římě roku 356 př. Kristem Homér mluví o možnosti otevření trachey řezem pro dusící se lidi. Tzv. tracheotomii popsal r. 100 př. Kristem Asklepiades z Bithynie. V období středověku jsou zaznamenány první literární Avicenyovy popisky o provedení tracheální intubace. Další již názorné provedení tracheotomie spolu s první „umělou plicní ventilací“ provedl Andreas Vesalius u prasnice za pomoci rákosové trubičky, přes kterou vdechoval vzduch. Doba osvícenství přinesla s sebou techniku umělé plicní ventilace za uplatnění cyklického tlaku na hrudník, která se používala až do počátku 20. stol. V této době nezávisle na sobě objevili kyslík Joseph Priestley a Carl Sheele. V roce 1546 je zaznamenána první zdokumentovaná a úspěšně provedená tracheostomie, kterou provedl italský lékař Antonio Musa Brasavola. V první polovině 19. stol. se používala manuální technika umělé plicní ventilace podle Silvestera, která byla používaná do poloviny 20. stol. Rok 1887 zaznamenal převrat v užívání umělé plicní ventilace. Dal vzniknout Felův-

O'Dwyerovu aparátu s použitím ventilace pozitivním přetlakem. Vzduch z přístroje byl vháněn hadicí do gumové obličejové masky přiložené na obličej pacienta a přístroj byl obsluhován nohou. Později byla obličejová maska vyměněna za laryngeální kanylu vyvinutou newyorským lékařem Josephem O'Dwyerem a přístroj byl již poháněn elektromotorem. Nová éra ventilátorů přišla v roce 1951. Carl-Gunnar Engström zkonstruoval objemový ventilátor, který pohybem pístu vytvářel požadovaný dechový objem. Podobu dnešních dýchacích přístrojů přinesla 60. léta 20. století, kdy byly zkonstruovány vysokofrekvenční ventilátory, dnes používané jako ventilátory čtvrté generace. Ventilátory první generace byly mechanické, pneumatické bez elektronických součástí. Druhá generace ventilátorů, umožňující režim SIMV, již byla obohacena o chybějící elektronické součásti a zástupcem je Emersonův Post-Op ventilátor z roku 1964. Třetí generace byla zastoupená ventilátory Puritan-Bennett 7200 z roku 1983, Dräger EV-A z roku 1984 a Bear 5 z roku 1985, které mají mikroprocesor regulující elektromagneticky ovládané ventily. Současné ventilátory čtvrté generace jsou multimikroprocesorové a jejich hlavními zástupci je Dräger Evita IV a Evita XL (Dostál, 2005).

1.2.2 Cíle a indikace k umělé plicní ventilaci

Cílem umělé plicní ventilace obecně, je udržení dostatečné výměny dýchacích plynů, dosažení dostatečné oxygenace a eliminace oxidu uhličitého. Umělá plicní ventilace podporuje výměnu plynů v plicích, vede k zvýšení plicního objemu a tím tak snižuje práci dýchacích svalů pacienta. Pacient s pomocí mechanického ventilátoru zvládá dechovou tíseň a je mu tak umožněno překlenout období respiračního selhání, které by bez aplikace umělé plicní ventilace končilo jistou smrtí. Ventilace působí také jako prevence vzniku nebo odstranění již vzniklých atelektáz. Mechanická ventilace umožňuje celkovou anestézii, hlubokou analgosedaci, popřípadě nervosvalovou blokádu. Klinicky je také využívána ke snížení systémové nebo myokardiální kyslíkové spotřeby, snížení nitrolebního tlaku a stabilizaci hrudní stěny (Dostál, 2005; Pachel, 2005).

Umělou plicní ventilaci indikuje lékař při zajištění dýchacích cest u pacientů s respiračním selháním nebo u pacientů, kteří nejsou schopni udržet průchodnost a toaletu dýchacích cest, nebo u nich nejsou přítomny ochranné dýchací reflexy. Což nejčastěji jsou pacienti s poruchou vědomí, těžkou intoxikací, stavy po KPCR, těžká poranění hlavy. Respirační selhání může mít celou řadu příčin, ať už primárně plicních (pneumonie, asthma), nebo sekundárních mimoplicních (srdeční selhání) (Dostál, 2005; Pachel, 2005).

1.3 Nutnost znalostí komplikací ze strany sestry u pacientů na umělé plicní ventilaci

Umělá plicní ventilace, jako každý jiný invazivní zákrok, s sebou může přinést celou řadu komplikací. Míru rizika lze minimalizovat správně nastavenou lékařskou péčí a dobře prováděnou ošetrovatelskou péčí ze strany sestry. Komplikace mohou vzniknout již při zajišťování dýchacích cest. Během intubace může dojít k traumaticko-mechanickému poškození anatomických struktur, jako je například perforace průdušnice, aspirace, nebo vznik stenózy trachey po dlouhodobé intubaci (Larsen, 2004). Další komplikace mohou nastat v souvislosti s nevhodnou směsí vdechovaných plynů. Nedostatečná koncentrace kyslíku ve vdechované směsi může vést k hypoxii pacienta. Naopak při protražované expozici vysokými dávkami kyslíku na dýchací systém mohou vzniknout nežádoucí účinky projevující se v CNS a plicích. Doporučená bezpečná dávka koncentrace vdechovaného kyslíku FiO_2 u dospělého pacienta je 0,6 (Kasal, 2006). K vlastním plicním nežádoucím účinkům se řadí komplikace vzniklé v důsledku ventilace pozitivním přetlakem projevující se např. emfyzémem či pneumotoraxem při nadměrném rozepnutí plic. To může vést k inaktivaci surfaktantu a porušení jeho funkce nebo vzniku biotraumat. Mimoplicní poškození vzniklé v důsledku ventilace pozitivním přetlakem zahrnují například snížení žilního návratu, snížení srdečního výdeje, zvýšení intraabdominálního tlaku, zvýšení nitrolebního tlaku, mechanické interakce mezi plicemi a srdcem aj. (Dostál, 2005; Pachel, 2005).

Ošetrovatelská péče má v prevenci komplikací umělé plicní ventilace nezastupitelnou úlohu. Sestra může eliminovat podstatnou část komplikací svým přístupem k pacientovi. Dodržování bariérové ošetrovatelské péče, odsávání

z dýchacích cest za aseptických podmínek, pravidelná výměna dýchacího okruhu významným způsobem snižuje riziko vzniku infekčních komplikací a ventilátorových pneumonií. Právě snížení nebo ztráta účinnosti reflexů v dýchacích cestách je příčinou zhoršené funkce transportu hlenů. Sestra musí znát důležitost a nevyhnutelnost zvlhčení a ohřátí vdechované směsi. Nedostatečné nebo naopak nadměrné ohřátí a zvlhčení často vede k částečné nebo úplné obstrukci v dýchacích cestách pacienta způsobené zaschlými sekrety nebo krví, nebo krevními koaguly v endotracheální rource nebo tracheostomické kanyle. K zalomení endotracheální rourky zpravidla dochází při nesprávné manipulaci s pacientem při jeho polohování. Sestra musí stále ověřovat a kontrolovat polohu hlavy a následně též uložení endotracheální rourky napojené na ventilátor. U pacientů často dochází k ulceraci v dýchacích cestách od těsnící manžety endotracheální rourky. Může vzniknout již i dvě hodiny po samotné intubaci. Defekt může postihovat sliznici, zasáhnout chrupavku a proniknout i stěnou trachey. Preventivní péčí, kdy sestra v pravidelných intervalech určených lékařem nebo standardy stanovenými oddělením endotracheální rourku polohuje z jednoho ústního koutku do druhého, je možné tyto ulcerace eliminovat na minimum nebo jim dokonce úplně předejít (Larsen, 2004; Dostál, 2005; Páchl, 2005).

1.3.1 Úloha sestry při zajištění dýchacích cest

Zajištění dýchacích cest je nezbytnou podmínkou invazivní umělé plicní ventilace. K zajištění dýchacích cest je používána celá řada pomůcek. Pomůcky k zajištění dýchacích cest lze rozdělit na supraglotické a infraglotické.

Supraglotické pomůcky jsou zaváděny nad úroveň příklopky hrtanové a zavádějí se naslepo. Slouží především k dočasnému zajištění dýchacích cest. V praxi se nejčastěji setkáváme se vzduchovody a laryngeálními maskami. Výhodou těchto pomůcek je jejich snadné použití a vysoká úspěšnost zavedení i u málo trénovaných osob (Hinds, 2008). Nevýhodou těchto pomůcek je, že nechrání dýchací cesty proti aspiraci, ani proti laryngospasmu. Povinností sestry je znát dobře tyto pomůcky a být seznámena s jejich používáním. Sestra se specializovanou způsobilostí v intenzivní péči musí ovládat použití těchto pomůcek, neboť dle vyhlášky 55/2011 Sb. §55 je v její kompetenci bez indikace a bez odborného dohledu zahajovat a provádět

kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení (vyhláška 55/2011 Sb.).

Infraglotické pomůcky jsou zaváděny pod úroveň hrtanové příklopky. V praxi se nejčastěji setkáváme s tracheální rourkou a tracheostomickou kanylou. Zatímco zajištění dýchacích cest tracheální rourkou je vhodné pro krátkodobé použití v řádu dní, tracheostomie umožňuje zajištění dýchacích cest na prakticky libovolné období. Tracheální intubaci provádí lékař a sestra při výkonu asistuje. Intubací se rozumí zavedení rourky s manžetou z polyvinylchloridu skrz hrtan a hlasivkové vazy do průdušnice za přímé kontroly zrakem pomocí laryngoskopu. Chrání před aspirací, umožňuje odsávání z dýchacích cest a napojení pacienta na mechanický ventilátor. Sestra na lůžkách intenzivní péče, ale taktéž na příjmech akutní péče, je povinna mít vždy a řádně připravené pomůcky k zajištění dýchacích cest pacienta, které v pravidelných intervalech dle zvyklosti oddělení musí kontrolovat. Patří mezi ně dýchací přístroj (mechanický ventilátor), samorozpínací vak, obličejová maska, funkční laryngoskop, endotracheální rourka, vzduchovody, pomocné zavaděče, které jsou ohebné a vkládají se do endotracheální rourky a příslušné kleště pro obtížnou intubaci (Magillovy kleště, Rovenstinovy kleště, kleště na vytažení jazyka), odsávací přístroj, Xylocain spray k topické anestezii hrtanu, injekční stříkačku k nafouknutí těsnící manžety, manometr a obinadlo, tkaloun nebo náplast k fixaci endotracheální rourky (Kolář, 2009; Larsen, 2004; Kapounová, 2007; Pachel, 2005).

Provedení výkonu tracheální intubace by mělo být pokud možno co nejrychlejší a asistence sestry musí být taktéž velice hbitá a profesionální. Je proto nutné, aby sestra znala všechny dostupné pomůcky k zajištění dýchacích cest pacienta a jejich přesný postup podání. Před samotným začátkem sestra zkontroluje, zda nemá pacient zubní protézu, případně ji z úst pacienta vyjme. Sestra nejprve lékaři podá samorozpínací vak s obličejovou maskou, který je většinou dostupný u každého lůžka k rychlé potřebě prodechnutí pacienta 100% kyslíkem (Kapounová, 2007). Využití samorozpínacího vaku je v intenzivní péči možné i pro případné laváže dýchacích cest pacienta skrz endotracheální rourku nebo tracheostomickou kanylu. Obličejové masky se rozlišují podle velikosti pro různé věkové skupiny a dle využití materiálu. Sestra dále podává po

předchozí kontrole funkční laryngoskop, který se skládá z rukojeti a lžice. V rukojeti bývá uložen zdroj elektrické energie určené k napájení světelného zdroje, který může být umístěn buď v samotné rukojeti, anebo ve lžici. Úkolem sestry před podáním laryngoskopu lékaři je vizuálně zkontrolovat a mechanicky vyzkoušet funkčnost, až poté mu jej podat. Laryngoskopy jsou děleny podle typů a velikosti lžice. Lžice mohou být rovné (Millerova lžice), nebo zahnuté (Macintoshova lžice) a mají různou délku, která se vybírá dle velikosti pacienta. Pro dospělé se používají většinou lžice zahnuté, u žen střední a u mužů velká lžice (Larsen, 2004). Mezitím, kdy lékař pravým koutkem zavádí laryngoskop do dutiny ústní pacienta a dále k epiglottis, sestra si připraví endotracheální rourky vždy o několika rozměrech. Pro dospělé ženy má standardně připravené endotracheální rourky o velikosti 7 a 7,5. Pro muže se nejčastěji používají větší rourky, nejčastěji velikost 8 a 9. Číslo rourky uvádí vnitřní průměr rourky v mm (Larsen, 2004). Endotracheální rourky jsou na svém distálním konci opatřeny manžetou, která se při zavedení pod epiglottis pacienta nafoukne přiměřeným množstvím vzduchu. Existují vysokotlaké manžety, které se plní jen malým množstvím vzduchu, většinou do 10 ml, ale tlak v manžetě je vysoký, zpravidla 80-150 mm rtuti. Jsou většinou první volbou u akutní intubace pacienta. Nízkotlaké manžety se uplatňují při předpokládané dlouhodobé intubaci nebo před indikací tracheostomie. Plní se větším množstvím vzduchu až okolo 100 ml, ale tlak v manžetě je podstatně nižší 15-20 mm rtuti. Je tak preventivním opatřením před vznikem dekubitů pod hlasivkovými vazy (Larsen, 2004). Manžeta slouží k utěsnění endotracheální kanyly v dýchacích cestách a tím brání úniku vzduchu při ventilaci a chrání pacienta před případnou aspirací žaludečního obsahu, slin nebo krve do dýchacích cest. Při zavádění endotracheální rourky je někdy zapotřebí manévru tzv. Sellickova hmatu, který zabraňuje regurgitaci žaludečního obsahu do hypofaryngu s následným zatečením do dýchacích cest. Po zavedení endotracheální rourky, jejím následném utěsnění a ověření její správné polohy, je povinností sestry endotracheální rourku zajistit proti posunu buď náplastí, nebo fixací pomocí různých pásek dle zvyklosti oddělení (Kapounová, 2007). Endotracheální rourka se fixuje zpravidla do hloubky 20-23 cm od řezáků, což by mělo odpovídat umístění rourky v dýchacích cestách 3-4 cm nad karinou. Konečnou fixaci vždy ověří poslechem

pomocí fonendoskopu lékař nebo zkušená sestra. Po upevnění rourky a napojení pacienta na ventilátor sestra překontroluje tlak v těsnící manžetě endotracheální rourky pomocí manometru. Doporučená hodnota je 15-25 cm vodního sloupce. Při intubaci je nutné, aby sestra měla připravený funkční odsávací přístroj s odsávacími cévkami, pro případné odsávání z dýchacích cest a umožnění lepší vizualizace terénu v krku pacienta a tím snazšímu zavedení endotracheální rourky. Odsávací přístroj by měl okamžitě vyvinout podtlak nejméně 0,6 mbar. Jeho testování by mělo probíhat vždy po každé výměně po použití a v pravidelných intervalech dle zvyklosti oddělení (Kolář, 2009; Dostál, 2005; Kasal, 2006; Larsen, 2004; Pahl, 2005).

1.3.2 Úloha sestry při ošetřování tracheostomovaných pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci

Tracheostomií se rozumí rovněž zajištění průchodnosti dýchacích cest pacienta, u kterého je předpokládána dlouhodobá umělá plicní ventilace a to z různých důvodů. Patří mezi ně dlouhotrvající poruchy vědomí, lepší udržování toalety dýchacích cest, u pacientů stížených nádory, stenózami v oblasti hrtanu, při netoleranci endotracheální rourky s nezbytnou hlubokou sedací, při obtížném odvykání pacienta od ventilátoru a při dechové nedostatečnosti pacienta s těžkým plicním postižením, s hraniční ventilační rezervou, kdy dlouhodobá plicní ventilace je nevyhnutelná. Zřídka jde o neplánovaný výkon a to jen v některých případech jako jsou například úrazy (Kapounová, 2007; Larsen, 2004).

Plánované provedení tracheostomie u pacienta je možno provést dvěma způsoby. První způsob provedení je chirurgická tracheostomie na operačním sále v celkové nebo lokální anestezii pacienta, kdy operační cestou po preparaci měkkých tkání je otevřena trachea a do ní vložena tracheostomická kanyla. V dnešní době je již ve většině případů častěji preferovaná punkční dilatační tracheostomie vyžadující jen minimální a rychlý zásah na pacientovi s možností provést ji na samotném lůžku oddělení v kratším operačním čase, menším výskytu pooperačních infekcí tracheostomického kanálu, v nižším výskytu tracheálních stenóz a lepším uzavírání tracheostomatu po dekanylaci (Kasal, 2006; Pahl, 2005; Marková, 2006).

Příprava pacienta z ošetrovatelského hlediska k tomuto výkonu není zvlášť výjimečná oproti přípravě pacienta na postup klasickou operační cestou. Informování pacienta včetně souhlasu s operací, výsledky laboratorních vyšetření, taktéž konziliární vyšetření pacienta po interní stránce včetně EKG záznamu případně rentgenovým snímkem plic je automatickou součástí procesu. Již sestra z noční směny dohlédne na minimální šestihodinové hodinové lačnění pacienta z důvodu případného zvracení a aspirace do dýchacích cest. Pokud je při vědomí, vysvětlí pacientovi, z jakého důvodu nemůže přijímat nic per os. Bezprostředně před operací provede přípravu kůže v podobě hygienické očisty, u mužů oholí operační pole od brady až po prsní bradavky. Před samotným výkonem sestra uloží pacienta do polohy na zádech ve vodorovné poloze s podloženými rameny, s vyjmutým polštářem a zakloněnou fixovanou hlavou. Zajistí dobrý přístup k lůžku za všech stran. Po celou dobu samotného výkonu sestra lékaři asistuje. K vlastnímu provedení lékaři připraví sterilní stolek s nezbytnými pomůckami, jako jsou sterilní roušky, mulové čtverce, tampóny, pinzetu, zahnutý peán, stříkačku, skalpel, jehelec případně rovný peán, jehly na šití, šicí materiál a dle výběru lékaře konkrétní velikost samotného setu pro punkční dilatační tracheostomii. Po ruce má připravený bronchoskop, funkční odsávací přístroj s potřebnými sterilními odsávacími cévkami, jednu punkční dilatační tracheostomii o jedno číslo menší a větší pro případnou náhlou změnu, sterilní spojovací hadici vedoucí od tracheostomie k ventilátoru spolu s novým filtrem, roztok k dezinfekci místa punkce, emitní misku, manometr a samozřejmě všechny pomůcky k případné reintubaci pacienta. Po ukončení výkonu punkční dilatační tracheostomie sestra nafukuje těsnící manžetu na tracheostomické kanyle vzduchem pomocí manometru na příslušný tlak, který by neměl přesahovat 20-25 mm rtuť, napojí pacienta na mechanický ventilátor, fixuje tracheostomickou kanylu tkalounem nebo fixační páskou a vypořádá ji nastřiženým sterilním čtvercem. Neustále kontroluje případné zatékání krve okolo i do tracheostomie, těsnost manžety na tracheostomické kanyle, saturaci krve kyslíkem u pacienta a celkovou synchronizaci pacienta s ventilátorem. Samozřejmostí je monitorování životních funkcí včetně frekvence a rytmu dýchání pacienta, sledování

dechové amplitudy a odsávání z dýchacích cest dle potřeby pacienta (Kapounová, 2007; Larsen, 2004; Kasal, 2006; Marková, 2006).

1.3.3 Úloha sestry při základní monitoraci pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci

Kontinuální sledování pacienta na umělé plicní ventilaci je nezbytnou součástí a denním základem práce sestry v intenzivní péči a je nenahraditelným článkem v ošetrovatelské péči a poskytování základních potřeb pacientovi. Monitorace umožňuje sledovat vitální funkce a jejich změny v průběhu ošetřování pacienta. Sestra je s pacientem v neustálém kontaktu a dokáže pohledem, sledováním přístrojů a zapisováním do určených záznamů podat lékaři přesné informace o pozitivních nebo negativních změnách pacienta. Sestra tak může pomoci včas odhalit komplikace, nežádoucí účinky léčby nebo chybnou činnost přístrojů (Kasal, 2006).

Základní monitorací pacienta v intenzivní péči je monitorování pomocí patientského monitoru. Monitorovat lze neinvazivní ale i invazivní metodou. Nejrozšířenější neinvazivní metodou je monitorace EKG, která umožňuje kontinuálně sledovat průběh obrazu EKG, jeho náhlé změny jako jsou arytmie nebo případnou asystolii. Povinností sestry je základní orientace v rozeznání změn na EKG oproti artefaktům a její následné rychlé řešení. Patientský monitor umožňuje i snímání dalších parametrů vitálních funkcí pacienta pomocí EKG elektrod jako je frekvence pulsů, nebo dechová frekvence, která je základním fyziologickým parametrem ventilace a odečítá se z pohybů hrudníku při dýchání. Neinvazivní snímání periferní saturace hemoglobinu kyslíkem je velice snadná, nenáročná a bezpečná metoda, která informuje o nasycení hemoglobinu kyslíkem. Normální hodnota se udává v procentech a pohybuje se od 95-98 procent. Monitorace saturace je naprostou nezbytnou součástí umělé plicní ventilace (Málek, 2011). Při neinvazivním měření tlaku v intenzivní péči je úkolem sestry zvolit vhodnou velikost manžety a správným způsobem ji upevnit. Nevhodně zvolená velikost manžety, pohyb pacienta na měřené končetině, srdeční arytmie, nízká periferní pulzace, edematózní nebo obézní pacient může ovlivnit výsledná měření a

ukázat je poté jako chybná. Povinností sestry je přihlížet a zapisovat veškeré tyto okolnosti. (Kolář, 2009; Kasal, 2006; Handl, 2009; Kapounová, 2007; Mikšová, 2006).

Invazivně se v intenzivní péči nejčastěji měří krevní tlak a centrální žilní tlak. Mezi další, méně častá invazivní měření patří měření nitrolebního tlaku, tlaků v plicnici, nitrobřišního tlaku a dalších (Zadák, 2007). Invazivní měření krevního tlaku má své obrovské výhody v kontinuálním měření krevního tlaku v arteriálním řečišti. Sestra a lékař tak stále mají možnost přímo měřit parametry hemodynamiky, sledovat tlakové křivky a okamžitě zaznamenávat změny (Handl, 2009). V intenzivní péči se sestra dle pokynů lékaře řídí hodnotou středního arteriálního tlaku, který je dobrým ukazatelem perfuze životně důležitých orgánů. Za běžných okolností se normální hodnota středního arteriálního tlaku pohybuje mezi 70-100 mm sloupce rtuti. Arteriální krevní tlak se měří přes tlakový převodník spojený s tlakovým monitorem, kdy výsledný tlak se udává v mm rtuti. K invazivnímu měření krevního tlaku je zapotřebí kanylovat cévní řečiště za přísně aseptických podmínek (Mařar, 2006). Nejčastěji se využívá kanylace arteria radialis nebo arteria femoralis. Kanylace artérie se provádí punkční technikou využitím Seldingerovy techniky zavedení kanyly po vodiči nebo technikou „over the needle“. Pro sestru je důležité vědět, který z přístupů bude preferován, aby mohla např. předem uložit pacienta do požadované polohy na zádech při kanylaci arteria radialis s mírně podloženým zápěstím a připravit místo vpichu případným oholením. K vlastnímu provedení lékař připraví sterilní stolek, sadu pro provedení vlastní arteriální punkce s nezbytnou výbavou jako jsou mulové čtverce, tampóny, pinzeta, stříkačky, jehly, jehelec, jehly na šití, šicí materiál a arteriální kanylu. Při ruce má připravený sterilní empír a rukavice pro lékaře, emitní misku, roztok k dezinfekci místa vpichu, Mesocain na eventuální znecitlivění místa vpichu, fyziologický roztok na proplach a tlakový převodník na připojení k tlakovému monitoru (Kolář, 2009; Kasal, 2006; Kapounová, 2007).

Hodnota centrálního žilního tlaku informuje o krevním tlaku v horní duté žíle, je tedy vypovídající hodnotou středního tlaku v pravé síni a tlaku na konci diastoly v pravé komoře. Většinou odpovídá náplni krevního řečiště a stavu napětí žil. Jednoduše řečeno

dle centrálního žilního tlaku řídíme množství a rychlost podávaných infuzí. Za normální hodnoty centrálního žilního tlaku se považuje hodnota 5-8 cm sloupce vody nebo 4-6 mm rtuti u pacientů spontánně dýchajících, u ventilovaných pacientů je zvýšený o hodnotu tlaku v dýchacích cestách na konci exspirace (Handl, 2009). Centrální žilní tlak se měří buď jednoduchou metodou odečítání výšky vodního sloupce v cm, nebo přes tlakový převodník spojený s tlakovým monitorem, kdy výsledný tlak se udává v cm vody. Centrální žilní katétr je nejčastěji zaváděn do vena subclavia, vena jugularis, případně vena femoralis. Vlastní kanylace musí probíhat za přísně aseptických podmínek z důvodu prevence vzniku katérových infekcí (Maďar, 2006). Úkolem sestry je pacienta, pokud je při vědomí, po edukaci lékařem o provedení výkonu, uložit do požadované polohy na zádech v mírné antitrendelenburgerově poloze a oholit místo vpichu. Dále stejným způsobem jako u kanylace arteriálního katétru sestra připraví lékaři sterilní stolek, sadu pro provedení punkce centrální žíly s nezbytnou výbavou obsahující sterilní roušku, pinzetu, nůžky, pean, tampony, longety, centrální žilní katétr, tlakový převodník, fyziologický roztok k proplachu katétru, stříkačky, jehly, sterilní empír a sterilní rukavice, emitní misku, dezinfekci pro místo vpichu, transparentní krytí na centrální žilní katétr, nůžky, náplast, infuzi připravenou k aplikaci, Mesocain inj. ke znecitlivění místa vpichu. Po celou dobu výkonu sestra lékaři asistuje (Kolář, 2009; Kasal, 2006; Maďar, 2006; Mikšová, 2006).

Naprosto základní dovedností, kterou musí sestra znát je manipulace s EKG monitorem, ovládání monitorace arteriálního a centrálního žilního tlaku a monitoraci kardiovaskulárního systému. Kontroluje funkčnost kontinuálního proplachu, pevnost jednotlivých spojů jednorázových systémů a udržuje průchodnost katétrů. Katétrů asepticky ošetřuje, kontroluje místo vpichu a okolí, pravidelně provádí stěry z okolí na bakteriologické vyšetření. Sestra je prvním článkem kontaktu s pacientem a je na prvním místě, kdy může nežádoucí stav v krátké době zvrátit. Včas upozorňuje lékaře při nejasnostech, vysokých nebo naopak nízkých hodnotách (Kolář, 2009; Handl, 2009; Kapounová, 2007).

Do monitorace respiračního systému v průběhu umělé plicní ventilace za pomoci invazivních metod spadá sledování fyziologických parametrů, jako jsou inspirační tlak, střední tlak v dýchacích cestách, pozitivní tlak na konci výdechu (PEEP), inspirační čas, expirační čas, vdechovaný objem, vydechovaný objem, minutová ventilace, celková dechová frekvence, spontánní dechová frekvence, měření teploty vdechované směsi. Dále jsou sledovány parametry plicní mechaniky jako je compliance, resistance, změny parametrů v průběhu času a modelování dechových křivek. Úkolem sestry je sledovat chování pacienta na ventilátoru a hlavně jeho synchronizaci s dýchacím přístrojem (Kasal, 2006; Dostál, 2005). Pojem kapnometrie nesmí být sestře cizí. Kapnometrie taktéž spadá do měření pomocí invazivních metod, kdy na ventilátoru, měříme hodnotu parciálního tlaku oxidu uhličitého v průběhu dýchání. Kapnometr je součástí dýchacího okruhu a zaznamenává nejvyšší koncentraci oxidu uhličitého na konci výdechu jako $ETCO_2$ a její hodnota normy se pohybuje 45-55 mm rtuti. Vysoké hodnoty nad 70 mm rtuti se klinicky u pacienta projevují zmateností, dezorientací až kómatem a mohou být známkou špatného nastavení ventilačního režimu. Pro sestru je kapnometrie jedním z důležitých ukazatelů, kterému by měla věnovat pozornost. Dalším sledovaným ukazatelem je koncentrace kyslíku ve vdechované a vydechované směsi plynů. Je to neinvazivní metoda sledující rychlé rozlišení změn koncentrace kyslíku buď v centrálním rozvodu, kyslíkových tlakových lahvích nebo v dýchacím okruhu. Hlavním úkolem sestry je znát základní terminologii týkající monitorování respiračního systému, sledovat nastavení alarmů fyziologických parametrů a rozeznat možné stavy u pacienta, které dokáže sama řešit anebo kdy je nutné volat lékaře. (Kasal, 2006; Kapounová, 2007; Pachel, 2005).

Mezi další běžná denní sledování sestry u pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci patří sledování a zapisování bilance tekutin včetně měření hodinové diurézy, tělesné hmotnosti, tělesné teploty, laboratorních parametrů včetně krevních plynů. Příjem a výdej tekutin je také důležitým ukazatelem správné funkce ledvin a vývodných močových cest, perfúzního tlaku ledvinami a náplni cévního řečiště. Povinností sestry je sledovat, měřit a zapisovat naměřené množství příjmu a výdeje tekutin a vždy jednou za 24 hodin sečíst bilanci tekutin. Lékař má tak ucelený denní přehled a může reagovat na

potřeby pacienta. Pokud se denní diuréza u pacienta pohybuje minimálně 1 ml/hod/kg, může se předpokládat dostatečný perfúzní tlak. Sestra při poklesu diurézy okamžitě informuje lékaře, který na danou situaci může následně reagovat (Kasal, 2006; Dostál, 2005).

1.3.4 Ošetrovatelská péče ze strany sestry o pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci z pohledu fyziologických potřeb

Dle Maslowa k základním fyziologickým potřebám patří potřeba čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku a potřeba pohybu. Pacient na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je při uspokojování a plnění těchto potřeb plně odkázán na sestru (Trachtová, 2006; Šamánková, 2011).

Profesionální hygienická péče je jedním z pilířů ošetrovatelské péče pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci. Je základním návykem každého člověka, pacienta nevyjímaje. Každý pacient získává pocit čistoty a osobní pohody, kdy jsou odstraňovány sekrety a exkrekty z těla. Je tak i důležitou součástí péče o pokožku těla pacienta, tím předcházení infekcí a jejich komplikací v podobě dekubitů. Sestra plně provádí hygienickou péči u nesoběstačných a ležících pacientů dvakrát denně a dále dle potřeb pacienta a to buď v plné výši s pasivní účastí pacienta, nebo za aktivní spoluúčasti pacienta. Sestra nezapomíná na pravidelnou hygienu dutiny ústní pomocí zubní pasty a kartáčku, vypomáhá si vytíráním úst pomocí vhodného dezinfekčního roztoku, vhodné je i použití štětiček napuštěných Borglycerinem nebo komerčně vyrobených štětiček napuštěných citronovou šťávou několikrát během dne nebo dle aktuálního stavu. Oči vykapává Ophtalmo-Septonexem dvakrát denně, u bezvědomých pacientů využívá umělých slz Lacrysinu, ošetřuje nosní dutinu a uši vytíráním štětičkou jedenkrát denně. U mužů nevynechává úpravu nebo holení vousů. Minimálně jedenkrát za týden provede mytí vlasů, stříhání nehtů a nezapomíná na ošetření kůže konkrétními přípravky k prevenci dekubitů, opruzenin a jiných poruch kůže a sliznic. Sleduje otoky, napětí kůže, enantém a pocení. Součástí je i ošetřování a převazy centrálních a periferních katétrů, arteriální kanyly, permanentní močové cévky, endotracheální rourky, nasogastrických nebo nasosejunálních sond. Při této péči sestra sleduje stav kůže

a sliznic v okolí katétrů a kanyl, jejich barvu, poruchu kožní integrity a uložení. Vždy zároveň zajišťuje čisté, suché a vypnuté lůžko pacienta. Komunikace mezi sestrou a pacientem při takto vykonávané hygieně je základem. Pacient je vždy informován o sledu prováděné hygieny, a pokud je při vědomí, je vyzýván k aktivitě a pohybu, případně spoluúčasti při hygieně (Trachtová, 2006; Maďar, 2006; Mikšová, 2006; Nováková, 2011; Zadák, 2008).

Výživa je základní primární potřebou člověka k zachování života. Příjem potravy je ovlivňován energetickými požadavky jednotlivce závisící na řadě faktorů jako je věk, hmotnost těla, okolní teplota, psychický stav pacienta a hlavně na momentálním zdravotním stavu. U pacientů dlouhodobě ventilovaných je to mnohdy závažný a těžký stav, kdy potřeba dýchacího ventilátoru a zavedení tracheostomické kanyly nutné k životu, příjem potravy ztěžuje. Výživu u pacientů můžeme rozdělit na několik skupin. Výživa se dělí na parenterální a enterální výživu. Parenterální výživou je pacient většinou vyživován ze začátku léčby a to v bezvědomí, kdy ještě není schopen nic přijímat enterálně. Nitrožilně tak pacient dostává vyvážené množství důležitých základních živin jako jsou bílkoviny, cukry, tuky, vodu, minerály a vitamíny. Je jí také možné využít jako doplňkovou výživu u pacienta, který nemůže být dostatečně živěn enterálně. Enterální výživa se přidává v co nejkratší možné době z důvodu zachování správného a přirozeného fungování zažívacího traktu (Zadák, 2008). Dle doporučení Evropské společnosti pro parenterální a enterální výživu z roku 2006, by v případě, kdy nelze předpokládat dosažení plného perorálního příjmu během tří dnů, měla být zahájena parenterální výživa. U pacientů dlouhodobě ventilovaných se začíná vyživovat nejčastěji nasogastrickou sondou, v případě dlouhodobého podávání enterálního příjmu pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie, či nasojejunální sondou. Sestra zde má za úkol buď v pravidelných intervalech bolusově podávat enterální výživu připravenou kuchyňskou nebo potravinářskou technologií za splnění všech hygienických a mikrobiologických požadavků nebo v dnešní době již častěji preferovanou firemně připravenou výživu kontinuálně podávanou přes enterální pumpy, kde je možné nastavit rychlost podání výživy. Mezi každodenní starost sestry spadá i kontrola zavedení nasogastrických, nasojejunálních sond nebo gastrostomie, jejich

fixace, převazy a samozřejmě i jejich průchodnost. Pokud je pacient při vědomí a již může přijímat stravu per os, spočívá ošetrovatelská péče sestry v podávání ze začátku tekuté, později kašovitě až normální stravy (Kapounová, 2007; Zadák 2008).

Důležitým úkolem sestry je edukace při nácviku polykání tracheostomovaných pacientů. Při nevhodné technice polykání může totiž docházet k zátekání stravy do dýchacích cest. Nácvik tohoto procesu bývá velmi zdoluhavý a náročný. Sestra neustále musí s pacientem komunikovat, podávat jídlo jen po malých soustech a vždy vyčkat až sousto pacient spolkne. Pokud to stav pacienta umožní, nechá jej po jídle alespoň 30 - 45 minut v polosedu. Často se stává, že pacient jídlo odmítá právě pro technické problémy, které tracheostomická kanyla s sebou přináší. Mezi další časté důvody odmítání příjmu potravy pacientem patří dysfágie, dyspepsie, nechutenství a mnoho dalších. Sestra by měla na všechny tyto důvody myslet, cíleně se na ně ptát a svá zjištění zapisovat do ošetrovatelské dokumentace, případně hlásit lékaři. U nemocných na dlouhodobé plicní ventilaci, kteří mají problémy s kousáním a polykáním se velmi osvědčilo podávání tekutých hyperkalorických potravinových doplňků tzv. sipping. Role sestry v zajištění příjmu potravy u ventilovaných pacientů je klíčová a k obnovení dostatečného perorálního příjmu potravy je často třeba i koordinace s rodinnými příslušníky pacienta (Trachtová, 2006; Kapounová, 2007; Zadák, 2008).

Ověření nutričního stavu pacienta je možné několika způsoby. Rutinně jsou prováděny laboratorní vyšetření nutričního stavu, jako jsou vyšetření sérových proteinů albuminu, prealbuminu a transferinu, dusíkové bilance, kreatininu a dalších. Monitorace a vyhodnocování těchto parametrů spadá do kompetence lékaře. Sestra monitoruje nutriční stav pacientů způsobem, který je většinou definován vnitřním standartem pracoviště. Mezi nejčastěji používané metody patří vážení pacienta v pravidelných časových intervalech, výpočet BMI pacienta, měření obvodu paže horní končetiny a jiné. Sestra si také všímá výživové anamnézy, kdy zjišťuje stravovací návyky pacienta, jeho oblíbená jídla. Veškerý příjem snědených porcí včetně potravin od návštěv, tekutin, infuzí zapisuje do dokumentace k tomu určené, neboť jen tak je možné stanovit

skutečný energetický příjem pacienta (Trachtová, 2006; Kasal, 2006; Maďar, 2006; Kapounová, 2007; Marková, 2006).

Potřeba vyprazdňování je u pacientů jeden z důležitých ukazatelů správné funkce močového a zažívacího systému. Je u každého individuální a v nemocničním prostředí hraje zásadní roli intimita, diskrétnost a respektování studu ze strany sestry a celého ošetřujícího personálu. U pacienta v bezvědomí plně zastupuje obstarávání mikce a zajištění hygieny po defekaci sestra. Celý ošetřovatelský proces je o to složitější z důvodu ležícího často imobilního pacienta napojeného na ventilační přístroj. Úkolem sestry je řádně se starat o hygienu intimních oblastí, pravidelné sterility výměny permanentních močových cévek, případně ošetřování perkutánní epicystostomie. Dále sestra provádí měření bilance tekutin, včetně měření odpadů sekrece z drénů nebo zvratků, sledování počtu stolic a následně tyto údaje zapisuje do dokumentace. Při objevení se různých poruch vyprazdňování moče jako polyurie, oligurie, anurie nebo retence ihned stav nahlásí lékaři a následně asistuje při jejich řešení. Pokud je pacient při vědomí, snaží se pomoci provést vyprazdňování pacienta do podložní mísy s následnou hygienou, v případě zácpy nebo naopak průjmu se snaží s lékařem najít řešení pomocí vhodné diety a zvýšeným příjmem tekutin pro daný stav (Trachtová, 2006; Kapounová, 2007; Maďar, 2006).

Odpočinek a spánek bývá pro pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci problém. Samotná hospitalizace, nedostatek soukromí, bolest, celkový psychický stav, stres, hluk, světlo, ale i třeba sladění ventilátoru s pacientem má negativní vliv na kvalitu spánku. Následkem těchto faktorů může být insomnie nebo spánková inverze. Úkolem sestry je zjistit, které faktory vnímá pacient jako nejvíce rušivé a pokud je to možné, snažit se je eliminovat. Velmi účinnou prevencí spánkové inverze bývá zabavení pacienta v denních hodinách aktivitou jako je fyzioterapie, ergoterapie, či nácvik různých dovedností. Insomnie pacienta je velmi často nutné řešit podáním hypnotik, sedativ či anxiolytik vždy po řádné ordinaci lékařem (Trachtová, 2006; Martínková, 2007). V posledních letech se jako velmi nadějně jeví podávání melatoninu, který se podílí na udržování cyklu spánek, bdění (Hinds, 2008).

Dýchání je fyziologická funkce, bez které není možná existence. Oproti jiným základním fyziologickým potřebám si potřebu dýchání, tedy příjmu kyslíku neuvědomujeme a provádíme ji automaticky. U pacienta s nutností umělé plicní ventilace je dýchání vždy do určité míry odkázáno na dýchací přístroj, bez kterého by pacient respiračně selhal a zemřel. Základním úkolem sestry při ošetřování ventilovaných pacientů je péče o dýchací cesty, především pak jejich toaleta. Pokud u pacienta dojde ke změnám dýchání, jako je dušnost, kašel, cyanóza, provádí sestra odsávání z dýchacích cest. Vždy je tedy nutné podřídit četnost odsávání z dýchacích cest potřebám pacienta (Kapounová, 2007; Trachtová, 2006).

Odsávat lze otevřeným nebo uzavřeným způsobem. Otevřený způsob probíhá za pomoci jednorázových sterilních odsávacích katétrů napojených na odsávací přístroj, kdy sestra odpojí ventilátor od endotracheální rourky nebo tracheostomické kanyly a za pomoci sterilního nástroje, například pinzety, sterilně odsává sekrety z dýchacích cest pacienta. Je to levnější způsob, kdy ale zůstávají dýchací cesty pacienta otevřené a může tak dojít ke vzniku infekce v dýchacích cestách a také ke kontaminaci prostoru infekčním agens pacienta. Uzavřený způsob spočívá ve využití uzavřeného odsávacího systému Trach-care, kdy systém je permanentně napojen na endotracheální rourku nebo tracheostomickou kanylu a je eliminováno odpojování od ventilátoru. Při tomto způsobu sestra napojí odsávací systém na odsávací přístroj a poté odsává. Odsávací katétr ve sterilním obalu je součástí systému a je nutné, aby jej po použití sestra propláchl stříkačkou s fyziologickým roztokem v prevenci zaschnutí sekretů uvnitř odsávacího katétru. Sestra tak sterilně odsává jedním systémem používaným 2-3 dny dle použitelnosti, kterou udává výrobce. Výhodou je snížení přenosu infekce vzdušnou cestou, jednoduchá manipulace pro sestru, šetrné odsávání pro pacienta, u kterého nedochází k poklesu hodnot minutového objemu, vdechovaného kyslíku a PEEP při rozpojení dýchacího okruhu. Výběr typu odsávání záleží na zvyklostech a finančních možnostech jednotlivého pracoviště. Podmínkou odsávání je informovanost pacienta o provedeném výkonu, dezinfekce rukou, použití jednorázových osobních ochranných pomůcek, jako jsou ústenka, rukavice, ochranný oděv, případně ochranné brýle nebo štít. U pacienta na umělé plicní ventilaci sestra provede 100% preoxygenaci minimálně

na pět vdechů a šetrně přerušovaně odsává v průběhu vytahování odsávacího katétru z dýchacích cest maximálně dvanáct sekund (Kapounová, 2007; Trachtová, 2006; Mařar, 2006; Nováková, 2011; Marková, 2006).

Nezbytným úkolem sestry v péči o dýchací cesty pacienta je i zajištění podávané vdechované směsi, která musí být zvlhčená a ohřátá. U pacientů na umělé plicní ventilaci je vyřazeno fyziologické zvlhčení a ohřátí a je tedy nutné kontinuálně tuto funkci nahradit z důvodu zvýšení viskozity sputa, k prevenci retence sekretů, zpomalení nebo zástavy mukociliárního transportu a tím následnému rozvoji infekce v dýchacích cestách (Kapounová, 2007; Kasal, 2006). Zvlhčování je možné rozdělit na aktivní a pasivní. Aktivní zvlhčování je zajištěno prouděním směsi plynů přes komorový systém, kde dochází k ohřátí směsi a jejímu zvlhčení ohřátou sterilní vodou. K pasivnímu zvlhčení jsou používány tzv. výměníky tepla a vlhkosti, které se včleňují do dýchacího okruhu. U pacientů je častá potřeba ovlivnit sekreci z dýchacích cest nebo cíleně na dýchací cesty zapůsobit konkrétními léky. Zde má nezastupitelnou roli nebulizační terapie, která umožňuje inhalační aplikaci roztoků. Sestra inhalační léčbu podává pacientovi v pravidelných intervalech rozepsaných lékařem pomocí nebulizátoru, řazeným taktéž do dýchacího okruhu. Tímto způsobem je aplikována celá řada léčiv, jako například bronchodilatancia, mukolytika, adrenalin, antibiotika a kortikoidy (Kapounová, 2007; Martínková, 2007).

V případě zasychání sekretu v dýchacích cestách se využívá laváž dýchacích cest, ke které se používají sekretolytika naředěná v určitém poměru s fyziologickým roztokem. Sestra instaluje lavážní roztok do dýchacích cest v objemu do 5 ml, prodechne pacienta samorozpínacím vakem a poté sekret z dýchacích cest odsaje. Důležitou část toalety dýchacích cest zastupuje i dechová rehabilitace s nácvikem dýchání spojeným s případnými vibračními masážemi hrudníku nebo polohové drenáže. Oporou sestře bývá úzká spolupráce s fyzioterapeutem, který sestaví konkrétní cvičební plán na jednotlivého pacienta, jemuž má pomoci uvolnit sekrety, usnadnit tím vykašlávání a naučit pacienta účelnému dýchání k provzdušnění určitých částí plic. Je tak dobrou prevencí vzniku pneumonií, atelektáz a pomocnou rukou v případném

odvykání od ventilátoru (Trachtová, 2006; Nováková, 2011; Marková, 2006).

Speciální možností toalety dýchacích cest je bronchoskopie. Jedná se o invazivní vyšetřovací metodu, kdy je do dýchacích plic zaveden speciální přístroj, bronchoskop. S jeho pomocí je možné provést diagnostiku bronchiálního stromu a také cíleně odsát periferně umístěné hlenové zátky, koagula nebo zaspírovaný cizí materiál. Bronchoskopii provádí lékař a sestra mu asistuje. Před každým použitím bronchoskopu provede sestra jeho dezinfekci dle návodu výrobce. Po jeho použití provede jeho očistu, taktéž v souladu s pokyny výrobce (Hinds, 2008).

1.3.5 Ošetrovatelská péče ze strany sestry o pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci z pohledu psychogenních a sociálních potřeb

Člověk postavený do role pacienta připoutaného na mechanický ventilátor k samotnému přežití potřebuje mít saturovány především potřeby fyziologické. Po dosažení a nabytí těchto potřeb pacient na umělé plicní ventilaci, pokud je při vědomí, začne také vyžadovat a chtít uspokojovat potřeby psychogenní. Maslow řadí ihned za fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, začleněné do oblasti psychiky, které jsou odrazem dalšího uspokojení pacienta vyšší třídy. Pacient na mechanickém ventilátoru je plně odkázán na neustálou péči sestry a lékaře. Ti jsou často nepřetržitým a mnohdy jediným článkem v jeho bytí. Jako první mohou pacienta vždy uklidnit, podpořit, dodat mu svojí komunikativní a psychologickou vybaveností pocit jistoty. Pocit životní nejistoty působí na pacienta jako stresor, ovlivňuje jeho psychosomatickou stránku. Ventilovaný pacient je připoutaný k lůžku, vzdálit se z něj může jen na dosah mechanického ventilátoru a to pro něj není příjemné. Často dochází k jeho útěku z lůžka, bývá agresivní jak vůči sobě samému, tak i vůči ošetřujícímu personálu. Jeho hněv bývá spojený s reakcí na frustraci potřeb. V jiných případech se jedná o smutek pacienta. Smutek je pacientovou obrannou izolací od okolí. Dokáže vyvolat naprostou apatii, nechť k uzdravování a snaze sám sobě si pomoci. Záleží také na typu osobnosti pacienta, zda je introvert nebo extrovert. Pacienti introvertní jsou uzavření před světem, nechtějí své problémy ventilovat a je velice těžké s nimi navázat úzký vztah. Extrovertní pacienti mohou své požadavky řešit s každou příchozí osobou, např. pomocný personál, která se pohybuje v jeho blízkosti. V obou případech zde

nezastupitelnou roli sehrává i komunikace s psychologem případně psychiatrem, která bývá mnohdy nezbytná (Trachtová, 2006; Blatný, 2010; Šamánková, 2011).

Strach a úzkost jdou ruku v ruce s hospitalizací pacienta. Strach je obava před něčím konkrétním, u ventilovaného pacienta se může jednat např. o ztrátu hlasu, nemožnosti pohybu, nemožnosti odpojení od ventilátoru, jeho stálá závislost na přísunu kyslíku z ventilátoru. Úzkost nemá jasný předmět, je to nekonkrétní obava z neznámého. Pacient na dlouhodobé plicní ventilaci se dostává do beznaděje a zoufalství. Často nevidí možnosti řešení svého stavu. Sestra se musí snažit svým psychoterapeutickým přístupem s pacientem co nejdříve navázat velice úzký vztah, neboť důvěra mezi nimi má v celém ošetrovatelském procesu velice důležitou funkci. Plně pacienta informuje před různými vyšetřeními a výkony, snaží se zbavit jej strachu a úzkosti. Sestra s ventilovaným pacientem neustále komunikuje dle dostupných možností a prostředků. Zapojení rodiny pacienta a dokázání mu, že nezůstal sám, že není vyloučen ze své rodinné role, je pro pacienta velice důležité. Jen samotné pacientovo zklamání a ztráta pracovní role je pro něj dostatečnou frustrací. Pacient se musí vyrovnat se vzniklou situací, vědět, rozumět a hlavně pochopit dlouhou cestu, která jej na mechanickém ventilátoru očekává. Pacient se cítí být sám a osamocen. Přítomnost sestry mu, i přes neustálé využívání její osoby, mnohdy nestačí. V těchto chvílích splňuje důležitou funkci přítomnost rodinných příslušníků, kteří pocit lásky a integrace dodávají (Trachtová, 2006; Křivohlavý, Pečenková, 2004; Šamánková 2011).

1.3.6 Komunikace sestry, rodinných příslušníků a pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci

Komunikace je základním kamenem jednání mezi lidmi a v užším smyslu se jí rozumí přirozený projev člověka vedoucí k sdělení nebo přijetí informací. Role sestry v komunikaci s pacientem je nezastupitelná. Komunikace je provází při provádění hygienické péče, ordinacích, přípravě na vyšetření nebo výkony. Sestra s pacientem tráví nejvíce času, často je svědkem různých situací a vhodná komunikace je tak samozřejmou součástí celého ošetrovatelského procesu. Základním dělením ji rozlišujeme na verbální, čili slovní vyjádření toku informací a to jak mluvenou tak

psanou formou, a neverbální komunikaci. Neverbální komunikace vyjadřuje svůj obsah beze slov. Využívá řeč tváře (mimika), tělesnou vzdálenost (proxemika), dotykový kontakt (optika), držení těla a končetin (posturika), spontánní pohyby končetin (gestikulace). Přenos sdělení se děje pomocí komunikačního kanálu (hlasový, zrakový, hmatový, čichový), který u ventilovaných pacientů bývá narušen fyzickými, mechanickými, fyzikálními, sociálními a psychickými komunikačními šumy. Úkolem sestry je rozeznat o jaké šumy se jedná a snažit se je spolu s pacientem co nejvíce potlačit (De Vito, 2008; Křivohlavý, Pečenková, 2004; Venglářová, 2006; Linhartová, 2007; Pokorná, 2008).

Pacienti na umělé plicní ventilaci obvykle nejsou schopni hlasového projevu, neboť jsou vyřazené hlasivkové vazy díky zavedené endotracheální rource nebo tracheostomické kanyle (Larsen, 2004). Pacient se tak může vyjadřovat pouze písemně, nebo nonverbálně. Uzavřenost, negativní emoce jako hněv, smutek pacienta a nechuť bojovat, apatie, deprese, patří k šumům, které sestře stěžují její práci. Pro pacienta je ztráta hlasu traumatizující, proto je třeba, aby k němu sestra přistupovala s taktem a shovívavostí. Sestra musí umět správně komunikovat, aby dokázala identifikovat signály pacienta, pochopit je a následně vyhovět jeho potřebám. Každý pacient je jiný, každá situace je jiná. Také každá sestra jiná, ale k překonání bariér v komunikaci s ventilovaným pacientem potřebuje vždy vysokou dávku trpělivosti, času, tolerance, empatie a také chtění porozumět a rozumět. Cílem sestry je najít vhodný alternativní způsob pro komunikaci s pacientem (De Vito, 2008; Křivohlavý, Pečenková, 2004; Kapounová, 2007; Venglářová, 2006).

Akomodace ze strany sestry je první zásadou v aktivní či pasivní komunikaci s ventilovaným pacientem. U pacienta v bezvědomí vychází komunikace pouze ze strany sestry. Jedná se o pasivní komunikaci mezi sestrou a ventilovaným pacientem. I tak sestra na pacienta mluví, vysvětluje mu všechny ošetřovatelské úkony, které provádí, ale ví, že tato komunikace je bez zpětné vazby. Při aktivní komunikaci kdy pacient spolupracuje, pokládá vždy jednu otázku, aby mohl buď kývnutím hlavy, nebo mrknutím očí konkrétně odpovědět. Je potřeba, aby sestra kontrolovala, zda pacient

poskytnuté informace, dotaz správně pochopil a přijal. Rozhodně nevhodné od sestry při komunikaci s pacientem na umělé plicní ventilaci je plnění úkolů a ordinací, aniž pacientovi dává možnost soustředit se na plnění svých potřeb (Linhartová, 2007). K doplnění komunikace mezi sestrou a pacientem se velmi často na intenzivních lůžkách využívá abecední tabulka nebo magnetická tabule. Urychlí tak řeč a je využívána při rychlejší formě komunikace, kdy není tolik času, nebo kdy již sestra není schopna vyčíst pacientovy myšlenky. Abecední tabulka je využitelná jen v případě, kdy pacient má dostatečnou svalovou sílu horních končetin a jeho stav vědomí není ovlivněn hypnotiky, sedativy a je schopen adekvátně na tabulce písmena ukazovat. Další možnost v komunikaci s ventilovaným pacientem má sestra při využití písemného projevu pacienta, pokud udrží tužku v ruce. Pro lepší a větší přesnost sestra doporučuje pacientovi psát velkými tiskacími písmeny. Možnost komunikace spočívá i ve využití komunikačních kartiček s obrázky, které se velmi osvědčily u pacientů např. s autismem, kdy pacient vybírá nebo ukazuje na konkrétní obrázek s danou činností a potřebou (Pátá, 2007). Sestra vždy dopřeje pacientovi dostatek času na pochopení položené otázky, v případě nutnosti několikrát dotaz opakuje. Správnou odpověď pacienta si ověřuje opakováním odpovědi pacienta (De Vito, 2008; Kapounová, 2007; Křivohlavý, Pečenková, 2004; Ptáček, Bartůněk, 2011; Marková, 2006; Pokorná, 2008).

Nedílnou součástí komunikace mezi pacientem a sestrou bývá i srdečné stisknutí ruky. Pacient, ale i sestra, tímto gestem dokážou beze slov vyjádřit nejen poděkování, úctu, ale i pochopení, přítomnost druhého člověka v nelehkých chvílích a situacích. V ošetrovatelském procesu u ventilovaného pacienta je velkou výhodou dobrá spolupráce rodiny. Sestra rodinu pacienta edukuje v možnosti jak aktivní, tak i pasivní komunikace mezi nimi, ukáže vyhovující formu sdělení pacienta. Sestra by měla být rodině nápomocna s adaptací na vzniklou situaci a podporovat ji k překonání komunikační bariéry mezi rodinou a pacientem. Rodinu vyzývá i k fyzickému kontaktu, hlavně u pacientů, kteří jsou v bezvědomí (Kapounová, 2007; Křivohlavý, Pečenková, 2004; Linhartová, 2007).

1.4 Proměny lékařské etiky od Hippokrata k dnešku

Lékařská etika prošla velikým vývojem a v současné medicíně je na ni kladen stále větší důraz. Všem lékařům ale i nelékařským pracovníkům je velice známý nejstarší soupis etických požadavků na konání a jednání lékaře sepsaný kolem roku 400 př. n. l. nejslavnějším lékařem antického Řecka a zakladatelem lékařské školy Hippokratem. Tzv. Hippokratova přísaha byla po staletí používána a brána jako jediný deontologický kodex, který byl dle aktuálních potřeb přepracován a rozšířen o jiné povinnosti ve druhé polovině dvacátého století. Jsou zde zakotveny závazné principy, které určují jak se správně chovat k pacientovi a svým způsobem se k němu lékaři i nelékařští zdravotní pracovníci odkazují až do dnešní doby. Od druhé světové války po současnost bylo nutné s rozvojem medicíny a zdravotnické techniky náležitě ošetřit práva pacientů a také počínání lékařských i nelékařských pracovníků. Doba tak dala vzniknout novým kodexům, které zahrnovaly na jedné straně lidskou důstojnost, ochranu a práva člověka a na druhé straně povinnosti, včetně ochrany a práv zdravotnických pracovníků. Tedy dodat něčemu etický řád, dodržování postupů. Tyto kodexy byly odrazem postupující doby, kdy se jednalo např. o experimenty prováděné na lidech. Byly také stanoveny etické principy genové technologie a výzkumů, ochrana lidských práv, práv pacientů včetně dětí, práv onkologických pacientů, směrnic pro transplantace orgánů, pro pomoc umírajícím, kodexů pro dárcovství krve a krevní transfúze a plno dalších (Munzarová, 2005; Kutnohorská, 2007; Haškovcová, 2002).

Medicína se dostávala na první místo a dalo by se říct, že měla nad pacientem moc. Dřívější tradicí byl lékař považován za nejvyššího zastávce zdraví nemocného člověka, který zná a ví vše a nikdo, ani pacient, neměl právo mu jeho rozhodnutí měnit. Jeho postoj a chování k pacientovi bylo ryze autoritativní. Pacient, vystupující jako nemocný, se dostával až na druhé místo. Jeho pozice, kdy měl poslouchat pokyny a rady lékaře, splnit vždy vše co mu bylo nařízeno, a tím pádem se pokorně sklonit a pasivně přijmout léčebnou péči bez ohledu na svá přání, vlastní rozhodnutí a důstojnost, byla až za lékařem. Současný pacient je vzdělanější, domáhá se svých práv, chce znát a vědět co jej bude čekat, co bude následovat za vyšetření a léčbu a stává se, že i sám se složitějších vyšetření nebo určité léčby dožaduje. Paternalistický postoj lékaře tak

odmítá a naopak se z něj a lékaře stávají partneři, kteří spolu rozhodují o zdraví potažmo jeho životě. Je tedy důležité, aby potřebná autorita lékaře nezastínila vzájemnou úctu a důvěru, respekt a všestranné porozumění, které lékaři i pacientovi umožňují vybudovat mezi sebou co možná nejlepší vztah (Kořenek 2004, Křivohlavý, 2004; Dolista, Sapík, 2008).

Od roku 1991 vystupuje u nás lékařská etika jako samostatný vědní obor. Jak Kořenek uvádí, lékařská etika má za svůj cíl rovnocennost odbornosti a lidskosti v lékařské praxi. Zabývá se aktuálními situacemi v lékařské praxi, jako je etické řešení umělého oplodnění, přerušení těhotenství a mnoho dalších. Předmětem této diplomové práce je pohled na lidskou důstojnost a autonomii člověka, včetně ukončení orgánové podpory jako je odpojení od umělé plicní ventilace, euthanasie a tím pádem zmírnění utrpení pacienta v konečné fázi jeho života. (Kořenek 2004; Dolista, Sapík, 2008).

1.4.1 Dehumanizace medicíny

Prudký rozvoj medicíny a lékařské technologie posunul medicínu jako takovou do jiného úhlu pohledu na léčení pacienta a samotnou záchranu života člověka. Vývoj medicíny od druhé poloviny 20. století nabral obrátky. Poprvé se zasahovalo do biologických parametrů lidského života, kdy se mezi lékaře a pacienta dostávaly zdravotnické přístroje, nahrazující práci lidského těla a podpůrná farmaka pro životně důležité orgány. Plicní ventilátor se zprvu lékaři, později vědci, pokoušeli sestrojít a stále vylepšovat. Kdysi si člověk nedovedl představit přístroj zachraňující zároveň dýchání i krevní oběh pacienta, který jeho život o nějaký čas prodlouží. Kam se ale posunul samotný zájem o pacienta jako člověka? Je úžasné zasahovat do pochodů lidského bytí, ale do jaké míry? Jaký pohled má dnešní společnost na záchranu lidského života a udržení pacienta při životě, který by v dřívější době na své onemocnění zemřel? Nadstavba pomocných dýchacích ventilátorů a přístrojů jako je např. ECMO v současnosti pomáhají pacientovi přežít týdny, měsíce, kdy v minulém století bez těchto přístrojů život končil náhlou smrtí. Medicína jako taková se tak dostala na první místo a rozhoduje o problémech dříve neřešitelných. Zasahuje do základních životních funkcí a tím mění názory na léčitelnost akutních a kritických stavů. Kde se ale nacházel

pacient a jeho přání? Přestalo být důležité, co si pacient myslí, přeje, prožívá. Nemocný člověk není jen biologická masa s fyziologickými pochody, ale jedinec, který má svá přání, jak naložit se svým životem a jeho koncem. Na tuto skutečnost by měl být brán zřetel jak zdravotníky, tak i rodinnými příslušníky (Matějka, 2012; Ptáček, Bartůněk, 2011; Šimek, 2008).

Jak uvádí Šimek, pacient na toto jednání lékaře, který pomocí přístrojů zachraňuje lidské životy, zareagoval zájmem o vlastní zdravotní stav. Pacient chce kromě léčby a diagnostiky nemoci s lékařem o dané situaci hovořit a chce, aby bylo bráno v potaz a hlavně respektováno jeho autonomní rozhodování. Pacient chce vědět a znát, co jej v následné léčebné péči čeká, jak se vše bude vyvíjet, jaké jsou možné postupy. Ke všemu má možnost se vyjádřit, případně má právo léčbu nebo diagnostické vyšetření odmítnout. Vše bylo následně legislativně vyřešeno tzv. informovaným souhlasem, který je pomyslnou rovnováhou rozhodování mezi pacientem a lékařem (Šimek, 2008).

1.4.2 Vznik moderní lékařské etiky a jejich principů

Moderní doba dala vzniknout čtyřem principům, které jsou základním pilířem biomedicínské etiky a bioetiky. Etiku principů tzv. principialismus formulovali ve své knize Beauchamp a Childress v roce 1979. Tyto čtyři požadavky - principy autonomie, beneficence, nonmaleficence a justice, popisují jako univerzální mravnost použitelnou v různém kulturním prostředí (Beauchamp, Childress, 1979).

Beneficence, neboli dobročinnost, prospěšnost je prvním etickým principem, který vyjadřuje konání dobra lékaře a každého zdravotnického pracovníka vždy v zájmu a k prospěchu konkrétního pacienta. Veškeré prospěšné konání je v jeho zájmu, v zachování a ochraně života i zdraví, případně po dobu nemoci a léčení zlepšení kvality života. V hippokratově přísaze se odráží základ tohoto principu v pravidle, kdy zdraví nemocného je nejvyšším zákonem. V sesterské praxi je možné vyložit tento princip jako nezústat nečinný vůči pacientovi a snažit se podniknout a plnit dílčí úkoly, které prospívají pacientovi (Kutnohorská, 2007; Kořenek, 2004; Šoltés, 2008).

Princip nonmaleficence, druhému neškodit, je také zaznamenán v hippokratově zásadě „především neškodit“. Je tím vyjádřena naprostá nepřipustnost jakkoliv úmyslně i neúmyslně poškodit nebo ublížit pacientovi. Na lékaře je tak kladen požadavek předcházení všem rizikům, které jsou s léčením pacienta spojeny a to jak v prevenci, diagnostice, tak i samotné léčbě (Haškovcová, 2002; Kořenek, 2004).

Autonomie nemocného, svěbytnost, sebeurčení, svoboda vůle nebo možnost individuální volby je třetím etickým principem, který plně respektuje rozhodnutí pacienta. Lékař se při respektování autonomie pacienta snaží vysvětlit celou problematiku jeho zdravotního stavu a snaží se získat od něj informovaný souhlas. Pacient má tak možnost na základě všech dostupných vysvětlení, srozumitelných odborných termínů a informovaného souhlasu se správně a svobodně rozhodnout o další možné léčbě nebo postupu léčení. Tímto principem by psychicky kompetentní, poučený a svéprávný pacient měl mít zaručenou svobodnou volbu léčebného postupu a to na základě dohody a porady s lékařem. Lékař by v žádném případě neměl pacientovi aktivně předkládat jen svůj názor, ale více možností volby. Pacient se sám svobodně a rozvážlivě rozhodne o svém životě a lékař a sestra by toto rozhodnutí měli respektovat. Pokud se stane, že pacient nemůže dočasně, například ve stáří nebo při některých psychických nebo somatických onemocněních, nebo i celoživotně, například mentálně retardovaní jedinci, svoji autonomii prosazovat, je naprostým etickým příkazem lidská důstojnost (Kořenek, 2004; Kopecká, Korcová, 2008).

Justice neboli spravedlnost, jako čtvrtý etický princip představuje rovnost při poskytování léčby pro pacienty a to bez rozdílu věku, pohlaví, rasy, národnosti, náboženství, politické příslušnosti nebo sociálního postavení v daném státě. Diskriminace je v těchto případech naprosto nepřipustná a rovné jednání pro pacienty v tíživých situacích v oblasti zdraví by mělo být neměnné bez možné diference (Kořenek, 2004; Šoltés, 2008; Kutnohorská, 2007).

1.4.3 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Tato úmluva je mezinárodní úmluvou členských států Rady Evropy vypovídající o právech pacientů v souvislosti s medicínou zahrnující léčbu i výzkum. Byla sepsána a

je vlastně vyústěním a odezvou na předcházející Všeobecnou deklaraci lidských práv z roku 1948 a Úmluvu na ochranu lidských práv a základních svobod z roku 1950. Dále byla podnětem k jejímu vzniku i Evropská sociální charta z roku 1961, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech z roku 1966, Úmluva o ochraně osob se zřetelem na automatizované zpracování osobních dat z roku 1981 a v neposlední řadě přispěla k jejímu vzniku i Úmluva o právech dítěte z roku 1989. Úmluva o lidských právech a biomedicíně byla přijata v roce 1997 v Oviedu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti s aplikací biologie a medicíny. Jménem České republiky byla podepsána ve Štrasburku o rok později, kdy ji poté prezident republiky ratifikoval a 1. října 2001 vstoupila pro Českou republiku v platnost. Jsou v ní jasně dána práva pacientů a taktéž pravidla pro poskytovatele zdravotní služby včetně provádění výzkumu. Členské státy Rady Evropy si jsou vědomy rychlého vývoje medicíny a biologie, který by mohl ohrožovat lidskou důstojnost. Ta je touto úmluvou respektována. Jak Munzarová uvádí, jde tedy o první vytyčení jasných mezí, jakým směrem se má biomedicína ubírat, aby tak člověku a lidstvu neuškodila (Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001; Munzarová, 2005).

Úmluva je rozdělena do pěti kapitol, kde v první kapitole je definována nadřazenost lidských bytostí a zájmů nad zájmy vědy společně s rovnou dostupností zdravotní péče. Ukládá též lékařům konat dle postupů *lege artis*. Druhá kapitola souhrnně pojmenovaná souhlas se týká poskytování informovaného souhlasu pacienta o účelu a povaze zákroku, důsledcích i rizicích, kdy jej pacient může sám kdykoliv svobodně odvolat. Zmíněná je také ochrana osob, které informovaný souhlas dát nemohou, jako jsou nezletilé osoby, osoby s duševní poruchou a osoby, které jsou ve stavu nouze vyžadujícím neodkladná řešení s ohledem na jejich dříve vyslovená přání. Kapitola třetí je věnována ochraně soukromí a práva na informace, kdy pacient má právo znát veškeré informace o svém zdravotním stavu. V opačném případě je však třeba jeho rozhodnutí být neinformován, respektovat. Lidského genomu a zásahů do něj a také volby pohlaví, které je nepřístupné, se týká čtvrtá kapitola této úmluvy. Poslední pátá kapitola se zabývá vědeckým výzkumem a ochranou osob zapojených do vědeckých výzkumů (Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001).

1.4.4 Práva dlouhodobě ventilovaných pacientů

Za základní východisko pro zdravotnický personál je třeba uvést práva pacientů, která byla formulována a schválena Centrální etickou komisí MZ ČR jako Etický kodex Práva pacientů, a to jak v obecné rovině, tak i v rovině vztažené na ventilované pacienty. Tato práva pacientů jsou obecně platná v ČR od 25. února 1992. Každý pacient bez ohledu na onemocnění, má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči, která bude poskytována rovnocenně, důstojně a s úctou. Jako každý pacient, tak i ventilovaný, má právo získat veškeré informace a údaje o svém zdravotním stavu vedoucí k rozhodnutí o dalším postupu diagnostickém či terapeutickém a následně vyslovit souhlas nebo nesouhlas. Stejný postup je i u práva odmítnout léčbu, kdy musí být náležitě informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí. Výjimka platí u ventilovaných pacientů, pokud jsou v bezvědomí. Zde lékařský tým má možnost odvolat se na předem projevená přání pacienta. Ventilovaný pacient při vědomí může svůj souhlas nebo nesouhlas projevit sám, například kývnutím hlavy nebo mrknutím očí, pokud mu to svalová síla dovolí případně i osobním podpisem. V § 34, v zákoně 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je uvedeno, jak lékař zaznamená za podpisu svědka nepochybný projev vůle do dokumentace a uvede způsob, jakým svoji vůli pacient projevil a zdravotní důvody, které brání pacientovi vyjádřit se požadovaným způsobem. Jak bylo výše v Úmluvě o lidských právech a biomedicině řečeno, ventilovaný pacient má právo na veškeré postupy lege artis a pokud mu to jeho zdravotní stav dovoluje, udělit informovaný souhlas. Pokud je ventilovaný pacient v bezvědomí a není toho schopen, má právo na poskytování nezbytných neodkladných lékařských zákroků, které jsou nezbytné pro jeho zdraví a není tím dotčeno jeho dříve vyslovené přání (zákon 372/2011 Sb.; Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001).

1.4.5 Informovanost pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci

Z právního hlediska je na informovaný souhlas v současnosti kladen stále větší důraz s ohledem jak na pacienta tak i lékaře poskytujícího léčebnou péči a to proto, že bez informovaného souhlasu není možné pacienta léčit. Samotný informovaný souhlas je výsledkem výše jmenovaných čtyř etických principů. Po pacientovi je vyžadováno,

aby souhlasil s plánovanými diagnostickými a léčebnými postupy. Legislativně je informovaný souhlas uveden ve vyhlášce č. 64/2007 Sb., kde se uvádí účel zdravotního výkonu, možná rizika, také alternativy plánovaného zdravotního výkonu, možná omezení po provedení výkonu, údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, zápis vyjádření pacienta, datum, pacientův podpis a podpis lékaře, který provedl poučení. Tato vyhláška č. 64/2007 Sb. se odkazuje na Úmluvu o lidských právech a biomedicíně, kde v článku 5 je uvedeno, že léčit pacienta a vykonávat jakýkoliv zákrok u něj je možné pouze v případě, kdy samotný pacient učinil svobodný a informovaný souhlas po předchozí přiměřené konzultaci, o důsledcích i rizicích. Informovaný souhlas musí splňovat tři základní náležitosti. Pacient, který je za prvé řádně lékařem poučen, se za druhé dokáže kvalifikovaně, zasvěceně a svobodně rozhodnout o svém zdravotním stavu a následujícím postupu léčby a za třetí je tak projevona jeho svobodná vůle (Kopecká, Korcová, 2008; Haškovcová, 2007; vyhláška 64/2007 Sb.; Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001).

Jak může ale pacient, který je na umělé plicní ventilaci případně v bezvědomí udělit informovaný souhlas? A jak jej lékař může informovat, když pacient nerozumí, nevnímá, není schopen přijmout žádné informace? I na takovou situaci Úmluva o lidských právech a biomedicíně myslí a nazývá tento stav, v článku 8, jako stav krajní nouze vyžadující neodkladná řešení. V případě, kdy pacient není schopen podat informovaný souhlas, ale je nutné provést život zachraňující úkon, se pacientův souhlas předpokládá, tzv. presumpce souhlasu. V Úmluvě o biomedicíně se odkazuje na znění článku číslo 6 a to, že zákrok může být proveden osobě, která není schopna dát souhlas, pokud to bude v její přímý prospěch. Lékař ve svém léčebném procesu postupuje lege artis a vše pečlivě zaznamenává do dokumentace opatřené datem a časem, kde je uvedeno, že pacient nebyl schopen projevit svoji vůli z důvodu bezvědomí a napojení na umělou plicní ventilaci. Podepisuje tak informovaný souhlas za něj spolu se svědkem, většinou sestrou nebo jiným lékařem. Informace o celé situaci jsou také předány soudu a je v nich uvedena skutečnost o nemožnosti pacienta v dalších 24 hodinách projevit informovaný souhlas. (Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001; Haškovcová, 2007).

V případě, že to pacientův zdravotní stav umožní a je schopen informace o zdravotním stavu přijmout, je lékař povinen mu sdělit, jak postupoval v jeho léčebném procesu, co bylo provedeno za vyšetření, způsob urgentního řešení jeho zdravotního stavu a snaží se získat od pacienta informovaný souhlas pro další léčbu. Od pacienta na umělé plicní ventilaci, který je při vědomí, je možné vyžádat informovaný souhlas v takové formě, kdy pacient případně kývne hlavou, mrkne očima, stiskne ruku lékaře. Vše se opět za přítomnosti svědků, sester případně dalších lékařů zaznamená do dokumentace (Haškovcová, 2007).

1.4.6 Rozhodování pacienta na dlouhodobé plicní ventilaci bez možnosti souhlasu

Pacient v bezvědomí na dlouhodobé umělé plicní ventilaci nemá možnost volby ani rozhodování o svém stávajícím zdravotním stavu, diagnostických a léčebných postupech. Je plně odkázán na rozhodnutí lékaře, sestry, případně rodinných příslušníků. Může se ale stát, že rozhodování lékaře se neseťká s přáním, které by vyžadoval sám pacient. Lékař nebo sestra mají možnost se odkazovat na dříve vyslovená přání pacienta, pokud je měl čas a možnost před napojením na umělou plicní ventilaci vyslovit, sepsat nebo alespoň někomu z rodiny či zdravotního personálu sdělit. Tento odkaz je zaznamenán v Úmluvě o lidských právech a biomedicině v článku 9, kdy na dříve vyslovená přání bude brán zřetel při lékařském zákroku, pokud pacient není ve stavu, kdy nemůže svá přání vyjádřit. Soubor forem předem vyslovených přání nebo určování svých záměrů předem, označené jako Advance directives, je možností pro pacienta, který takto může vyjádřit svoji vůli, jak postupovat v situaci, kdy nebude moci o sobě sám rozhodovat. Dříve vyslovená přání jsou zakotvena i v Úmluvě o biomedicině. V ČR je dříve vyslovené přání legislativně ošetřeno v §36 zákone 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, musí mít však písemnou formu a úředně ověřený podpis pacienta, kdy takto dříve vyslovené přání platí pět let. Pacient může dříve vyslovené přání vyslovit i za hospitalizace, kdy lékař učiní záznam do dokumentace, jehož platnost stvrdí pacient svým podpisem za současného podpisu lékaře a dalšího svědka. Je také možné založení písemného prospektivního vyjádření vůle pacienta, které je následně založeno do chorobopisu a

označeno slovy „living will“. Pacient si tím tak předem zajišťuje, aby bylo respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, když sám nebude schopný pro závažnost zdravotního stavu takové přání vyjádřit a projevit. Je však nutné brát na zřetel, že přání se mohou průběhem času měnit a brát tak v potaz nejaktuálnější vyslovené přání pacienta (Haškovcová, 2007; Haškovcová 2002; Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, 1999; Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001; zákon 372/2011 Sb.; Munzarová, 2005; Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999).

Pacient se může předem obávat zdravotního stavu, kdy nebude schopen o sobě rozhodovat. K takovým případům je dříve vyslovené přání, které může pacient dopředu určitou formou zvláštního písemného vyjádření učinit, prioritou a lékař, potažmo sestra, rodina by toto přání měli plně respektovat. K těmto přáním se řadí tzv. DNR, což znamená Do not resuscitate, neresuscitovat, nezahajovat resuscitaci v případě zástavy dechu a krevního oběhu. Dle možností se tímto nařízením lékař nebo sestra řídí v nemocničním zařízení. V přednemocniční péči v terénu se lékař tímto nařízením řídí pouze v případě dříve vysloveného přání pacienta a v případech, kdy se jedná o pacienta v terminálním stádiu onkologického onemocnění nebo pacienta v bezvědomí, případně vigilním komatu. (Post, Blustein, Dubler, 2007). Takto zadržaná smrt, dysthanázie, bývá společností vnímána jako pasivní euthanasie rovnající se přerušení, zastavení léčby nebo, jak Haškovcová uvádí, odepření dalších léčebných postupů, které by zatěžovaly nemocného (Haškovcová, 2007; Munzarová, 2000; Doporučení představenstva ČLK č.1/2010).

Dysthanázií se také nazývá tzv. přístrojový život. Život s přístrojem, tedy umělou plicní ventilací, která do jisté míry prodlužuje život nemocného. Jak Haškovcová uvádí, někdy dobře míněná léčba ale přináší nemocnému více utrpení než prospěchu (Haškovcová, 2002). Pokud se jedná o odpojení od přístrojové techniky, nejčastěji od umělé plicní ventilace a zapříčiní se tím konec života nemocného, mluvíme o orthothanázii. Toto rozhodování se liší u pacientů vyžadující napojení na dýchací ventilátor z důvodu akutního respiračního selhání (období po úrazech, operaci,

infekčním onemocnění) a pacientů dlouhodobě závislých na ventilátoru z důvodu chronického onemocnění. Pokud by došlo k odpojení od umělé plicní ventilace, došlo by ke skonu pacienta v podstatě bezprostředně po jeho odpojení (Haškovcová, 2007; Matějek, 2011; Ondok, 2005).

1.4.7 Ukončení neúčinné léčby

Problematika pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci se často dotýká otázky konce života. Celý lékařský tým se musí rozhodnout, zda léčba pomocí umělé plicní ventilace přináší další benefit. Pokud se ale jedná o pacienta, kterému umělá plicní ventilace přináší benefit a je jen svým způsobem závislý na plicní ventilaci z důvodu např. CHOPN, je omezen ve svých životních aktivitách a musí svůj život omezeně trávit na nemocničním lůžku nebo doma v dosahu plicního ventilátoru, má pro takového pacienta dlouhodobá plicní podpora smysl. Pokud ne, je na místě se rozhodnout o odstranění takového terapeutického opatření, které prodlužuje život a utrpení nemocného. Jak Munzarová uvádí, je třeba si uvědomit, že samotná medicína má své meze a není na pořadu dne, aby lékaři v terminální fázi pacienta přehnaně, zbytečně zatěžovali léčbou, která je provázána utrpením nemocného. Kvalita života a konec utrpení pacienta jsou otázky, kterými by se ošetřující personál měl zabývat. Nesmíme však brát tento úkon jako euthanasii jakožto ukončení života, ale jak Ondok uvádí, jedná se o pasivní přístup k léčbě pacienta, tzv. nechat umřít (Matějek, 2011; Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010; Munzarová, 2005; Ondok, 2005; Dolista, Sapík, 2008).

Nabízí se samozřejmě otázka, zda je vůbec etické kategorizovat nemocného. Intenzivní medicína nemá neomezené možnosti léčby. Přes veškeré dostupné léky a přístrojovou techniku je stanovení diagnostických a terapeutických postupů u každého pacienta individuální. Nedílnou součástí denní klinické praxe lékaře je rozhodování o rozsahu poskytované péče, které se neobejde bez etického, lidského a důstojného přístupu. Kategorizace pacienta definovaná jako diferenciací rozsahu péče dle stavu a prognózy nemocného je nedílnou součástí léčebného plánu (Ševčík, 2003). Dle konsenzuálního stanoviska k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným

orgánovým selháním se jedná o nezahájení nebo nepokračování marné a neúčinné léčby, týkají se konkrétního rozsahu léčby pacienta a jsou ukazatelem pro neposkytování marné neúčinné léčby v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy (Doporučení představenstva ČLK č.1/2010).

Takto definovaná kategorizace je rozdělená do tří částí, kdy I. kategorie, tzv. plná terapie, je lékaři považována za cílenou terapii, která má pacientovi zachránit život a zdraví. II. kategorie je pojmenovaná withholding, tedy jako zadržovaná, vyčkávací nebo také nerozšiřování, nenasazování postupů orgánové podpory. III. kategorie, withdrawing, tzn. vysazení postupů orgánové podpory vedoucí ke konečnému odpojení pacienta při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt. Ve stávající marné a neúčelné léčbě není pokračováno a tato léčba je ukončena. Je také nazývána péčí paliativní. Výše zmiňované kategorie, vydané v doporučení ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby z intenzivní na paliativní u pacientů v terminálním stavu kdy jsou neschopni vyjádřit svoji vůli, jsou základním rozdělením, které usnadňují orientaci lékařů a sester zajišťující kontinuitu rozsahu léčebné a ošetrovatelské péče. Cílem ani smyslem není urychlit umírání, ale vysadit takovou složku léčby, která pacientovi již nepřináší žádný benefit a tím zmírnit či ukončit trápení, bolest, strádání, dyskomfort, případně nežádoucí účinky spojené s poskytováním intenzivní péče. Kategorizace někdy může mít negativní dopad. Na postoje zdravotního personálu nebo naopak rodiny, kdy je situace špatně lékařem interpretována. Celá situace je velmi psychicky náročná a je více než na místě denně přehodnocovat rozsah léčby s dostatečným zdůvodněním v chorobopise (Doporučení představenstva ČLK č.1/2010).

Kdo má rozhodnout o ukončení léčebného postupu? Odpovědný za své zdraví je pacient, ale jak se má rozhodovat pokud je v bezvědomí? Má se rozhodovat lékař a odkazovat na předem vyslovená přání? V některých státech je umožněno přenést toto závěrečné rozhodnutí na jiného člena rodiny, který je předem určený jako zástupná osoba. Rozhoduje tak v případě potřeby o budoucnosti zdravotního stavu za nemocného člena rodiny. Tento případ je označován jako „health care proxy“. Často se stává, že se

rodina s přáním, které se právě dotýká například volby neresuscitovat, nenapojovat na umělou plicní ventilaci nemůže smířit. Na místě je vlídné slovo a diplomacie lékaře, který by měl rodině nastínit celou situaci a zdravotní stav s ohledem na právě vyslovené přání pacienta (Haškovcová, 2007).

1.4.8 Etické kodexy ve zdravotnictví vztahované na ošetřování pacienta na dlouhodobé plicní ventilaci

Jak bylo výše uvedeno, základním kamenem a součástí právního řádu je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, kde je předepsáno, jak zacházet s pacientem včetně kladení důrazu na jeho lidskou důstojnost a autonomii. Dále jsou také definovány náležitosti informovaného souhlasu pacienta s ohledem na jeho dříve vyslovená přání. Kategorizace pacienta má základní legislativu postavenou na Listině základních práv a svobod, kde je opět zdůrazňována rovnost občanů v důstojnosti a právech. Léčebná péče musí být poskytována bez diskriminace z jakýchkoliv možných důvodů, například pohlaví, rasy, včetně nemoci. V článku 6 se uvádí právo každého člověka na život a nikdo nesmí být života zbaven. Cílem kategorizace pacienta je neposkytovat marnou, neúčinnou, život a zdraví nezachraňující léčbu. Etický kodex Práv pacientů, který je formulován v obecné rovině pro všechny pacienty, se zastává práv pacienta a jeho lidské důstojnosti. Svě zastoupení má jistě Charta práv umírajících vydaná v doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, kdy jejím cílem je chránit důstojnost všech lidí. V bodě 2 je uvedena možnost zachraňovat pacienty s neléčitelnými a smrtelnými nemocemi a to díky velkému pokroku medicíny a rozvoje resuscitačních možností. Na druhou stranu uvádí právo pacienta vyjádřit svůj souhlas nebo nesouhlas s poskytováním léčebné péče a chrání jej před případným umělým prodlužováním života. Rada Evropy se tak snaží o zachování lidské důstojnosti, respektování pacienta a jeho ochranu s tím, že umírající pacient má právo na zmírnění lidského utrpení při dosavadním dodržení jeho autonomie. Tedy ventilovaný pacient má právo, v případě, že je schopen posoudit závažnost svého zdravotního stavu, odmítnout stávající léčbu a to i za předpokladu, že jej to ohrozí na životě. Toto doporučení, se současně ohlíží na předem vyslovená přání pacienta, která je nutné respektovat (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999; Listina

základních práv a svobod, 1992; Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001; Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, 1999; Haškovcová, 2002; Pařízková, 2011).

Svým způsobem jsou ventilovaní pacienti zahrnuti i v Etickém kodexu České lékařské komory v § 2, kdy lékař je povinen respektovat v co největší míře vůli nemocného a to s ohledem na rovnocennost mezi ním a pacientem. Má se tak vzdát svých paternalistických postojů vůči pacientovi. U nevyléčitelně nemocných, v našem případě ventilovaných pacientů, šetřit lidskou důstojnost a míru utrpení. Lékařovým cílem má být, v případě umírajících pacientů, zbytečně neprodlužovat život a smrt má tedy považovat za přirozenou a nezvratnou součást života. Tento kodex je také uplatněn ve Směrnici pro pomoc umírajícím z roku 1979, která uvádí, že lékař je povinen ochraňovat život a zmírnit utrpení, ale není tím myšleno používání všech dostupných prostředků a možností sloužících k marnému prodlužování života (Etický kodex České lékařské komory, 1996; Směrnice pro pomoc umírajícím, 1979).

1.4.9 Lékařská a ošetrovatelská etika ve vztahu k pacientům na dlouhodobé umělé plicní ventilaci

Role pacienta na umělé plicní ventilaci s sebou nese nejen fyzické a psychické změny, ale i sociální dopad, kdy je náhle vyřazen ze své rodinného a pracovního postavení. Pacient, jako příjemce zdravotní péče, se náhle střetává s profesionálním lékařským a ošetrovatelským týmem, bývá často depersonalizován a to i přes veškerou snahu zachovat si svoji lidskou důstojnost. Při setkání s lékařem, nemá žádnou představu o průběhu a léčení své nemoci. Úkolem lékaře je vhodným diplomatickým způsobem pacientovi celou situaci vysvětlit, a pokud je to možné, společně s ním rozhodnout o následné péči a léčebném postupu. Vzájemně spolu hledat co nejlepší a správné řešení, kdy pacient, jak uvádí Dolista a Sapík, stojí před lékařem se svou nezadatelnou důstojností a nezadatelnými právy (Křivohlavý, 2002; Dolista, Sapík, 2008).

Jak bylo výše uvedeno, lékařská etika se týká především rozhodování. Rozhodování o diagnostice, postupu léčby, ukončení léčby. Lékař je ten, který za

pomoci vědeckých poznatků navrhuje léčbu a provází pacienta celým léčebným procesem. Ošetrovatelská etika je založena na dodržování lidské důstojnosti při prováděné ošetrovatelské péči. Sestra je součástí týmu, bdí nad pacientem a je lékařů partnerem v péči. Kompetence lékaře a sestry se podstatně liší, jsou jasně definované a dány zákonem a samotným charakterem profesí. Různé jsou i zvyklosti na jednotlivých odděleních, a proto sestra pečující o pacienta na umělé plicní ventilaci má jinou náplň práce doprovázenou naprosto odlišnou zodpovědností, než sestra, která je v ambulantním sektoru. V současné době je vyžadováno mnoho dokumentace navíc a sestra na intenzivních lůžkách pečující o dlouhodobě plicně ventilované pacienty musí také dokonale ovládat počítačovou a přístrojovou techniku. Nemůže však zapomínat na své poslání a měla by především pomáhat člověku v nouzi, pečovat o nemocné. Její obětavá role pomoci bližnímu je vždy na prvním místě před spoustou administrativy a neměl by se ztrácet z ošetrovatelské péče lidský faktor, který preferuje zachování lidské důstojnosti a autonomie člověka. (Šimek, 2003).

Cílem celého léčebného a ošetrovatelského procesu je vždy pacient, který se cítí být v bezpečí, je si jistý správným chováním a rozhodováním lékaře. Zná následky léčby a jeho autonomie je důležitou součástí dialogu mezi ním a lékařem. Ošetrovatelskou péčí sestry má být pacient přesvědčený o tom, že je v dobrých rukou, má mít pocit, že je mu věnována veškerá starostlivost a že dostává náležitě prováděnou péči, která mu pomůže k překonání nemoci a těžkého období. Zvláště u pacientů na dýchacím ventilátoru je sestra důležitým a mnohdy jediným prostředníkem mezi přirozeným světem, který je zastoupený rodinou a lékařským týmem, a přístrojovým světem, který nedovolí pacientovi opustit nemocniční lůžko nad dosah spojných hadic od dýchacího ventilátoru (Šimek, 2003).

2. CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Zjistit pohled sester na ošetrovatelskou péči u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci.

Cíl 2. Vytýčení největších etických problémů sester v ošetrování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci.

Cíl 3. Zmapovat povědomí sester o oficiálních etických a legislativních postupech a doporučení u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1. Jaký postoj zaujímají sestry v ošetrovatelské péči k pacientům na dlouhodobé umělé plicní ventilaci?

VO 2. Jaké etické otázky vnímají sestry v souvislosti s ošetrováním pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci jako nejzávažnější?

VO 3. Jaké je povědomí sester pečujících o pacienty na dlouhodobé umělé plicní ventilaci v oblasti etiky a legislativy spojené s těmito pacienty?

2.3 Hypotézy

H 1: Ošetrování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je považován sestrami jako etický problém.

H 2: Přístup k ošetrování pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je na akutních a následných lůžkách rozdílný.

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro zpracování empirické části této diplomové práce jsem zvolila kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření.

K získání sběru dat pro kvantitativní výzkum byla použita metoda dotazování prostřednictvím techniky dotazníku (Příloha 1). Dotazník stanovený pro účel této práce byl zcela anonymní, obsahoval 20 otázek, z toho 10 otázek uzavřených, 8 otázek polootevřených a 2 otázky otevřené, které sloužily k vyjádření vlastních myšlenek, názorů a pocitů. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu měsíců únor a březen 2013. Pro statistické vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Office Excel 2007.

Pro kvalitativní část výzkumného šetření byla zvolena metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami (Příloha 2). Celkem bylo osloveno 10 respondentek, rozhovory byly zaznamenávány, následně přepsány a analyzovány vzájemným porovnáním jednotlivých rozhovorů. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu měsíců únor a březen 2013. Pro vyhodnocení rozhovorů byl použit Microsoft Office Word 2007 se zpracováním do schémat SmartArt a tabulek.

3.2 Výzkumný soubor

Do výzkumného souboru pro kvantitativní výzkum byly zařazeny sestry pracující na akutních intenzivních lůžkách nemocnice FN Plzeň z metabolické JIP, koronární JIP, Klatovské nemocnice z ARO, Mulačovy nemocnice Plzeň z ARO a sestry pracující na dlouhodobých intenzivních lůžkách nemocnice FN Plzeň z oddělení Dlouhodobé intenzivní péče, Klatovské nemocnice z oddělení Dlouhodobé intenzivní péče, Malvazinky rehabilitační kliniky z oddělení Dlouhodobé intenzivní péče, Neratovické Městské nemocnice z oddělení Dlouhodobé intenzivní péče a Sur Gal Clinic Brno z oddělení Dlouhodobé intenzivní péče. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků, vráceno bylo 189 (94,5%) vyplněných dotazníků, vyřazeno bylo 34 dotazníků z důvodu neúplného vyplnění. Ke zpracování bylo celkem zařazeno 155 (77,5%) dotazníků.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 10 sester, z toho 5 pracujících na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče a 5 pracujících na lůžkách akutní intenzivní péče náhodně vybrané z výše jmenovaných nemocnic.

4. VÝSLEDKY

4.1 Statistické třídění I. stupně (popisná statistika) - kvantitativní výzkum

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Středoškolské - všeobecná sestra	89	57,4	57,4	57,4
Středoškolské - zdravotnický asistent	13	8,4	8,4	65,8
DiS.	19	12,3	12,3	78,1
Bc.	24	15,5	15,5	93,5
Mgr.	9	5,8	5,8	99,4
Jiné	1	0,6	0,6	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) 89 respondentů (57,4%) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské - obor všeobecná sestra, 13 respondentů (8,4%) uvedlo středoškolské – obor zdravotnický asistent, 19 respondentů (12,3%) vyšší odborné - DiS, 24 respondentů (15,5%) vysokoškolské bakalářské, 9 respondentů (5,8%) vysokoškolské magisterské a jeden respondent uvedl jiné vzdělání.

Tabulka 2 Typ pracoviště

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Akutní lůžka (ARO, JIP)	77	49,7	49,7	49,7
Lůžka dlouhodobé intenzivní péče (OCHRIP, DIP,...)	78	50,3	50,3	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) 77 respondentů (49,7%) pracuje na lůžkách akutní péče a 78 respondentů (50,3%) na lůžkách dlouhodobé péče.

Tabulka 3 Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
0 – 1 rok	18	11,6	11,6	11,6
2 – 5 let	40	25,8	25,8	37,4
6 – 10 let	15	9,7	9,7	47,1
11 – 15 let	16	10,3	10,3	57,4
15 – 20 let	29	18,7	18,7	76,1
20 – a více let	37	23,9	23,9	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) uvedlo 18 respondentů (11,6%) délku své praxe do 1 roku, 40 respondentů (25,8%) uvádí délku praxe v rozmezí dvou až pěti let, 15 respondentů (9,7%) praxi v délce šest až deset let, 16 respondentů (10,3%) uvedlo délku praxe jedenáct až patnáct let, 29 respondentů (18,7%) praxi v délce patnáct až dvacet let a 37 respondentů (23,9%) uvedlo praxi nad dvacet let.

Tabulka 4 Motiv výběru současného pracoviště

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Chtěl/a jsem zde pracovat, zajímalo mě to	122	78,7	78,7	78,7
Neměl/a jsem jinou volbu, možnost	17	11,0	11,0	89,7
Nebylo jiné pracovní místo	12	7,7	7,7	97,4
Je to pro mě přechodné místo, chci odejít, jak jen to bude možné	4	2,6	2,6	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) si současné pracoviště vybralo z vlastního zájmu 122 respondentů (78,7%), 17 respondentů (11%) uvedlo jako důvod na daném pracovišti skutečnost, že neměli jinou volbu, 12 respondentů (7,7%) nesehnalo jiné pracovní místo a 4 respondenti (2,6%) se chystá pracovní místo opustit jak nejdříve to bude možné.

Tabulka 5 Hodnocení péče o pacienty na dlouhodobé UPV

	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost vzhledem k počtu respondentů
Nebaví mne	4	2,2	2,6
Je marná	3	1,7	1,9
Neobtěžuje mne	30	16,6	19,4
Je jednotvárná	25	13,8	16,1
Baví mne	45	24,9	29,0
Má smysl v každém případě	74	40,9	47,7
Celkem	181	100	117

Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Celkový součet odpovědí byl 181 (100 %). Respondenti celkem 4x (2,2%) uvedli možnost, že je poskytování péče o pacienty na dlouhodobé UPV nebaví, 3x (1,7%) byla tato péče označena jako marná, 30x (16,6%) byla zvolena odpověď, že tato práce respondenta neobtěžuje, 25x (13,8%) bylo poskytování této péče ohodnoceno jako jednotvárné, 45x (24,9%) bylo respondenty uvedeno, že je poskytování této péče baví a 74x (40,9%) bylo uvedeno, že tato péče má smysl v každém případě.

Tabulka 6 Názor respondentů na výskyt etických problémů v péči o pacienty na UPV

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nikdy	5	3,2	3,2	3,2
Ano - občas	99	63,9	63,9	67,1
Ano - často	31	20,0	20,0	87,1
Ano - velmi často	17	11,0	11,0	98,1
Ano - vždy	3	1,9	1,9	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) se 5 respondentů (3,2%) domnívá, že v péči o pacienty na UPV se nikdy nevyskytují etické problémy, 99 respondentů (63,9%) se domnívá, že se tyto problémy vyskytují občas, 31 respondentů (20%)

považuje etické problémy za časté, 17 respondentů (11%) za velmi časté a 3 respondenti (1,9%) se domnívají, že tyto problémy se vyskytují vždy.

Tabulka 7 Stěžejní etické problémy v péči o pacienta na dlouhodobé UPV

	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost vzhledem k počtu respondentů
Zachování autonomie	24	6,5	15,5
Zachování beneficence	10	2,7	6,5
Zachování nonmaleficence	10	2,7	6,5
Zachování lidské důstojnosti	90	24,5	58,1
Obtížná informovanost pacienta na UPV v bezvědomí	65	17,7	41,9
Odpojení pacienta od UPV	56	15,2	36,1
Kategorizace pacienta na UPV	19	5,2	12,3
Prodlužování marné terapie	86	23,4	55,5
Nevidím žádné etické problémy	5	1,4	3,2
Jiné	3	0,8	1,9
Celkem	368	100	237

Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Celkový součet odpovědí byl 368 (100%). Celkem 24x (6,5%) bylo za stěžejní etický problém při poskytování péče pacientům na dlouhodobé UPV označeno zachování autonomie, 10x (2,7%) zachování beneficence, 10x (2,7%) zachování nonmaleficence, 90x (24,5%) zachování lidské důstojnosti. Obtížná informovanost pacienta na UPV v bezvědomí byla jako stěžejní etický problém označena celkem 65x (17,7%), 56x (15,2%) bylo uvedeno odpojení pacienta od UPV, 19x (5,2%) kategorizace pacienta na UPV, 86x prodlužování marné terapie. Celkem 5x (1,4%) bylo uvedeno, že respondent nevidí žádný etický problém a 3x (0,8%) byla zvolena odpověď jiné.

Tabulka 8 Stěžejní etické problémy v péči o pacienta na krátkodobé UPV

	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost vzhledem k počtu respondentů
Zachování autonomie	19	7,9	12,3
Zachování beneficence	7	2,9	4,5
Zachování nonmaleficence	7	2,9	4,5
Zachování lidské důstojnosti	56	23,1	36,1
Obtížná informovanost pacienta na UPV v bezvědomí	73	30,2	47,1
Odpojení pacienta od UPV	16	6,6	10,3
Kategorizace pacienta na UPV	8	3,3	5,2
Prodlužování marné terapie	16	6,6	10,3
Nevidím žádné etické problémy	39	16,1	25,2
Jiné	1	0,4	0,6
Celkem	242	100	156

Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Celkový součet odpovědí byl 242 (100%). Celkem 19x (7,9%) bylo za stěžejní etický problém při poskytování péče pacientům na krátkodobé UPV označeno zachování autonomie, 7x (2,9%) zachování beneficence, 7x (2,9%) zachování nonmaleficence, 56x (23,1%) zachování lidské důstojnosti. Obtížná informovanost pacienta na UPV v bezvědomí byla jako stěžejní etický problém označena celkem 73x (30,2%), 16x (6,6%) bylo uvedeno odpojení pacienta od UPV, 8x (3,3%) kategorizace pacienta na UPV, 16x (6,6%) prodlužování marné terapie. Celkem 39x (16,1%) bylo uvedeno, že respondent nevidí žádný etický problém a 1x (0,4%) byla zvolena odpověď jiné.

Tabulka 9 Obeznamení s legislativou v oblasti etických problémů v péči o pacienta na dlouhodobé UPV

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	70	45,2	45,2	45,2
Ne	50	32,3	32,3	77,4
Nevím	35	22,6	22,6	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) 70 respondentů (45,2%) uvedlo, že bylo seznámeno s legislativou v oblasti etických problémů v péči o pacienta na dlouhodobé UPV. Odpověď ne zvolilo 50 respondentů (32,3%) a možnost nevím 35 respondentů (22,6%).

Tabulka 10 Obeznamení s etickými kodexy vztahujícími se k ošetřování pacienta na UPV

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	121	78,1	78,1	78,1
Ne	29	18,7	18,7	81,3
Nevím	5	3,2	3,2	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) 121 respondentů (78,1%) bylo seznámeno s etickými kodexy vztahujícími se k ošetřování pacientů na dlouhodobé UPV. Odpověď ne uvedlo 29 respondentů (18,7%) a 5 respondentů (3,2%) uvedlo, že neví.

Tabulka 11 Osobní význam etického kodexu

	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost vzhledem k počtu respondentů
Tradice	10	5,3	6,5
Tvoří základ etických norem	104	54,7	67,1
Samozřejmost	63	33,2	40,6
Jeho obsah je přežitek	2	1,1	1,3
Příliš mne neoslovuje	9	4,7	5,8
Jiné	2	1,1	1,3
Celkem	190	100	123

Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Celkový součet odpovědí byl 190 (100%). Celkem 10x (5,3%) byla uvedena odpověď, že etický kodex pro respondenta představuje tradici. Za základ etických norem byl označen 104x (54,7%), za samozřejmost 63x (33,2%), za přežitek 2x (1,1%). Celkem 9x (4,7%) byla zvolena odpověď příliš mne neoslovuje a 2x byla zvolena možnost jiné.

Tabulka 12 Smysl etického kodexu

	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost vzhledem k počtu respondentů
Ochrana pacienta, sestry, lékaře	100	38,5	64,5
Dodržení autonomie	17	6,5	11,0
O významu nepřemýšlím	7	2,7	4,5
Je dobré mít pravidla, hranice	47	18,1	30,3
Stanovuje etické zásady při poskytování péče pacientům	88	33,8	56,8
Jiné	1	0,4	0,6
Celkem	260	100	168

Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Celkový součet odpovědí byl 260 (100%). Celkem 100x (38,5%) byla uvedena odpověď, že etický kodex představuje ochranu pacienta, sestry, lékaře. Odpověď, že přispívá k dodržení

autonomie, byla zvolena 17x (6,5%), že o jeho významu respondent nepřemýšlí, bylo uvedeno 7x (2,7%). Celkem 47x (18,1%) byla uvedena odpověď, že etický kodex napomáhá stanovovat pravidla a hranice, 88x (33,8%) byla zvolena odpověď, že etický kodex stanovuje zásady při poskytování péče pacientům. Odpověď jiné byla zvolena 1x (0,4%)

Tabulka 13 Obeznamení s kategorizací pacienta na UPV ve škole nebo v práci

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	80	51,6	51,6	51,6
Ne	49	31,6	31,6	83,2
Nevím	26	16,8	16,8	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkem 155 respondentů (100%) 80 respondentů (51,6%) uvedlo seznámení s kategorizací pacientů na UPV, 49 respondentů (31,6%) uvedlo odpověď ne a 26 respondentů (16,8%) odpověď neví.

Tabulka 14 Využívání kategorizace pacientů na UPV na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	95	61,3	61,3	61,3
Ne	13	8,4	8,4	69,7
Nevím	47	30,3	30,3	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkem 155 respondentů (100%) 95 respondentů (61,3%) uvedlo odpověď ano o využívání kategorizace pacientů na UPV na jejich pracovišti, 13 respondentů (8,4%) uvedlo odpověď ne a 47 respondentů (30,3%) uvedlo, že neví.

Tabulka 15 Vnímání kategorizace pacientů na dlouhodobé UPV

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Negativně	0	0,0	0,0	0,0
Většinou negativně	4	2,6	2,6	2,6
Neutrálně	106	68,4	68,4	71,0
Většinou pozitivně	30	19,4	19,4	90,3
Pozitivně	15	9,7	9,7	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkem 155 respondentů (100%) 4 respondenti (2,6%) vnímají kategorizaci většinou negativně, 106 respondentů (68,4%) neutrálně, 30 respondentů (19,4%) většinou pozitivně a 15 respondentů (9,7%) pozitivně.

Tabulka 16 Znalost legislativního ošetření kategorizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	7	4,5	4,5	4,5
Ne	148	95,5	95,5	100,0
Celkem	155	100	100	

Z celkem 155 respondentů (100%) 7 respondentů (4,5%) uvedlo odpověď ano o znalosti legislativního ošetření kategorizace pacientů na UPV a 148 respondentů (95,5%) uvedlo odpověď ne.

Tabulka 17 Rozhodování o pacientovi v bezvědomí o jeho odpojení od dlouhodobé UPV

	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost vzhledem k počtu respondentů
Na lékaři	138	60,8	89,0
Na pacientovi, pokud vyslovil předem vyslovené přání	35	15,4	22,6
Pacienta se netýká, pokud předem nevyjádřil svoji vůli	12	5,3	7,7
Na rodině	28	12,3	18,1
Na zástupné osobě, kterou označil pacient předem	5	2,2	3,2
Jiné	9	4,0	5,8
Celkem	227	100	146

Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Celkový součet odpovědí byl 227 (100%). Celkem 138x (60,8%) byla uvedena odpověď, že o odpojení pacienta od dlouhodobé UPV rozhoduje lékař, 35x (15,4%) byla zvolena odpověď o odpojení rozhoduje pacient, pokud vyslovil předem přání, 12x (5,3%) byla zvolena odpověď pacienta se netýká, pokud dříve nevyjádřil svou vůli, 28x (12,3%) byla uvedena odpověď rozhodnutí na rodině, 5x odpověď (2,2%) na zástupné předem označené osobě a 9x (4%) byla zvolena možnost jiné.

Tabulka 18 Rozhodování o další léčbě pacienta na dlouhodobé UPV

	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost vzhledem k počtu respondentů
Lékař	146	51,2	94,2
Sestra, jako součást ošetřovatelského týmu	38	13,3	24,5
Pacient	49	17,2	31,6
Rodina	51	17,9	32,9
Jiné	1	0,4	0,6
Celkem	285	100	184

Respondenti měli u této otázky možnost výběru více odpovědí. Celkový součet odpovědí byl 285 (100%). Celkem 146x (51,2%) byla uvedena odpověď, že o další léčbě pacienta na dlouhodobé UPV rozhoduje lékař, 38x (13,3%) byla zvolena odpověď o odpojení rozhoduje sestra jako součást ošetřovatelského týmu, 49x (17,2%) byla zvolena odpověď rozhoduje pacient, 51x (17,9%) odpověď rozhoduje rodina a 1x byla uvedena odpověď jiné.

4.2 Statistické třídění II. stupně (kontingenční tabulky) - kvantitativní výzkum

Tabulka 19 Nejvyšší dosažené vzdělání

Typ pracoviště		SŠ - sestra	SŠ - zdrav. Asistent	DiS.	Bc.	Mgr.	Jiné	Celkem
Akutní péče	Počet	46	0	9	16	6	0	77
	%	59,7%	0,0%	11,7%	20,8%	7,8%	0,0%	100%
Dlouhodobá péče	Počet	43	13	10	8	3	1	78
	%	55,1%	16,7%	12,8%	10,3%	3,8%	1,3%	100%
Celkem	Počet	89	13	19	24	9	1	155
	%	57,4%	8,4%	12,3%	15,5%	5,8%	0,6%	100%

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) 89 respondentů (57,4%) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské - obor všeobecná sestra, 13 respondentů (8,4%) uvedlo středoškolské – obor zdravotnický asistent, 19 respondentů (12,3%) vyšší odborné – DiS., 24 respondentů (15,5%) vysokoškolské bakalářské, 9 respondentů (5,8%) vysokoškolské magisterské a jeden respondent uvedl jiné vzdělání.

Z celkového počtu 77 respondentů (100%) pracujících na lůžkách akutní péče 46 respondentů (59,7%) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské - obor všeobecná sestra, 9 respondentů (11,7%) vyšší odborné – DiS., 16 respondentů (20,8%) vysokoškolské bakalářské, 6 respondentů (7,8%) vysokoškolské magisterské vzdělání.

Z celkového počtu 78 respondentů (100%) pracujících na lůžkách dlouhodobé péče 43 respondentů (55,1%) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské - obor všeobecná sestra, 13 respondentů (16,7%) uvedlo středoškolské – obor zdravotnický asistent, 10 respondentů (12,8%) vyšší odborné – DiS., 8 respondentů (10,3%) vysokoškolské bakalářské, 3 respondenti (3,8%) vysokoškolské magisterské a jeden respondent (0,6%) jiné vzdělání.

Tabulka 20 Výskyt etických problémů v péči o pacienty na UPV v porovnání s typem pracoviště

Typ pracoviště		Nikdy	Občas	Často	Velmi často	Vždy	Celkem
Akutní péče	Počet	2	62	10	3	0	77
	%	2,6%	80,5%	13,0%	3,9%	0,0%	100,0%
Dlouhodobá péče	Počet	3	37	21	14	3	78
	%	3,8%	47,4%	26,9%	17,9%	3,8%	100,0%
Celkem	Počet	5	99	31	17	3	155
	%	3,2%	63,9%	20,0%	11,0%	1,9%	100,0%

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) se 5 respondentů (3,2%) domnívá, že v péči o pacienty na UPV se nikdy nevyskytují etické problémy, 99 respondentů (63,9%) se domnívá, že se tyto problémy vyskytují občas, 31 respondentů (20%) považuje etické problémy za časté, 17 respondentů (11%) za velmi časté a 3 respondenti (1,9%) se domnívají, že tyto problémy se vyskytují vždy.

Z celkového počtu 77 respondentů (100%) pracujících na lůžkách akutní péče se 2 respondenti (2,6%) domnívají, že v péči o pacienty na UPV se nikdy nevyskytují etické problémy, 62 respondentů (80,5%) se domnívá, že se tyto problémy vyskytují občas, 10 respondentů (13%) považuje etické problémy za časté, 3 respondenti (3,9%) za velmi časté.

Z celkového počtu 78 respondentů (100%) pracujících na lůžkách dlouhodobé péče se 3 respondenti (3,8%) domnívají, že v péči o pacienty na UPV se nikdy nevyskytují etické problémy, 37 respondentů (47,4%) se domnívá, že se tyto problémy vyskytují občas, 21 respondentů (26,9%) považuje etické problémy za časté, 14 respondentů (17,9%) za velmi časté a 3 respondenti (3,8%) se domnívají, že tyto problémy se vyskytují vždy.

Tabulka 21 Vnímání kategorizace pacientů na dlouhodobé UPV

Typ pracoviště		Většinou negativně	Neutrálně	Většinou pozitivně	Pozitivně	Celkem
Akutní péče	Počet	0	53	15	9	77
	%	0,0%	68,8%	19,5%	11,7%	100,0%
Dlouhodobá péče	Počet	4	53	15	6	78
	%	5,1%	67,9%	19,2%	7,7%	100,0%
Celkem	Počet	4	106	30	15	155
	%	2,6%	68,4%	19,4%	9,7%	100,0%

Z celkem 155 respondentů (100%) 4 respondenti (2,6%) vnímají kategorizaci většinou negativně, 106 respondentů (68,4%) neutrálně, 30 respondentů (19,4%) většinou pozitivně a 15 respondentů (9,7%) pozitivně.

Z celkového počtu 77 respondentů (100%) pracujících na lůžkách akutní péče vnímá kategorizaci 53 respondentů (68,8%) neutrálně, 15 respondentů (19,5%) většinou pozitivně a 9 respondentů (11,7%) pozitivně

Z celkového počtu 78 respondentů (100%) pracujících na lůžkách dlouhodobé péče 4 respondenti (5,1%) vnímají kategorizaci většinou negativně, 53 respondentů (67,9%) neutrálně, 15 respondentů (19,2%) většinou pozitivně a 6 respondentů (7,7%) pozitivně.

Tabulka 22 Výskyt etických problémů v péči o pacienty na UPV v porovnání s dosaženým vzděláním

Vzdělání		Nikdy	Občas	Často	Velmi často	Vždy	Celkem
Všeobecná sestra	Počet	1	61	17	8	2	89
	%	1,1%	68,5%	19,1%	9,0%	2,2%	100,0%
Zdravotnický asistent	Počet	2	7	2	2	0	13
	%	15,4%	53,8%	15,4%	15,4%	0,0%	100,0%
DiS.	Počet	2	10	4	3	0	19
	%	10,5%	52,6%	21,1%	15,8%	0,0%	100,0%
Bc.	Počet	0	14	7	2	1	24
	%	0,0%	58,3%	29,2%	8,3%	4,2%	100,0%
Mgr.	Počet	0	7	1	1	0	9
	%	0,0%	77,8%	11,1%	11,1%	0,0%	100,0%
Jiné	Počet	0	0	0	1	0	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	5	99	31	17	3	155
	%	3,2%	63,9%	20,0%	11,0%	1,9%	100,0%

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) se 5 respondentů (3,2%) domnívá, že v péči o pacienty na UPV se nikdy nevyskytují etické problémy, 99 respondentů (63,9%) se domnívá, že se tyto problémy vyskytují občas, 31 respondentů (20%) považuje etické problémy za časté, 17 respondentů (11%) za velmi časté a 3 respondenti (1,9%) se domnívají, že tyto problémy se vyskytují vždy.

Z celkem 89 respondentů (100%) se vzděláním všeobecná zdravotní sestra se 1 respondent (1,1%) domnívá, že v péči o pacienty na UPV se nikdy nevyskytují etické problémy, 61 respondentů (68,5%) se domnívá, že se tyto problémy vyskytují občas, 17

respondentů (19,1%) považuje etické problémy za časté, 8 respondentů (9%) za velmi časté a 2 respondenti (2,2%) se domnívají, že tyto problémy se vyskytují vždy.

Z celkem 13 respondentů (100%) se vzděláním zdravotnický asistent se 2 respondenti (15,4%) domnívají, že v péči o pacienty na UPV se nikdy nevyskytují etické problémy, 7 respondentů (53,8%) se domnívá, že se tyto problémy vyskytují občas, 2 respondenti (15,4%) považují etické problémy za časté a 2 respondenti (15,4%) za velmi časté.

Z celkem 19 respondentů (100%) s vyšším odborným vzděláním se 2 respondenti (10,5%) domnívají, že v péči o pacienty na UPV se nikdy nevyskytují etické problémy, 10 respondentů (52,6%) se domnívá, že se tyto problémy vyskytují občas, 4 respondenti (21,1%) považuje etické problémy za časté a 3 respondenti (15,8%) za velmi časté.

Z celkem 24 respondentů (100%) s bakalářským vzděláním se 14 respondentů (58,3%) domnívá, že v péči o pacienty na UPV se etické problémy vyskytují občas, 7 respondentů (29,2%) považuje etické problémy za časté, 2 respondenti (8,3%) za velmi časté a 1 respondent (4,2%) se domnívá, že tyto problémy se vyskytují vždy.

Z celkem 9 respondentů (100%) s magisterským vzděláním se 7 respondentů (77,8%) domnívá, že v péči o pacienty na UPV se etické problémy vyskytují občas, 1 respondent (11,1%) považuje etické problémy za časté a 1 respondent (11,1%) za velmi časté.

Celkem 1 respondent (100%) s jiným vzděláním se domnívá, že v péči o pacienty na UPV se etické problémy vyskytují velmi často.

Tabulka 23 Obeznamení s etickými kodexy

Vzdělání		Ano	Ne	Nevím	Celkem
Všeobecná sestra	Počet	71	16	2	89
	%	79,8%	18,0%	2,2%	100,0%
Zdravotnický asistent	Počet	8	4	1	13
	%	61,5%	30,8%	7,7%	100,0%
DiS.	Počet	14	4	1	19
	%	73,7%	21,1%	5,3%	100,0%
Bc.	Počet	20	3	1	24
	%	83,3%	12,5%	4,2%	100,0%
Mgr.	Počet	7	2	0	9
	%	77,8%	22,2%	0,0%	100,0%
Jiné	Počet	1	0	0	1
	%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	121	29	5	155
	%	78,1%	18,7%	3,2%	100,0%

Z celkového počtu 155 respondentů (100%) 121 respondentů (78,1%) bylo seznámeno s etickými kodexy vztahujícími se k ošetřování pacientů na dlouhodobé UPV. Odpověď ne uvedlo 5 respondentů (3,2%) a 29 respondentů (18,7%) uvedlo, že neví.

Z celkem 89 respondentů (100%) se vzděláním všeobecná zdravotní sestra 71 respondentů (79,8%) bylo seznámeno s etickými kodexy vztahujícími se k ošetřování pacientů na dlouhodobé UPV. Odpověď ne uvedlo 16 respondentů (18%) a 2 respondenti (2,2%) uvedli, že neví.

Z celkem 13 respondentů (100%) se vzděláním zdravotnický asistent 8 respondentů (61,5%) bylo seznámeno s etickými kodexy vztahujícími se k ošetřování

pacientů na dlouhodobé UPV. Odpověď ne uvedli 4 respondenti (30,8%) a jeden respondent (7,7%) uvedl, že neví.

Z celkem 19 respondentů (100%) s vyšším odborným vzděláním 14 respondentů (73,7%) bylo seznámeno s etickými kodexy vztahujícími se k ošetřování pacientů na dlouhodobé UPV. Odpověď ne uvedli 4 respondenti (21,1%) a jeden respondent (5,3%) uvedl, že neví.

Z celkem 24 respondentů (100%) s bakalářským vzděláním 20 respondentů (83,3%) bylo seznámeno s etickými kodexy vztahujícími se k ošetřování pacientů na dlouhodobé UPV. Odpověď ne uvedli 3 respondenti (12,5%) a 1 respondent (4,2%) uvedl, že neví.

Z celkem 9 respondentů (100%) s magisterským vzděláním 7 respondentů (77,8%) bylo seznámeno s etickými kodexy vztahujícími se k ošetřování pacientů na dlouhodobé UPV. Odpověď ne uvedli 2 respondenti (22,2%).

Celkem 1 respondent (100%) s jiným vzděláním uvedl, že byl seznámen s etickými kodexy.

Tabulka 24 Vnímání kategorizace pacientů na dlouhodobé UPV

Vzdělání		Většinou negativně	Neutrálně	Většinou pozitivně	Pozitivně	Celkem
Všeobecná sestra	Počet	2	57	19	11	89
	%	2,2%	64,0%	21,3%	12,4%	100,0%
Zdravotnický asistent	Počet	0	13	0	0	13
	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
DiS.	Počet	1	14	3	1	19
	%	5,3%	73,7%	15,8%	5,3%	100,0%
Bc.	Počet	1	15	6	2	24
	%	4,2%	62,5%	25,0%	8,3%	100,0%
Mgr.	Počet	0	7	1	1	9
	%	0,0%	77,8%	11,1%	11,1%	100,0%
Jiné	Počet	0	0	1	0	1
	%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	4	106	30	15	155
	%	2,6%	68,4%	19,4%	9,7%	100,0%

Z celkem 155 respondentů (100%) 4 respondenti (2,6%) vnímají kategorizaci většinou negativně, 106 respondentů (68,4%) neutrálně, 30 respondentů (19,4%) většinou pozitivně a 15 respondentů (9,7%) pozitivně.

Z celkem 89 respondentů (100%) se vzděláním všeobecná zdravotní sestra 2 respondenti (2,2%) vnímají kategorizaci většinou negativně, 57 respondentů (64%) neutrálně, 19 respondentů (21,3%) většinou pozitivně a 11 respondentů (12,4%) pozitivně.

Všech 13 respondentů (100%) se vzděláním zdravotnický asistent vnímá kategorizaci neutrálně.

Z celkem 19 respondentů (100%) s vyšším odborným vzděláním 1 respondent (5,3%) vnímá kategorizaci většinou negativně, 14 respondentů (73,7%) neutrálně, 3 respondenti (15,8%) většinou pozitivně a 1 respondent (5,3%) pozitivně.

Z celkem 24 respondentů (100%) s bakalářským vzděláním 1 respondent (4,2%) vnímá kategorizaci většinou negativně, 15 respondentů (62,5%) neutrálně, 6 respondentů (25%) většinou pozitivně a 2 respondenti (8,3%) pozitivně.

Z celkem 9 respondentů (100%) s magisterským vzděláním 7 respondentů (77,8%) vnímá kategorizaci neutrálně, 1 respondent (11,1%) většinou pozitivně a 1 respondent (11,1%) pozitivně.

Celkem 1 respondent (100%) s jiným vzděláním uvedl, že vnímá kategorizaci většinou pozitivně.

Tabulka 25 Obeznamení s kategorizací pacienta na UPV ve škole nebo v práci

Vzdělání		Ano	Ne	Nevím	Celkem
Všeobecná sestra	Počet	44	31	14	89
	%	49,4%	34,8%	15,7%	100,0%
Zdravotnický asistent	Počet	4	4	5	13
	%	30,8%	30,8%	38,5%	100,0%
DiS.	Počet	12	6	1	19
	%	63,2%	31,6%	5,3%	100,0%
Bc.	Počet	14	5	5	24
	%	58,3%	20,8%	20,8%	100,0%
Mgr.	Počet	6	2	1	9
	%	66,7%	22,2%	11,1%	100,0%
Jiné	Počet		1		1
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	80	49	26	155
	%	51,6%	31,6%	16,8%	100,0%

Z celkem 155 respondentů (100%) 80 respondentů (51,6%) uvedlo seznámení s kategorizací pacientů na UPV, 49 respondentů (31,6%) uvedlo odpověď ne a 26 respondentů (16,8%) nezná odpověď.

Z celkem 89 respondentů (100%) se vzděláním všeobecná zdravotní sestra 44 respondentů (49,4%) uvedlo seznámení s kategorizací pacientů na UPV, 31 respondentů (34,8%) uvedlo odpověď ne a 14 respondentů (15,7%) nezná odpověď.

Z celkem 13 respondentů (100%) se vzděláním zdravotnický asistent 4 respondenti (30,8%) uvedli seznámení s kategorizací pacientů na UPV, 4 respondenti (30,8%) uvedli odpověď ne a 5 respondentů (38,5%) nezná odpověď.

Z celkem 19 respondentů (100%) s vyšším odborným vzděláním 12 respondentů (63,2%) uvedlo seznámení s kategorizací pacientů na UPV, 6 respondentů (31,6%) uvedlo odpověď ne a 1 respondent (5,3%) nezná odpověď.

Z celkem 24 respondentů (100%) s bakalářským vzděláním 14 respondentů (58,3%) uvedlo seznámení s kategorizací pacientů na UPV, 5 respondentů (20,8%) uvedlo odpověď ne a 5 respondentů (20,8%) nezná odpověď.

Z celkem 9 respondentů (100%) s magisterským vzděláním 6 respondentů (66,7%) uvedlo seznámení s kategorizací pacientů na UPV, 2 respondenti (22,2%) uvedli odpověď ne a 1 respondent (11,1%) nezná odpověď.

Celkem 1 respondent (100%) s jiným vzděláním nebyl seznámen s kategorizací pacientů na UPV.

4.3 Statistické testy

4.3.1 Hypotéza 1

Hypotéza 1 byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu.

Pro testování dvou proměnných jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H₀: Ošetřování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci není považováno sestrami jako etický problém

H_A: Ošetřování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je považováno sestrami jako etický problém

Tabulka 26 Chí kvadrát test

	Pozorované četnosti	Očekávané četnosti
Nejsou etické problémy	5	77,5
Jsou etické problémy	150	77,5
Suma	155	155

Dosažená statistická hladina významnosti: **2,39⁻³¹**

Dosažená hladina významnosti chí kvadrát testu je výrazně menší než 0,01. Zamítáme tedy nulovou hypotézu.

Hypotéza 1 tak byla potvrzena, ošetřování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je považováno sestrami jako etický problém.

4.3.2 Hypotéza 2

Hypotéza 2 byla také testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu.

Pro testování dvou proměnných jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H₀: Přístup k ošetřování pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci není na akutních a následných lůžkách rozdílný

HA: Přístup k ošetřování pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je na akutních a následných lůžkách rozdílný.

Tabulka 27 Chí kvadrát test

	Nebaví mne	Je marná	Neobtěžuje mne	Je jednotvárná	Baví mne	Má vždy smysl	Suma
Akutní péče	4,4	0,0	7,8	16,7	27,8	43,3	100%
Chronická péče - četnosti	0	3	23	10	20	35	91
Očekávané četnosti	4	0	7	15	25	40	91

Dosažená statistická hladina významnosti: **9,75⁻¹¹**

Dosažená hladina významnosti chí kvadrát testu je výrazně menší než 0,01. Zamítáme tedy nulovou hypotézu.

Hypotéza 2 tak byla potvrzena, přístup k ošetřování pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je na akutních a následných lůžkách rozdílný.

4.4 Kategorizace dat kvalitativního výzkumu ve schématech a tabulkách

4.4.1 Analýza rozhovorů

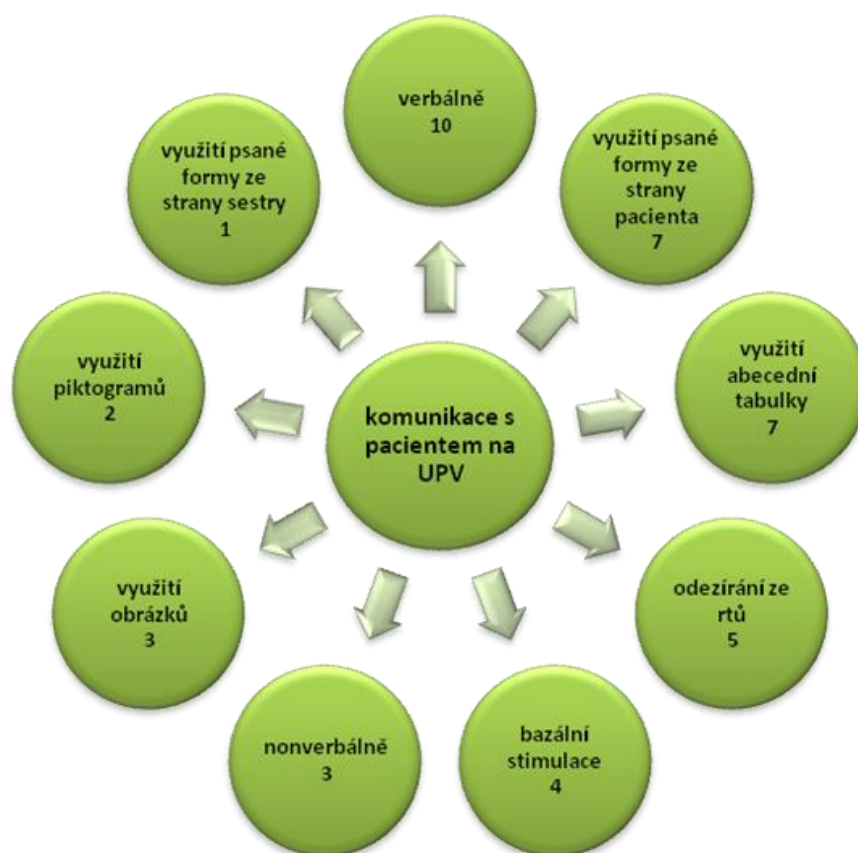
Rozhovory s respondentkami (Příloha 3) byly rozděleny do pěti kategorií. I. kategorie informovanost pacienta na UPV, II. kategorie Úmluva o lidských právech a biomedicíně, III. kategorie odpojení pacienta od dlouhodobé UPV, IV. kategorie kategorizace pacienta a V. kategorie spolurozhodování sestry u kategorizovaného pacienta. Každá z těchto kategorií byla následně rozdělena do subkategorií. I. kategorie obsahovala tři subkategorie nazvané komunikace s pacientem v bezvědomí, komunikace s pacientem při vědomí a formy informovaného souhlasu. II. kategorie Úmluva o lidských právech a biomedicíně byla rozdělena na dvě subkategorie nazvané rozsah informací a lidská důstojnost a autonomie. III. kategorie odpojení pacienta od UPV byla rozdělená do pěti subkategorií nazvaných: přístup sestry k ošetrovatelské péči o pacienta na bazální terapii, pocity sestry při ukončení orgánové podpory, pasivní euthanázii rovná se konec utrpení, ošetrovatelská péče u pacienta na UPV s nadějí na přežití a zájem pacienta na UPV při vědomí o ošetrovatelskou péči. IV. kategorie byla rozdělená na tři subkategorie pojmenované legislativa, Advance directives a formy kategorizace. Poslední V. kategorie spolurozhodování sestry u kategorizovaného pacienta měla jednu subkategorii nazvanou vlastní činnost sestry.

Schéma 1 Dosažené vzdělání respondentek



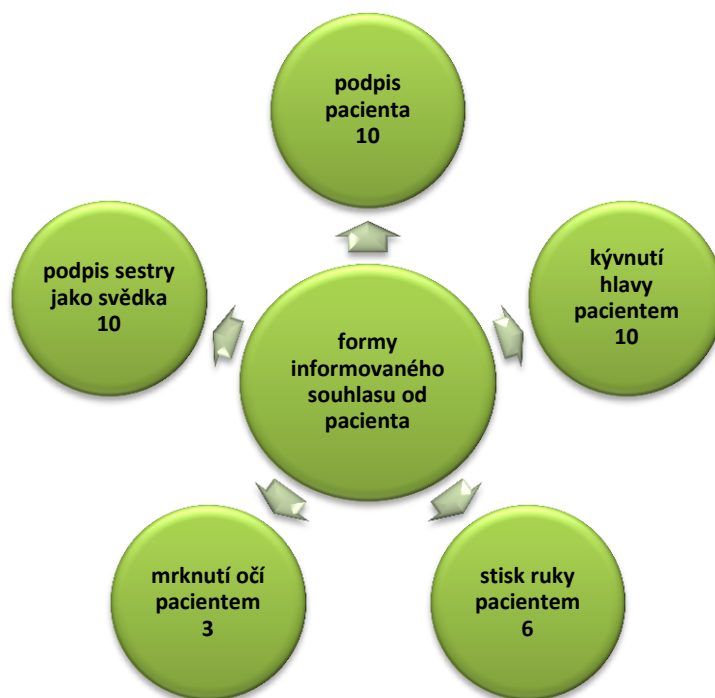
Z deseti oslovených respondentek pracovalo pět na lůžkách akutní intenzivní péče a pět na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče. Z respondentek pracujících na akutních lůžkách byly 4 respondentky s vysokoškolským magisterským vzděláním a jedna respondentka se středoškolským vzděláním s atestací v anesteziologii a resuscitaci v intenzivní péči. Ve skupině pracujících na lůžkách dlouhodobé péče bylo 5 respondentek se středoškolským vzděláním, z toho 1 respondentka s atestací v anesteziologii a resuscitaci a 1 respondentka studující VOŠ.

Schéma 2 Komunikační techniky sestry s pacientem na UPV



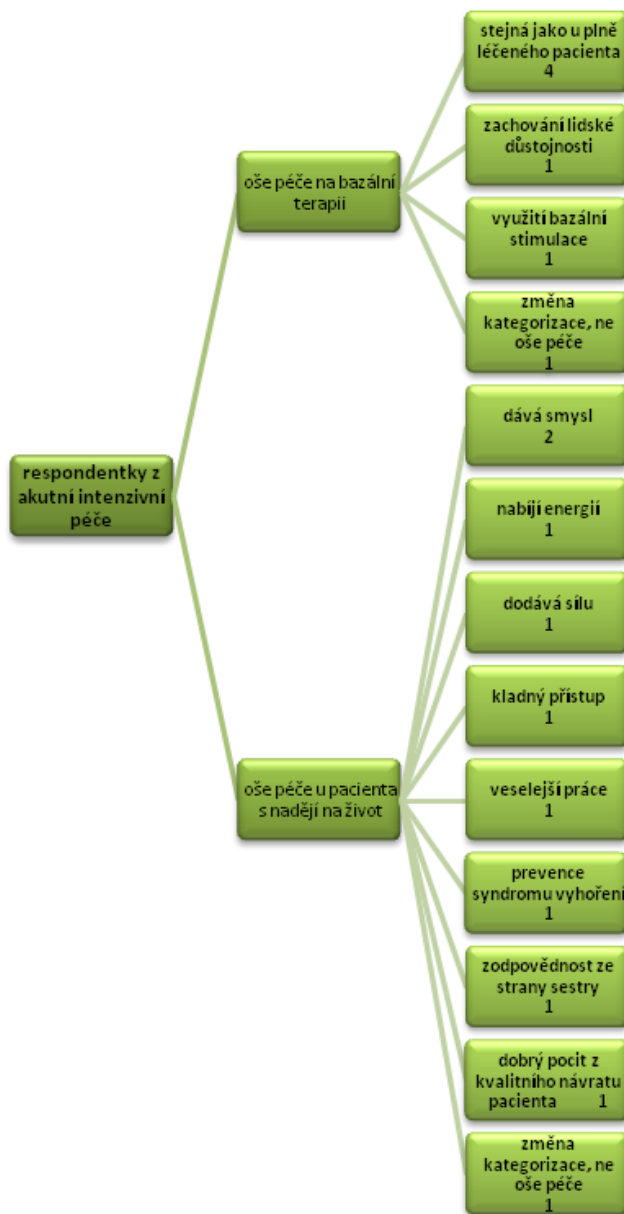
Jako nejčastější komunikační technika byla respondentkami uvedena 10x odpověď verbální komunikace, 7x odpověď využití psané formy ze strany pacienta a využití abecední tabulky, 5x byla zmíněna odpověď odezírání ze rtů, 4x odpověď využití bazální stimulace, 3x odpověď nonverbální komunikace a využití obrázků, 2x byla uvedena odpověď využití píktogramů a jednou odpověď využití psané formy ze strany sestry.

Schéma 3 Formy podaného informovaného souhlasu pacientem



Jako nejčastější forma informovaného souhlasu byl označen vlastnoruční podpis pacienta, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. Takovou možnost uvedlo 10 respondentek. Při nemožnosti podpisu pacienta z důvodu špatného zdravotního stavu, respondentky uvedly 10x odpověď kývnutí hlavy pacientem, 6x odpověď stisk ruky pacientem, 3x odpověď mrknutí očí pacientem a shodly se 10x v odpovědi vždy za podpisu sestry jako svědka při této možnosti.

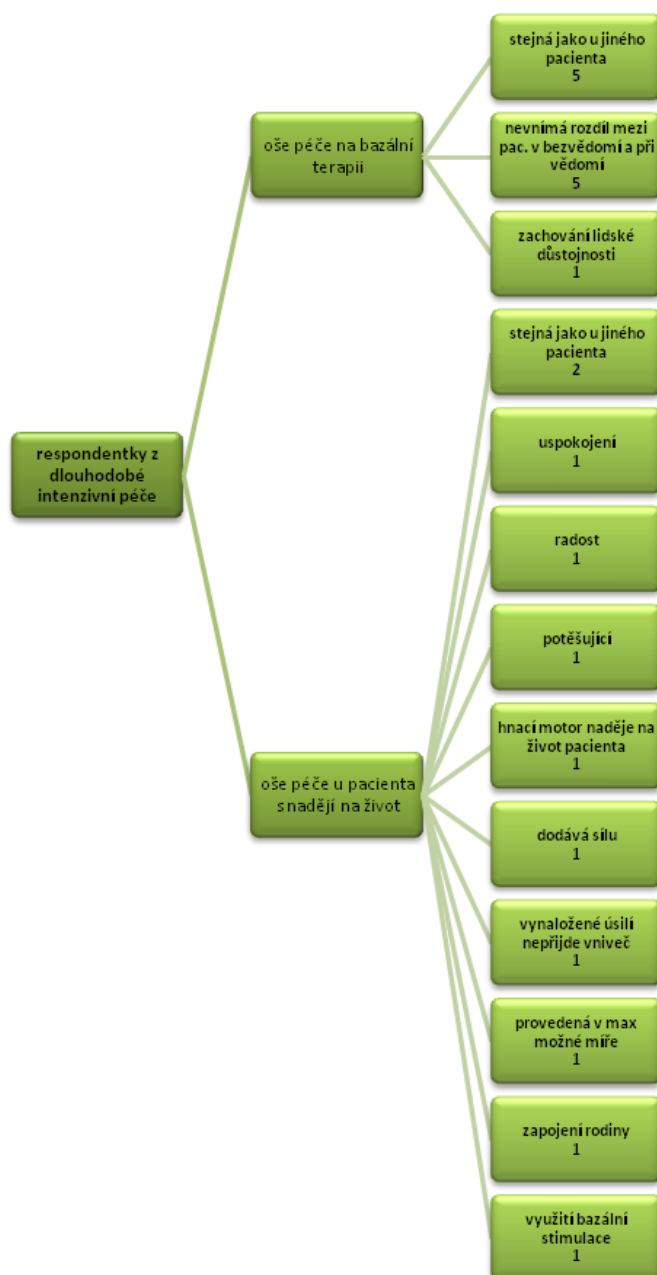
Schéma 4 Vnímání ošetrovatelské péče u pacienta na UPV z pohledu respondentek z lůžek *akutní* intenzivní péče



V kategorii vnímání ošetrovatelské péče u pacienta na UPV na bazální terapii byla respondentkami pracujícími na akutních intenzivních lůžkách uvedena 4x odpověď stejná jako u plně léčeného pacienta a jednou odpověď zachování lidské důstojnosti, využití bazální stimulace a změna kategorizace, ale nikoliv ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče u pacienta na UPV s nadějí na život respondentkami byla 2x

hodnocena v odpovědích jako dává smysl, shodně 1x jako odpověď nabíjí energií, dodává sílu, dále kladným přístupem, jako veselejší práce, prevence syndromu vyhoření, také zodpovědností ze strany sestry, dobrého pocitu z kvalitního návratu pacienta a odpovědí změny kategorizace, ale nikoliv ošetrovatelské péče.

Schéma 5 Vnímání ošetrovatelské péče u pacienta na UPV z pohledu respondentek z lůžek *dlouhodobé* intenzivní péče



V kategorii vnímání ošetrovatelské péče u pacienta na UPV na bazální terapii byla respondentkami pracujícími na dlouhodobých intenzivních lůžkách uvedena 5x odpověď stejná jako u jiného pacienta přičemž nevnímají rozdíl mezi pacientem v bezvědomí a při vědomí, 1x odpověď o nutném zachování lidské důstojnosti.

Ošetrovatelská péče o pacienta na UPV s nadějí na život byla respondentkami hodnocena 2x jako stejná jako u jiného pacienta, shodně 1x v odpovědích vyjadřující uspokojení, radost, vnímání poskytující potěšující ošetrovatelskou péči, hnací motor naděje na život pacienta, odpověď dodává sílu, dále hodnoceno jako vynaložené úsilí nepřijde vniveč, ošetrovatelská péče je provedena v maximální možné míře, odpověď o zapojení rodiny a využití bazální stimulace.

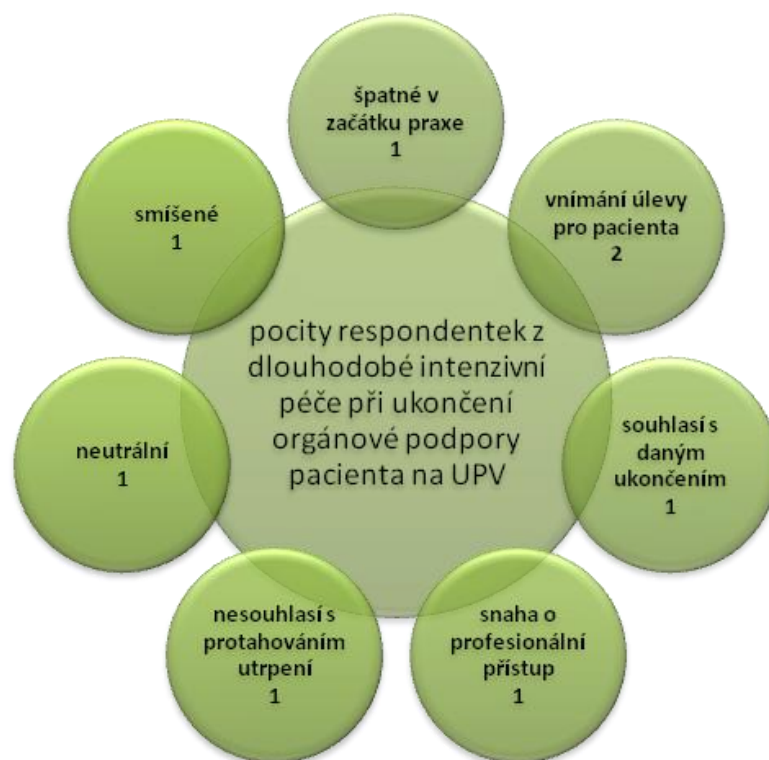
Schéma 6 Pocity respondentek pracujících na lůžkách *akutní* intenzivní péče při ukončení orgánové podpory pacienta na UPV



V této kategorii byly uvedeny respondentkami z lůžek akutní intenzivní péče následující odpovědi, každá vždy jen jednou - lítost, smutek, konec života, zachování profesionálního přístupu, ovlivnění citovým vztahem k pacientovi, ovlivněné

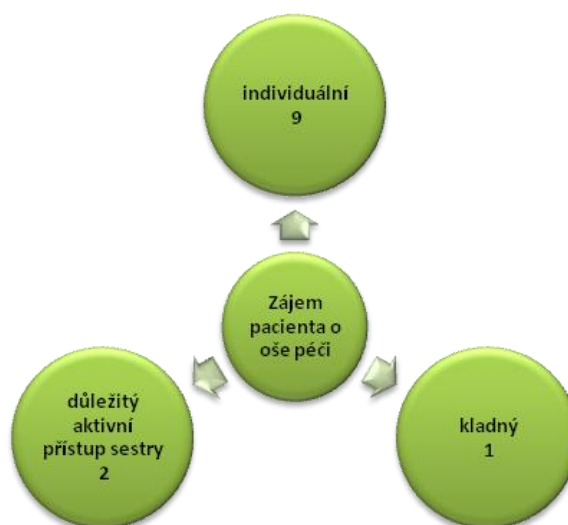
psychickým stavem sestry v danou chvíli, racionální přístup k neprodlužování léčby, smíšený pocit, záleží na věku pacienta a špatný pocit na začátku praxe.

Schéma 7 Pocity respondentek z lůžek dlouhodobé intenzivní péče při ukončení orgánové podpory pacienta na UPV



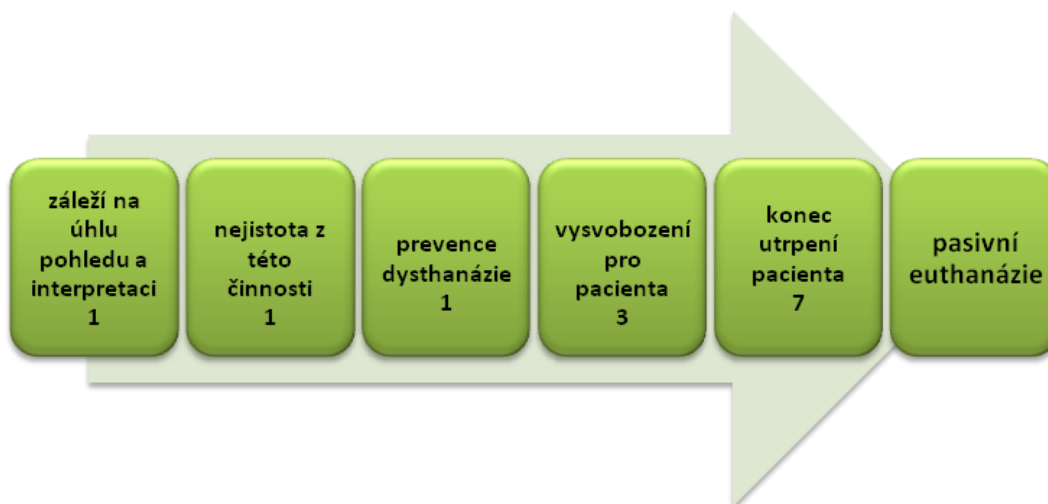
Respondentky z lůžek dlouhodobé intenzivní péče zmiňují pocity při ukončení orgánové podpory pacienta na UPV 2x v odpovědi vnímání úlevy pro pacienta a shodně jednou v odpovědi souhlas s daným ukončením, snaha o profesionální přístup, nesouhlas s protahováním utrpení, neutrální pocity a smíšené pocity.

Schéma 8 Zájem pacienta na UPV o ošetrovatelskou péči z pohledu respondentek



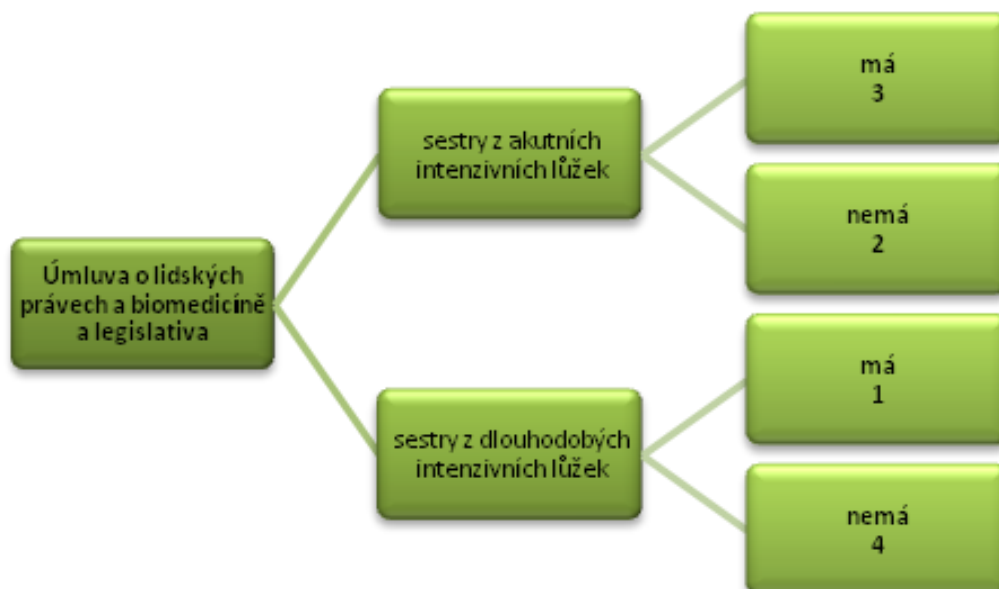
Zájem pacienta na UPV o ošetrovatelskou péči byl respondentkami hodnocen 9x jako individuální, 1x jako kladný a 2x jako důležitost aktivního přístupu sestry.

Schéma 9 Pasivní euthanázíe z pohledu respondentek



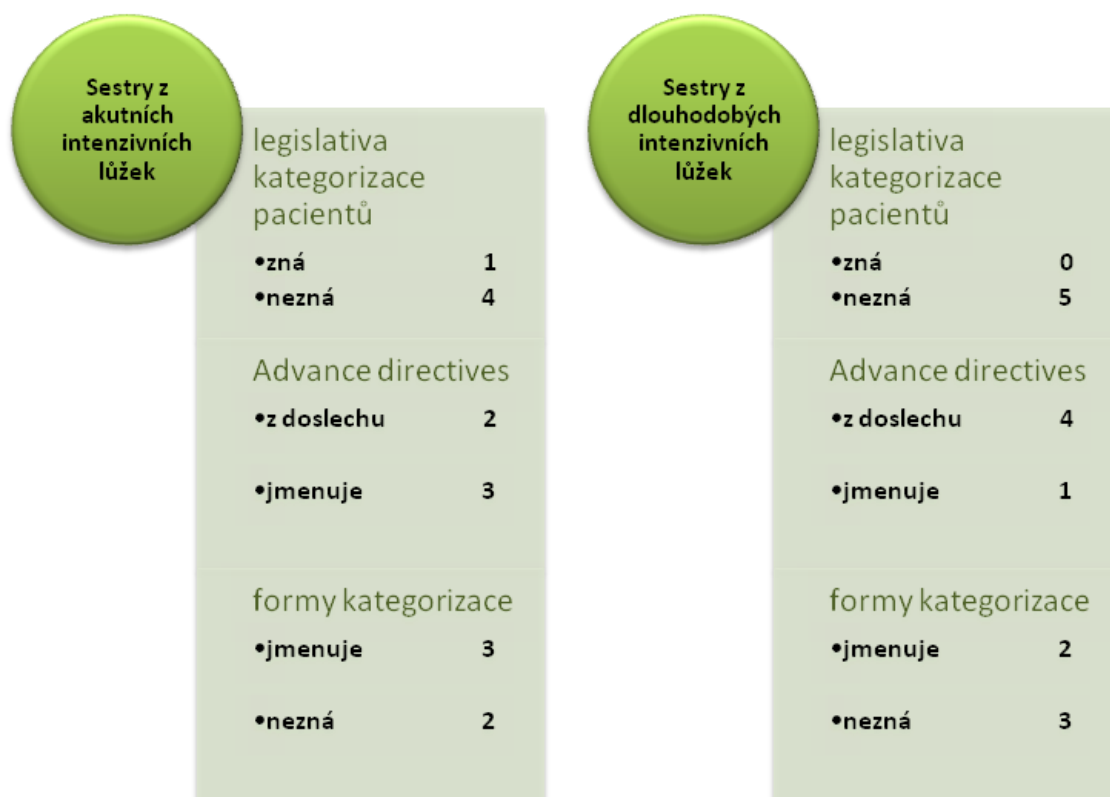
K pojmu pasivní euthanázíe byla respondentkami uvedena shodně 1x odpověď záleží na úhlu pohledu a interpretaci, pocit nejistoty z této činnosti, prevence dysthanázíe. Celkem 3x respondentky uvedly odpověď vysvobození pro pacienta a 7x odpověď konec utrpení pacienta.

Schéma 10 Znalosti respondentek o obsahu a legislativě o Úmluvě o lidských právech a biomedicině



Znalostí respondentek o obsahu a legislativním ošetření Úmluvy o lidských právech a biomedicině mají 3 respondenty pracující na akutních intenzivních lůžkách a 1 respondentka pracující na dlouhodobě intenzivních lůžkách, nemají 2 respondenty pracující na akutních intenzivních lůžkách a 4 respondenty pracující na dlouhodobě intenzivních lůžkách.

Schéma 11 Rozsah informací respondentek o kategorizaci pacienta



Z respondentek pracujících na akutních intenzivních lůžkách legislativu kategorizace pacientů zná 1 respondentka a neznají ji 4 respondentky. Z respondentek pracujících na dlouhodobých intenzivních lůžkách nezná 5 respondentek uvedenou legislativu kategorizace pacientů.

Z respondentek pracujících na akutních intenzivních lůžkách znají a jmenují obsah pojmu Advance directives 3 respondentky a z doslechu jej znají dvě respondentky. Mezi respondentkami pracujícími na dlouhodobých intenzivních lůžkách byla 4 krát uvedena odpověď z doslechu, jen 1 krát jmenuje obsah.

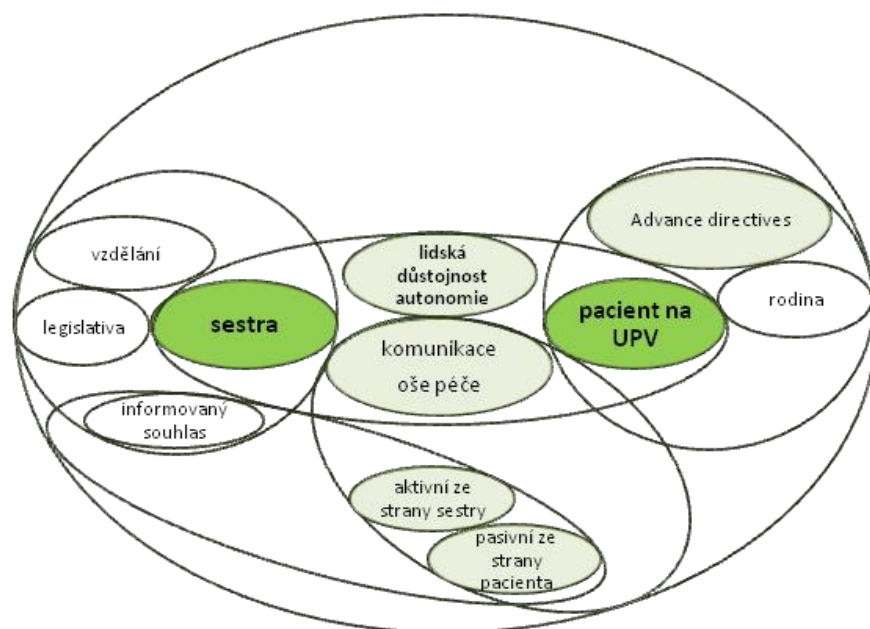
Formy kategorizace pacientů jmenují 3 respondentky a neznají 2 respondentky pracující na akutních intenzivních lůžkách. Z respondentek pracujících na dlouhodobých intenzivních lůžkách 2 jmenují a 3 neznají formy kategorizace.

Schéma 12 Možnost spolurozhodování respondentek s lékařem u kategorizovaného pacienta



K možnosti spolurozhodování respondentek u kategorizovaného pacienta byla 5x uvedena odpověď neudává, nezúčastní se, 3x odpověď v poskytování ošetrovatelské péče a praktickém provedení a 2x odpověď informace o pacientovi podané lékaři.

Schéma 13 Vztah sestra – pacient na UPV jako základ ošetrovatelské péče



Závěrečné schéma znázorňuje k danému tématu této diplomové práce popis vztahů mezi sestrou a pacientem na UPV. Základem ošetrovatelské péče je mimo jiné dodržování lidské důstojnosti a autonomie pacienta prostřednictvím komunikace. Vzájemně propojené podmnožiny vystihují důležitost vzdělání nutného ke znalosti legislativy tak, aby sestra byla schopná používat řádně informovaný souhlas i v případě, kdy je pacient v bezvědomí. Pacient na UPV má dle legislativy nárok na Advance directives a nejen jeho rodina je musí respektovat.

5. DISKUZE

Tato diplomová práce je zaměřena na oblast etických problémů v ošetrovatelské péči o dlouhodobě ventilované pacienty. Zabývá se otázkou, zda při ošetrovatelské péči o pacienty na umělé plicní ventilaci se vyskytují etické problémy, jak jsou personálem vnímány a řešeny. Dále se zaměřuje na problematiku znalostí kategorizace pacientů na umělé plicní ventilaci, její využívání a subjektivní hodnocení ošetrujícím personálem. Dále se tato práce zabývá rozdíly ve vnímání etických problémů a znalostech této problematiky mezi personálem pracujícím na lůžkách akutní intenzivní péče a lůžkách dlouhodobé intenzivní péče.

Tato diplomová práce se skládá z teoretické a empirické části. Pro zjištění námi vytyčených cílů jsme v empirické části zvolili kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. K získání dat pro problematiku kvantitativního výzkumného šetření byla použita metoda dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Pro kvalitativní část výzkumného šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Výzkumný soubor kvantitativního šetření tvořilo 155 respondentů z řad nelékařského zdravotního personálu. Výzkumný soubor se skládal ze zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči na akutních intenzivních lůžkách nemocnice FN Plzeň (metabolická JIP, koronární JIP), Klatovské nemocnice (ARO) a Mulačovy nemocnice Plzeň (ARO). Dále se soubor skládal z ošetrovatelského personálu lůžek dlouhodobé intenzivní péče nemocnice FN Plzeň, Klatovské nemocnice, Rehabilitační kliniky Malvazinky, Neratovické Městské nemocnice a Sur Gal Clinic Brno. Vzdělání respondentů ukazuje tabulka 1. Zde je patrné, že nadpoloviční většinu respondentů (57,4%) tvoří všeobecné sestry se středoškolským vzděláním. Tato skutečnost není nijak překvapující, neboť je všeobecně známo, že tato forma vzdělání je v České republice u sester stále nejběžnější. Nicméně v průběhu posledních několika let dochází k vzestupu podílu vysokoškolsky vzdělaných sester. Tento trend je jistě pozitivní a jak píše Husník, koresponduje s požadavky Evropské unie (Husník, 2006). Jak ukazuje tabulka 2, z lůžek akutní péče bylo získáno 77

validních dotazníků a z lůžek dlouhodobé péče 78 validních dotazníků. Získali jsme tak dvě obdobné skupiny, jejichž porovnání přineslo zajímavé výsledky. Délka praxe respondentů je znázorněna v tabulce 3. Zastoupení v jednotlivých kategoriích je naprosto srovnatelné se zastoupením publikovaným v kvalifikačních pracích jiných autorů jako například v diplomové práci kolegyně Švecové a pravděpodobně tak představuje typické rozložení délky praxe na lůžkách intenzivní péče (Švecová, 2012). Motivace k práci na daném konkrétním pracovišti shrnuje tabulka 4 a je jistě velmi potěšující, že ve výrazné většině (78,7%) respondenti pracují na pracovišti, které si sami vybrali a vykonávají práci, která je zajímavá.

Další skupina otázek byla zaměřena na vnímání etických problémů u pacientů na umělé plicní ventilaci. K ověření hypotézy H 1: *Ošetřování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je považováno sestrami jako etický problém*, byla respondentům položena otázka, zda se domnívají, že se v péči o pacienty na umělé plicní ventilaci vyskytují etické problémy. Bylo zjištěno, že absolutní většina respondentů (96,8%) se domnívá, že při péči o pacienty na UPV se vyskytují etické problémy (tabulka 6). Hypotéza H1 tak byla potvrzena (tabulka 26). Dále nás proto zajímalo, jaké etické problémy v souvislosti s umělou plicní ventilací považují respondenti za stěžejní. Pro objasnění rozdílů, jsme se dotazovali zvláště na krátkodobou a dlouhodobou umělou plicní ventilaci. V případě krátkodobě ventilovaných pacientů byla jako stěžejní etický problém nejčastěji zvolena možnost obtížná informovanost pacienta v bezvědomí (30,2%) a zachování lidské důstojnosti (23,1%). Varianta, že se nevyskytují žádné etické problémy, byla zvolena v 16,1% případů. Za pozornost jistě stojí skutečnost, že základní etické principy, zachování autonomie, beneficence, nonmaleficence byly zvoleny jen ve velmi malém počtu případů (tabulka 8). Při výběru stěžejních etických problémů v péči o pacienty na dlouhodobé umělé plicní ventilaci bylo nejčastější variantou zachování lidské důstojnosti (24,5%), následováno obtížnou informovaností pacienta na UPV v bezvědomí (17,7%) a odpojení pacienta od UPV (15,2%) (tabulka 7). Stejně jako při dotazování na etické problémy u krátkodobé ventilace i v tomto případě bylo zachování autonomie, beneficence, nonmaleficence zvoleno jen ve velmi malém počtu. Respondenti mohli v těchto dvou otázkách zvolit více možností a je tedy

zajímavé porovnání celkové četnosti odpovědí mezi péčí o krátkodobě a dlouhodobě ventilované pacienty. V případě otázky směřované na péči o krátkodobě ventilované pacienty bylo celkem zaškrtnuto 242 odpovědí a v případě péče o dlouhodobě ventilované pacienty 368 odpovědí. Je tedy zcela zřejmé, že se respondenti domnívají, že v případě dlouhodobé umělé plicní ventilace se etické problémy vyskytují častěji. Bližším pohledem na získaná data je patrné, že zachování lidské důstojnosti pacientů vyžadujících umělou plicní ventilaci je respondenty vnímáno jako nejzávažnější etický problém, bez ohledu na délku UPV. Tato skutečnost je vcelku v souladu s našimi předpoklady, avšak je překvapením, že zbývající tři základní etické zásady skončily až na chvostu. Nelze předpokládat, že by se problematika s nimi spojená nevyskytovala v souvislosti s péčí o pacienty na umělé plicní ventilaci, neboť jak uvádí Hinds, zachování autonomie pacienta bývá při stavech vyžadujících umělou plicní ventilaci velmi časté (Hinds, 2008). Nabízí se tedy varianta, že respondenti neznají základní principy moderní etiky ve zdravotnictví. Proti této variantě však mluví odpovědi na otázku, zda byli respondenti seznámeni s etickými kodexy, které jsou shrnuty v tabulce 10. Obeznamení s etickými kodexy totiž uvedly více než tři čtvrtiny (78,1%) respondentů, 18,7% respondentů neví, zda s nimi seznámeno bylo. Poněkud odlišná situace je v případě seznámení respondentů s legislativou v oblasti etických problémů, kde 45,2% respondentů uvedlo, že bylo seznámeno s legislativou v oblasti etických problémů v péči o pacienta na UPV, 32,3% nebylo seznámeno a 22,6% neví, jestli bylo seznámeno s touto legislativou (tabulka 9). Je také zajímavým zjištěním, že seznámení s etickými kodexy není závislé na vzdělání respondentů, jak ukazuje tabulka 23. Předpokládali jsme totiž, že seznámení s etikou a etickými kodexy bude korelovat s úrovní vzdělání. Dále jsme se dotazovali na názory na smysl etického kodexu. Nejčastěji byla uváděna možnost, že etický kodex představuje ochranu pacienta, sestry, lékaře. Tato možnost představovala 38,5% odpovědí. Druhou nejčastěji udávanou odpovědí bylo, že etický kodex stanovuje zásady při poskytování péče pacientům, která byla zvolena v 33,8% (tabulka 12). Při dotazování jaký má pro respondenty etický kodex osobní význam, nejčastěji (54,7%) byla uváděna varianta, že představuje základ etických norem a jako druhá nejčastější (33,2%) byla uváděna varianta, že představuje

pro respondenta samozřejmost (tabulka 11). Ze získaných dat je tedy patrné, že respondenti byli seznámeni v průběhu svého studia či praxe s etickými kodexy a pocíťují při péči o pacienty na UPV etické problémy, avšak získané informace nedokážou uplatnit při poskytování péče a etiku chápou jako obecnou, těžko uchopitelnou teorii, která neříká nic konkrétního. Je jistě pozitivní, že studijní programy a kurikula na prakticky všech úrovních odborného vzdělání obsahují předměty zabývající se etikou, nicméně bývají zaměřeny na problémy lékařské etiky. V tom vidíme problém, neboť jak uvádí Zvoníčková, problematika ošetrovatelské etiky, resp. etiky ošetrovatelské péče se liší od problematiky, kterou se zabývá lékařská etika. Zatímco hlavními tématy, kterými se zabývá obor lékařská etika, jsou etické principy autonomie, činění dobra, nepoškozování a spravedlnost, ošetrovatelská etika, resp. etika ošetrovatelské péče se zaměřuje na tzv. ethics of care – etiku péče. Vnímá etické problémy zejména v rovině chování zdravotníků a pacientů, vztahů a komunikace ve zdravotnickém prostředí, podmínek, ve kterých péče o pacienty probíhá, a odpovědnosti zdravotníků a pacientů (Zvoníčková 2012). Posílení vzdělávání v oblasti ošetrovatelské etiky by tedy jistě bylo velmi přínosné.

V rámci ověřování H 2: *Přístup k ošetrování pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je na akutních a následných lůžkách rozdílný*, jsme respondentům položili otázku, jak vnímají a přistupují k péči o pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci. Pomocí statistického Pearsonova testu dobré shody jsme zjistili, že vnímání a přístup k pacientům na dlouhodobé UPV je signifikantně rozdílný mezi pracovníky poskytující ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní intenzivní péče a lůžkách dlouhodobé intenzivní péče. Hypotéza H2 tak byla potvrzena (tabulka 27).

Další soubor otázek v rámci vnímání etických problémů u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci byl zaměřen na kategorizaci pacientů. Dotazovali jsme se, zda je kategorizace využívána na pracovišti respondenta. Odpověď ano, zvolilo 61,3% respondentů, odpověď ne 8,4% respondentů a 30,3% uvedlo, že neví (tabulka 14). Je nutno konstatovat, že je zarážející vysoké procento respondentů, kteří neví, jestli je na jejich pracovišti kategorizace pacientů využívána. Stejně tak je nutné se pozastavit nad

skutečností, která byla zjištěna při podrobné analýze získaných dat, a sice, že v rámci jednotlivých pracovišť část respondentů zvolila možnost ano a část možnost ne. Nabízí se vysvětlení, že význam pojmu kategorizace pacientů není respondentům zcela jasný. Tomuto vysvětlení nahrává také rozložení odpovědí na otázky ohledně znalosti legislativního ošetření kategorizace pacientů (tabulka 16) a subjektivního vnímání kategorizace pacientů (tabulka 15). Bylo totiž zjištěno, že pouze 4,5% respondentů má znalosti legislativního ošetření kategorizace pacientů a kategorizace pacientů je ve škále pocitů nejčastěji respondenty vnímána neutrálně. Zajímavé také je, že vnímání kategorizace je prakticky totožné na lůžkách akutní i dlouhodobé intenzivní péče (tabulka 21) a není příliš ovlivněno vzděláním respondentů (tabulka 25). Tato skutečnost je plně v souladu s dříve publikovanou diplomovou prací Dusíkové (Dusíková, 2012).

Při dotazování na problematiku rozhodování o ukončení dlouhodobé UPV (tabulka 17) byla nejčastěji (60,8%) zvolena odpověď, že o odpojení pacienta od dlouhodobé UPV rozhoduje lékař. Překvapivě pouze v 15,4% byla zvolena odpověď, že o odpojení rozhoduje pacient, pokud vyslovil předem přání a v 5,3% byla zvolena odpověď, že se pacienta netýká, pokud dříve nevyjádřil svou vůli. Tuto skutečnost nelze vysvětlit jinak, než, že pouze velmi malé procento respondentů bylo seznámeno s institutem dříve vyslovených přání. Vzhledem k tomu, že tento institut je součástí Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a je zakotven v legislativě České Republiky, měl by být známý všem pracovníkům poskytujícím ošetrovatelskou péči, zvláště pak na lůžkách intenzivní péče, kde se s touto problematikou lze často setkat. Jak uvádí ve svém článku Ševčík, za závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště, jím určený lékař, nebo ošetřující lékař. Vždy se však rozhoduje ve spolupráci s celým ošetřujícím týmem, bere v úvahu nejširší možné spektrum informací od všech, kteří jsou v ošetřování a léčbě angažováni (Ševčík, 2012). Bohužel, realita je dost často odlišná a jak uvádí Heřmanová, sestry mají pocit, že pro rozhodování v případech takzvaných „velkých morálních dilemat“, jako jsou otázky eutanazie, vysazení nebo nenasazení život udržující léčby, interrupce, darování orgánů, asistovaná reprodukce apod., nemají žádné pravomoci, „stejně vždycky nakonec

rozhodne lékař, jich se nikdo neptá“ (Heřmanová, 2010). Bylo by jistě tedy žádoucí, zjednat nápravu tohoto stavu, což však zajisté nebude možné, bez zvýšení vzdělanosti sester v této problematice.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 10 sester, z toho 5 pracujících na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče a 5 pracujících na lůžkách akutní intenzivní péče, náhodně vybrané z výše jmenovaných nemocnic.

První část rozhovoru byla zaměřena na komunikaci s pacientem na umělé plicní ventilaci. Jako nejčastější komunikační technika (schéma 2) byla uvedena verbální komunikace (10x), včetně psané formy (7x), abecedních tabulek (7x) a odezírání ze rtů (5x). V případě možnosti udělení informovaného souhlasu pacienta s plánovaným zákrokem či léčebným postupem, byla 10x uvedena možnost vlastnoručního podpisu pacientem. Dále všechny respondentky uvedly, že pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje se podepsat, pacient udělí souhlas nonverbálně kývnutím hlavy a v případě, že pacient není schopen udělit souhlas, zapíše tuto skutečnost lékař do dokumentace a v obou těchto případech se setra podepíše jako svědek (schéma 3). Je tedy patrné, že dodržování legislativy a znalost postupů při udělování informovaného souhlasu je v současné době pravděpodobně zcela běžné.

V druhé části rozhovoru byly respondentky dotazovány na oblast vnímání ošetrovatelské péče u pacientů na umělé plicní ventilaci. Názory na tuto problematiku se nijak zásadně neliší mezi respondentkami pracujícími na lůžkách akutní péče a dlouhodobé péče (schéma 4, 5). Pozitivním zjištěním je, že v případě péče o pacienty na bazální terapii, jim respondentky poskytují stejnou péči, jako všem ostatním pacientům a rozhodně popírají možnost, že by polevovaly ve své práci či úsilí. Nicméně se shodují, že péče o pacienty s nadějí na uzdravení je veselejší a dodává jim potřebnou energii a sílu. Je tedy zřejmé, že respondentky přistupují ke své práci velmi profesionálně. Co se týče vnímání ukončení marné terapie, je respondentkami převážně vnímáno pozitivně, jako konec utrpení a vysvobození pro pacienta (schéma 9).

Při dotazování na znalost obsahu Úmluvy o lidských právech a biomedicíně pouze čtyři respondetky (3 z lůžek akutní péče a 1 z lůžek dlouhodobé péče) věděly, čeho se tento dokument týká a co upravuje (schéma 10). Tato skutečnost není jistě ideální, zvláště když vezmeme v úvahu skutečnost, že 6 respondentek má vysokoškolské nebo specializační vzdělání (schéma 1) a měly by tak s tímto dokumentem jistě být seznámeny v průběhu svého studia. Tento fakt koreluje s námi zjištěnými výsledky získanými v kvantitativním šetření a pouze utvrzuje fakt, že povědomí sester o této problematice není dostatečné. Je tak logické, že obdobné výsledky byly zjištěny i v oblasti předem vyslovených přání, jež Úmluva o lidských právech a biomedicíně upravuje. Pouze čtyři respondetky byly schopny vysvětlit význam tohoto pojmu. I toto zjištění se shoduje se závěry kvantitativní části našeho šetření. Obdobná situace byla zjištěna i v oblasti znalosti kategorizace pacientů, kdy pouze 5 respondentek dokázalo popsat a vyjmenovat formy kategorizace (schéma 11). Vzhledem ke skutečnosti, že všechny respondetky pracují na lůžkách intenzivní péče, předpokládali jsme, že jejich znalost této problematiky bude vyšší. Překvapivé také je, že některé respondetky neví, zda je kategorizace na jejich pracovišti využívána, ale nevylučují to. Na základě skutečností zjištěných kvalitativním i kvantitativním šetřením si dovoluujeme tvrdit, že znalost této problematiky není dostatečná a edukace v těchto zmiňovaných oblastech by si zasloužila větší váhu a pozornost.

6. ZÁVĚR

V diplomové práci s názvem *Etické otázky ošetrovatelské péče u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci* jsme se zabývali problematikou vnímání etických problémů pracovníky poskytujícími ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní péče. Zajímalo nás také povědomí těchto pracovníků o etických principech ve zdravotnictví a jejich legislativním ošetření. Toto téma jsme zvolili pro jeho velkou aktuálnost.

Pro účel této diplomové práce jsme si stanovili tři výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit pohled sester na ošetrovatelskou péči u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci. Druhým cílem bylo vytyčení největších etických problémů sester v ošetrování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci. A třetím cílem bylo zmapovat povědomí sester o oficiálních etických a legislativních postupech a doporučeních u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci.

Pro výzkumnou část této diplomové práce byla zvolena kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí metody dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Osloveni byli respondenti z řad pracovníků poskytující ošetrovatelskou péči na lůžkách akutní a dlouhodobé intenzivní péče. Prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření byly ověřovány dvě předem stanovené hypotézy. První stanovená hypotéza, *Ošetrování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je považováno sestrami za etický problém*, byla potvrzena, jelikož statisticky významná většina respondentů uvedla, že při ošetrování pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci se vyskytují etické problémy.

Hypotéza 2, *Přístup k ošetrování pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci je na akutních a následných lůžkách rozdílný*, byla potvrzena, jelikož struktura odpovědí respondentů pracujících na lůžkách akutní péče a dlouhodobé péče se statisticky významně lišila.

K realizaci kvalitativního šetření byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. Výzkumný soubor tvořilo celkem deset zdravotních sester, pět pracujících na lůžkách akutní intenzivní péče a pět na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče.

Pro kvalitativní část výzkumného šetření byly stanoveny výzkumné otázky: 1. Jaký postoj zaujímají sestry v ošetrovatelské péči k pacientům na dlouhodobé umělé plicní ventilaci? Šetřením bylo zjištěno, že respondentky zaujímají k pacientům na dlouhodobé plicní ventilaci stejný postoj, jako k jakýmkoliv jiným pacientům a to i v případech, kdy je malá nebo žádná naděje na uzdravení pacienta.

2. Jaké etické otázky vnímají sestry v souvislosti s ošetřováním pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci jako nejzávažnější? Šetřením bylo zjištěno, že za nejzávažnější etické problémy respondenti považují zachování lidské důstojnosti a prodlužování marné terapie.

3. Jaké je povědomí sester pečujících o pacienty na dlouhodobé umělé plicní ventilaci v oblasti etiky a legislativy spojené s těmito pacienty? Šetřením bylo zjištěno, že respondentky mají ve znalosti této problematiky nedostatečné znalosti.

Při porovnání výsledků kvalitativního a kvantitativního šetření bylo zjištěno, že mají společné závěry. Obě skupiny shodně vykazují nedostatečné povědomí a znalosti respondentů v oblasti etické problematiky pacientů v intenzivní péči včetně kategorizace a jejího legislativního ošetření. Zjištěné výsledky potvrzují současný stav výše uvedené problematiky. Na základě zjištěných výsledků byl vytvořen návrh edukační brožury pro sestry (Příloha 4), která by měla zjednodušit orientaci v uvedené nelehké problematice.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York Oxford: Oxford university press, 1979. 314 s. ISBN 0-19-502487-7.
2. BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2010. 304 s. ISBN 978-80-247-3434-7.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada, 2002. 488 s. ISBN 80-247-0143-X.
4. DE VITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. J. Rezek. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
5. DOLISTA, J., SAPÍK, M. *Studie z bioetiky III*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 222 s. ISBN 978-80-7349-004-1.
6. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010, ze dne 20. února 2010, k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Dostupné z WWW: <<http://www.lkcr.cz/doporučení-představenstev-clk-227.html>>.
7. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, ze dne 25. června 1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (charta práv umírajících). Dostupné z WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1002386>>.
8. DOSTÁL, P., ČERNÝ, V., PAŘÍZKOVÁ, R., ROGOZOV, V. *Základy umělé plicní ventilace*. Maxdorf : Edition 2 Publisher Maxdorf, 2005. 292 s. ISBN 80-7345-059-3.
9. DUSÍKOVÁ, H. *Kategorizace léčby nemocných z pohledu všeobecných sester*. Brno, 2012. 139 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.
10. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2007. 309 s. ISBN 978-80-246-1216-4.
11. Etický kodex České lékařské komory, ze dne 1. ledna 1996. Dostupné z WWW: <<http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>>.

12. HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči – vybrané kapitoly*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 149 s. ISBN 978-80-7013-459-7.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 9 Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku. Ediční řada - praktické příručky pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas proč a jak?* Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
16. HEŘMANOVÁ, J. Morální tíseň – nové téma etiky v ošetřovatelství. *Sestra*, 2010, roč. 20 č. 2, s. 16. ISSN 1210-0404.
17. HINDS, J., WATSON, J. D. *Intensive Care: A Concise Textbook*. London: Elsevier Health Sciences, 2008. 600 s. ISBN 978-07-020-2596-9.
18. HUSNÍK, P. Plné třídy zdravotnických asistentů?. *Učitel'ské noviny*, 2006, roč. 109 č. 19, s. 9. ISSN 0139-5718.
19. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
20. KASAL, E. a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 197 s. ISBN 80-246-0556-2.
21. KOLÁŘ, J., et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-6004-5.
22. KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. a kol. *Zdravotnícka etika*. Martin: Osveta, 2008. 119 s. ISBN 978-80-8063-276-2.
23. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8.

24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
25. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
26. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
27. LARSEN, R. et al. *Anestezie*. 2. české vyd., Praha: Grada, 2004. 935 s. ISBN 80-247-0476-5.
28. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
29. MAĐAR, R., PODSTÁTOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
30. MÁLEK, J. a kol. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3642-6.
31. MARKOVÁ, M., FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrování pacientů s tracheostomií*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 101s. ISBN 80-7013-445-3.
32. MARTÍNKOVÁ, J. a kol. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
33. MATĚJEK, J. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén, 2012. 190 s. ISBN 978-80-7262-850-6.
34. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
35. MOUREK, J. *Fyziologie: Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd., Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
36. MUNZAROVÁ, M. Etická doporučení k péči o smrtelně nemocné a umírající. *Praktický lékař*. 2000. roč. 80, č. 10, s. 550 -552. ISSN 0032 -6739.
37. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie nebo paliativní péče*. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

38. MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.
39. MUNZAROVÁ, M. Víme, co je to Úmluva o lidských právech a biomedicině? *Praktický lékař*. 2005. roč. 2005, č. 3. ISSN 0032-6739. Dostupné z WWW: <http://www.prolekare.cz/pdf?id=ul_05_03_10.pdf>.
40. NOVÁKOVÁ, I. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada, 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
41. ONDOK, J., P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicina*. Praha: Triton, 2005. 214 s. ISBN 80-7254-486-1.
42. PACHL, J., ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých a dětí*. Praha: Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 80-246-0479-5.
43. PAŘÍZKOVÁ, R. Paliativní léčba v intenzivní medicíně. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2011. Roč. 10, s. 15-17. ISSN 1213-807X.
44. PÁTÁ, P., K. *Mé dítě má autismus*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 120 s. ISBN 978-80-247-2185-9.
45. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
46. POST, F., L., BLUSTEIN, J., DUBLER, N., N. *Handbook for Health Care Ethics Committees*. 1. vyd. USA: John Hopkins University Press, 2007. 327 s. ISBN 0-8018-8448-9.
47. PŘIDALOVÁ, M., RIEGEROVÁ, J. *Funkční anatomie II*. Olomouc: Hanex, 2009. 174 s. ISBN 978-80-7409-025-7.
48. PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
49. Směrnice pro pomoc umírajícím, 1979. Dostupné z WWW: <<http://pelikan.lf2.cuni.cz/archiv8/unor00/unor00.htm>>.
50. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

51. ŠEVČÍK, P. Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny. *Postgraduální medicína*. 2012, roč. 13, č. 5, s. 532. ISSN 1212-4184.
52. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. Intenzivní medicína. 2. roz. vyd. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
53. ŠIMEK, J. Etické problémy urgentní medicíny. *Urgentní medicína*. České Budějovice 2008, roč. 11, č. 4, s. 31-33. ISSN 1212-1924.
54. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada, 2003. 113 s. ISBN 80-247-0440-4.
55. ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. a kol. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008. 256 s. ISBN 978-80-8063-287-8.
56. ŠVECOVÁ, R. *Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester*. České Budějovice, 2012. 110 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
57. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
58. TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2004. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.
59. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001, ze dne 1. října, 2001, Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Dostupné z WWW: <<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/PDF/Czech/164-Czech.pdf>>.
60. Usnesení předsednictva České národní rady, ze dne 16. prosince 1992, o vyhlášení Listiny základních práv a svobod. Dostupné z WWW: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.
61. VENGLÁŘOVÁ, M.; MÁHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

62. Vyhláška 55/2011 Sb., ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dostupné z WWW: < http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf>.
63. Vyhláška 64/2007 Sb., ze dne 1. dubna 2007, o zdravotnické dokumentaci. Dostupné z WWW: < <http://www.infomed.cz/ps/article.php?arid=107>>.
64. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5.
65. ZADÁK, Z., HAVEL, E. a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 2007. 336 s. 978-80-247-2099-9.
66. Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné z WWW: < <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>>.
67. ZVONÍČKOVÁ, M. Etické problémy ošetrovatelské péče. *Sestra*, 2012, roč. 22 č. 07-08, s. 35. ISSN 1210-0404.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Etika

Bioetika

Dlouhodobá umělá plicní ventilace

Ošetřovatelství

Sestra

Umělá plicní ventilace

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Rozhovor

Příloha 3 Rozhovory s respondentkami

Příloha 4 Návrh na edukační brožuru pro sestry pracující na intenzivních lůžkách

Příloha 1 Dotazník

Vážená kolegyně, kolego,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji obor ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech v navazujícím magisterském studiu. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Vámi uvedené údaje budou využity výhradně pro výzkum mé diplomové práce. Odpovídejte prosím pravdivě, Vaše odpovědi zakroužkujte nebo vyplňte do připravených kolonek. Je možné zaškrtnout i více odpovědí v otázce.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku a poskytnuté informace.

Bc. Jana Krivková

1. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
<input type="checkbox"/> Středoškolské – všeobecná sestra <input type="checkbox"/> Středoškolské – zdravotnický asistent <input type="checkbox"/> DiS. <input type="checkbox"/> Bc. <input type="checkbox"/> Mgr. <input type="checkbox"/> Jiné (prosím uveďte)
2. Na jakém oddělení pracujete?
<input type="checkbox"/> Akutní lůžka intenzivní péče (ARO, JIP) <input type="checkbox"/> Lůžka dlouhodobé intenzivní péče (OCHRIP, DIP,...)
3. Kolik let praxe máte odpracováno?
<input type="checkbox"/> 0 – 1 rok <input type="checkbox"/> 2 – 5 let <input type="checkbox"/> 6 – 10 let <input type="checkbox"/> 11 – 15 let <input type="checkbox"/> 15 – 20 let <input type="checkbox"/> 20 – a více let

4. Co Vás vedlo k práci na vašem stávajícím pracovišti?	
<input type="checkbox"/> Chtěl/a jsem zde pracovat, zajímalo mě to <input type="checkbox"/> Neměl/a jsem jinou volbu, možnost <input type="checkbox"/> Nebylo jiné pracovní místo <input type="checkbox"/> Je to pro mě přechodné místo, chci odejít, jak jen to bude možné	
5. Péče o pacienty na dlouhodobé UPV hodnotím jako:	
<input type="checkbox"/> Nebaví mne <input type="checkbox"/> Je marná <input type="checkbox"/> Neobtěžuje mne <input type="checkbox"/> Je jednotvárná <input type="checkbox"/> Baví mne <input type="checkbox"/> Má smysl v každém případě	
6. Myslíte si, že v péči o pacienta na UPV se vyskytují etické problémy?	
<input type="checkbox"/> Nikdy <input type="checkbox"/> Ano - Občas <input type="checkbox"/> Ano - Často <input type="checkbox"/> Ano - Velmi často <input type="checkbox"/> Ano - Vždy	
7. Jaké etické problémy vidíte jako stěžejní v péči o pacienta na dlouhodobé UPV?	
<input type="checkbox"/> Zachování autonomie <input type="checkbox"/> Zachování beneficence <input type="checkbox"/> Zachování nonmaleficence <input type="checkbox"/> Zachování lidské důstojnosti <input type="checkbox"/> Obtížná informovanost pacienta na UPV v bezvědomí <input type="checkbox"/> Odpojení pacienta od UPV <input type="checkbox"/> Kategorizace pacienta na UPV <input type="checkbox"/> Prodlužování marné terapie <input type="checkbox"/> Nevidím žádné etické problémy <input type="checkbox"/> Jiné (prosím vypište).....	
8. Jaké etické problémy vidíte jako stěžejní v péči o pacienta při krátkodobé UPV?	
<input type="checkbox"/> Zachování autonomie <input type="checkbox"/> Zachování beneficence <input type="checkbox"/> Zachování nonmaleficence <input type="checkbox"/> Zachování lidské důstojnosti	

- Obtížná informovanost pacienta na UPV v bezvědomí
- Odpojení pacienta od UPV
- Kategorizace pacienta na UPV
- Prodlužování marné terapie
- Nevidím žádné etické problémy
- Jiné (prosím vypište).....

9. Byl/a jste obeznámen/a s legislativou v oblasti etických problémů v péči o pacienta na dlouhodobé UPV?

- Ano
- Ne
- Nevím

10. Byl/a jste obeznámen/a ve škole nebo v práci s některými etickými kodexy vztahenými na ošetřování pacienta na UPV?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Pokud jste odpověděl/a ano, jaké etické kodexy to byly?

12. Co pro Vás znamená etický kodex?

- Tradice
- Tvoří základ etických norem
- Samozřejmost
- Jeho obsah je přežitek
- Příliš mne neoslovuje
- Jiné (prosím vypište)

13. Jaký význam má pro Vás etický kodex? (Práva pacientů, Etický kodex sestry,..)

- Ochrana pacienta, sestry, lékaře
- Dodržení autonomie
- O významu nepřemýšlím
- Je dobré mít pravidla, hranice
- Stanovuje etické zásady při poskytování péče pacientům
- Jiné (prosím vypište)

14. Byl/a jste obeznámen/a ve škole nebo v práci s kategorizací pacienta na UPV?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Je na Vašem pracovišti používána kategorizace pacientů na UPV?

- Ano
- Ne
- Nevím

16. Kategorizaci pacientů na dlouhodobé UPV vnímám:

- Negativně
- Většinou negativně
- Neutrálně
- Většinou pozitivně
- Pozitivně

17. Víte, kde je legislativně ošetřena oblast kategorizace pacienta na dlouhodobé UPV, kde byste ji hledali?

- Ano – napište prosím kde:
- Ne

18. Rozhodování o stavu pacienta v bezvědomí, jeho odpojení od dlouhodobé UPV a ukončení léčby je:

- Zcela na lékaři
- Zcela na pacientovi, pokud vyslovil předem vyslovené přání
- Pacienta se netýká, pokud předem nevyjádřil svoji vůli
- Zcela na rodině
- Na zástupné osobě, kterou označil pacient předem
- Jiné (prosím vypište)

19. Kdo si myslíte, že je z etického hlediska oprávněn rozhodovat o další léčbě a péči o pacienta na dlouhodobé UPV?

- Lékař
- Sestra, jako součást ošetrovatelského týmu
- Pacient
- Rodina
- Jiné (prosím vypište)

20. Jaké pocity vnímáte při ošetřování pacienta v bezvědomí na dlouhodobé UPV?

Příloha 2 Rozhovor

Dobrý den,

jmenuji se Jana Křivková a jsem studentkou magisterského studia Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Téma mé diplomové práce, kterou zpracovávám, je „Etické otázky ošetrovatelské péče u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci“. Jedním z úkolů je zjistit jaký je pohled sester na ošetrovatelskou péči u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci a zda sestry vnímají eticko-legislativní postupy a doporučení u pacientů na dlouhodobé umělé plicní ventilaci.

Budu Vám pokládat několik otázek, které se týkají Vaší ošetrovatelské péče o pacienty na umělé plicní ventilaci a Vašich názorů o pojednávající legislativě v tomto odvětví. Při rozhovoru bude naprosto zajištěna Vaše anonymita, tedy nikde nebude uvedeno Vaše jméno a jiné kontaktní údaje. Rozhovor bych s Vaším svolením nahrávala, abych jej později mohla zpracovat pro psaní mé diplomové práce. Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

Prosím Vás o krátké představení:

Uveďte Váš rok narození, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, kolik let praxe máte odpracováno, na jakém typu oddělení intenzivních lůžek pracujete (ARO, JIP, DIP)?

1. Jak informujete pacienty na umělé plicní ventilaci ohledně chystaného diagnostického vyšetření nebo léčebného zákroku?

- Jak komunikujete s pacientem na umělé plicní ventilaci v bezvědomí?
- Jak komunikujete s pacientem na umělé plicní ventilaci při vědomí?
 - Dodržujete různé formy podepsání informovaného souhlasu, případně jaké?
 - Doplňující otázka: Jakým způsobem informovaný souhlas pacient na UPV podává?

2. *Jaký je Váš rozsah informací o Úmluvě o lidských právech a biomedicíně?*

- Dokázal/a byste zařadit, do jakého oboru patří zachování lidské důstojnosti a autonomie?

3. *Jaký je Váš názor na odpojení pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci u marné léčby?*

- Jak byste hodnotil/a svůj přístup k ošetrovatelské péči o pacienta na umělé plicní ventilaci, který byl kategorizován na bazální léčbu?
 - Jaký vnímáte pocit, že „Vaší rukou“ pacient dostává poslední lék, jsou ukončené postupy orgánové podpory – ukončení ventilační podpory, hemodialýzy, farmakologické podpory oběhu?
 - Je možné vnímat ukončení marné léčby jako projev pasivní euthanazie nebo vysvobození, konec utrpení pro pacienta?
- Jak byste hodnotil/a svůj přístup k ošetrovatelské péči o pacienta na UPV, který je plně léčen a má naději na přežití?
- Jak byste hodnotil/a zájem o ošetrovatelskou péči ze strany pacienta na umělé plicní ventilaci, který je při vědomí?

4. *Jak byste definoval/a používanou kategorizaci pacienta?*

- Víte, kde je legislativně ošetřena?
- Slyšel/a jste o pojmech Advance directives (soubor forem předem vyslovených přání)?
- Dokázal/a byste zahrnout, jaké formy kategorizace do tohoto souboru spadají?

5. *Měl/a jste možnost spolurozhodovat o léčebném procesu u pacienta na dlouhodobé umělé plicní ventilaci, u kterého se jednalo o kategorizaci?*

- V čem spočívala Vaše spoluúčast (činnost)

Příloha 3 Rozhovory s respondentkami

Rozhovor 1

Respondentka 1, sestra s magisterským vzděláním, desetiletou praxí, pracující na anesteziologicko resuscitačním oddělení, je v každodenním kontaktu s ventilovanými pacienty. Uvádí, že se neustále snaží uvědomovat si, že i s pacientem na UPV musí komunikovat jako s každým jiným pacientem. Přiznává však, že některé úkony, jako je i příprava na diagnostické vyšetření či léčebný zákrok, bere jako rutinní činnost a v tu chvíli s pacientem příliš nekomunikuje. Sama říká, že i s pacientem v bezvědomí a na UPV se také snaží komunikovat. Udává, že ví o spoustě sester, které s takovým pacientem nemluví, že to považují za zbytečné. Přiznává však, že komunikovat s někým, kdo nedává zpětnou vazbu, je velmi těžké a stále se to učí. S pacientem na UPV při vědomí je pro ni komunikace o něco jednodušší. Může tak využívat očního kontaktu, přikývnutí, že pacient rozuměl a v některých případech, pokud je to možné, může pacient i psát. Když má čas, snaží se mu vše vysvětlit pečlivě, ale provoz bývá někdy náročný. V tomto případě se jí stává, že odřídá základní informace a je ráda. Informovaný souhlas, pokud je to možné, podepíše pacient sám. Pokud to možné není, napíše se do větek, že pacientův stav to neumožňuje a podepíší to dvě sestry. Jako příklad ze své praxe uvádí, že třeba pacient dá souhlas přikývnutím.

Udává, že o Úmluvě o lidských právech a biomedicíně něco slyšela ve škole, ale zachování lidské důstojnosti a autonomie by vůbec nedokázala zařadit.

Na odpojení pacienta od dlouhodobé UPV v případě marné léčby měla dříve jednoznačný názor. Nechácala, proč by se utrpení člověka a potažmo rodiny mělo prodlužovat. Čím je starší a má děti je pro ni tato otázka složitější. Sama vypráví, že se několikrát snažila vžít do situace, kdy na straně pacienta je někdo z jejích blízkých a v tento okamžik by prý nebyla schopná se rozhodnout. Je přesvědčená o nutnosti individuálního přístupu ke každému případu a to s velkou opatrností. Situace může ublížit všem, jak pacientovi, rodině, tak i zdravotnickému personálu. U pacienta kategorizovaného na bazální léčbu z jejího pohledu záleží na věku pacienta. U pacienta

starého je schopná se s jeho stavem smířit a považovat to za obvyklý běh života. K takovému pacientovi se chová s respektem a snaží se, alespoň co to jde, mu jeho zbytek života zpříjemnit. U pacienta mladého, je pro ni složitější se s takovou situací smířit. Má pocit, že by pro něj měla dělat co možná nejvíce, i když si je vědomá, že je to marné. Ošetrovatelskou péči provádí však u obou případů stejně do poslední chvíle jejich života, tak jako by pacient měl dál žít. Pocity vnímané při poslední podávané léčbě z jejich rukou má smíšené, pokud je pacient mladý, je to pro ni těžké. Záleží tedy u ní opět na věku pacienta. Při dotazu na pasivní euthanasii hovoří o rozvoji medicíny, kdy je možné uchovat při životě pacienty, kteří dříve byli bez šance. Není si úplně jistá, jestli je správné tak činit. Přemýšlí nahlas, že takový člověk by za normálních podmínek nežil. Neví přímo, zda se jedná o pasivní euthanasii a nedokáže říct, jestli je to vysvobození či konec utrpení, protože to, co se odehrává uvnitř takového člověka, nikdo z nás neumí přečíst. Péče o pacienta na UPV s nadějí na přežití je pro ni optimističtější a dává její práci smysl. Dodává, že péče o umírající bere také jako smysluplnou, ale péči a práci, kde vidí jasný výsledek své snahy, ji nabíjí energií. Zájem pacientů o ošetrovatelskou péči vidí hodně individuálně a udává souvislost s povahou každého pacienta. Někdo je rád za pocit bez osamění a strachu, kdy není sám a sestra mu péči a pozornost věnuje, a někdo naopak nemá rád pocit, že je na někom závislý.

Kategorizaci popisuje jako účelné řešení pro pacienta, který má šanci na uzdravení nebo částečné uzdravení a omezení pro pacienta, kde jsou jeho šance již minimální nebo žádné. Nemá žádné tušení, kde by byla legislativně ošetřena. O souboru forem předem vyslovených přání udává, že něco zaslechla a zahrnula do její formy jen DNR.

Spolurozhodování o léčebném procesu u pacienta na UPV, který byl kategorizován, měla možnost jen v mezích informovanosti lékaře o stavu pacienta, tedy spoluúčast neudává.

Rozhovor 2

Respondentka 2, sestra s magisterským vzděláním, čtrnáctiletou praxí, pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení informuje pacienta na UPV ústně. Snaží se mu oznámit, co jej čeká, poté co již mu to předem oznámil lékař. V některých případech, když vidí pacientovo obavy, mu znovu po lékaři vysvětlí, co má očekávat, uklidňuje ho a zároveň povzbuzuje. Ke komunikaci s pacientem v bezvědomí přihlíží jako ke komunikaci s pacientem při vědomí, oznamuje mu, co vše u něj za výkony provádí. Udává však situace, kdy čas nedovolí se plně pacientovi věnovat, snaží se svoji práci udělat co nejrychleji a nestíhá tolik s pacientem komunikovat. Uznává, že to rozhodně není dobře a je si toho vědoma. S pacientem na UPV, který je při vědomí, komunikuje naprosto normálně, jen zpětnou vazbu, kdy pacient neodpovídá, bere jako nepovzbuzující. Je to pro ni časově náročné. V průběhu času se naučila odezírat ze rtů, někdy jí pomáhají abecední tabulky nebo obrázky, když vidí u pacienta svalovou sílu, tak se snaží využívat psaný projev. Informovaný souhlas pacientovi dává podepisovat, pokud mu zdravotní stav dovolí. Pokud pacient nemá sílu se podepsat nebo je v bezvědomí, spolu s lékařem zaznamenají pacientův zdravotní stav do dokumentace a ona se jako svědek podepíše.

Při dotazu na Úmluvu o lidských právech a biomedicíně se zarazila. Vzpomíná, že se o této úmluvě mluvilo ve škole, ale přesně si nevybavuje obsah. Ví, že obsahuje něco o právech člověka jako pacienta. Zachování lidské důstojnosti a autonomie vzhledem k tématu diplomové práce zařadila nejistě do etiky.

K odpojení pacienta na UPV u marné léčby se staví pozitivně. Uvádí tak zkrácenou dobu utrpení jak pro pacienta, tak i pro rodinu. Dříve, když začínala s praxí, takový názor nezastávala, měla pocit, že se každý pacient musí zachránit a uzdravit. Nyní v současné době se k tomuto názoru staví střízlivěji. U pacienta kategorizovaného na bazální léčbu udává, že člověk má tendenci v ošetřovatelské péči ubrat, což si uvědomuje, že je špatně. Tedy že se snaží do poslední chvíle se o pacienta starat jako by se měl uzdravit. Zmiňuje se o důstojnosti člověka, která by se měla zachovat. Pocit, kdy pacient dostává poslední lék její rukou, v dřívější době moc dobře nevnímala a byla

z toho dost špatná. Snažila se ale rozumně si vysvětlit, že pacientovi bude tak lépe. Musela se naučit s tímto pocitem žít a hlavně moc nad tím nepřemýšlet. Prostě se chovat rutinně, jako profesionál. K ukončení marné léčby jako projevu pasivní euthanasie říká, že by se to tak dalo vysvětlit. Svůj přístup k ošetrovatelské péči o pacienta na UPV s nadějí na život hodnotí jako pozitivnější, veselejší. Má radost ze svého úsilí, které nepřichází vniveč. Taková práce jí dává smysl a pomáhá jí od pocitu vyhoření. Zájem pacienta na UPV o ošetrovatelskou péči rozděluje na dva typy. Někdo ji odmítá, někdo naopak vyžaduje. Zmiňuje se, že většinou postupem času, tím jak je pacient závislý na ventilátoru, stává se i závislejší na ošetrovatelské péči. Stává se z něj spíše, jak říká, psychický a citový vyděrač, který získává pocit, že je jediný o koho se sestra stará a měla by mu věnovat neustále veškerou péči a čas.

Kategorizaci pacienta definuje jako dobrou věc jak pro sestru, lékaře i ošetrovatelský personál. Všichni jsou takto jasně a okamžitě informováni jak na tom pacient je, jak se mají zachovat v případě srdeční zástavy. Nedokáže ale říct, kde je legislativně ošetřena. Udává, že by se musela podívat na internet. O pojmu Advanced directives nikdy neslyšela. O termínu „soubor forem předem vyslovených přání“ se zmiňuje, že nevěděla, jak se tomu takto cizím slovem říká, ale že o tom samozřejmě slyšela. Formy kategorizace spadající do tohoto souboru vyjmenovává DNR, bazální léčbu nebo nezahajování léčby.

K spolurozhodování o léčebném procesu u kategorizovaného pacienta udává, že toto je plně v kompetenci lékaře. Tím pádem i následná spoluúčast na rozhodnutí spočívá maximálně v praktickém provedení, jako je vypnutí dávkovaných léků a odpojení od plicního ventilátoru.

Rozhovor 3

Respondentka 3, sestra se středoškolským vzděláním, s atestací v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, s patnáctiletou praxí pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Pacienta na UPV informuje před vyšetřením nebo zákrokem, tak jako ostatní pacienti. Sděluje, že lékař řekne pacientovi důvod vyšetření či zákroku, jeho předpokládaný vývoj, přibližnou dobu trvání a samozřejmě možné komplikace. Chce-li se pacient na něco zeptat, umožní mu to. Například otázku pacient napíše na papír, eventuálně ukazuje jednotlivá slova na abecední tabulce. Ona, jako sestra nečeká, ale sama se snaží aktivním přístupem pacientovi zákrok či vyšetření přiblížit. Je-li pacient na UPV v bezvědomí v podstatě nevidí žádný rozdíl. Vše co se chystá udělat, co zrovna dělá do doby než je zákrok hotový, tak vše pacientovi říká nahlas. Prostě jako by při vědomí byl. Dodržuje podepsání informovaného souhlasu v případě, dovolí-li to zdravotní stav pacienta. Jmenuje různé informované souhlasy jako je souhlas s podáním transfuzních přípravků, s hospitalizací, vyšetřeními a další. Pacient jej podepíše a pokud není schopen podpisu, lékař zaznamená do dokumentace jeho nemožnost podpisu a sestra se jako svědek podepíše. U pacienta je dle jejího názoru možné využít i nonverbálního projevu informovaného souhlasu jako je třeba kývnutí hlavou nebo stisk ruky.

Rozsah informací týkajících se Úmluvy o lidských právech a biomedicíně hodnotí jako malý. Myslí si, že je to smlouva týkající se práv pacientů, jejich léčeni apod. Podrobněji však nedokáže více říct. Nedokáže zařadit, do jakého oboru patří zachování lidské důstojnosti a autonomie. Tipuje obor psychologie či eticky.

Jako složitou otázku vnímá odpojení pacienta od UPV v případě marné léčby. Dle jejího názoru se na ní nedá odpovědět paušálně. Je to naprosto a vždy individuální záležitost. Zjednodušeně říká, ano jsou situace, kdy po naprostém vyčerpání všech možností by zřejmě souhlasila s odpojením pacienta od UPV. Její přístup k ošetrovatelské péči o pacienta kategorizovaného na bazální léčbu je stejný jako u pacienta s plnou léčbou a nadějí na přežití. Nedělá žádné rozdíly a všem se snaží věnovat maximální péči. K pocitu, kdy podává pacientovi poslední lék a následně ví, že

již žádný nedostane, se nedokáže s naprostou rozhodností vyjádřit. Uvádí, že záleží v jakém rozpoložení zrovna člověk bývá, jestli má nějaké svoje osobní starosti, jak moc mu dotyčný pacient přirostl k srdci a jaké má vztahy s pacientovou rodinou. Mluví o mnoha okolnostech, které daný stav ovlivní. Myslí si, že je možné vnímat ukončení marné léčby jako projev pasivní euthanasie. Mluví o situacích, kdy to může být vnímáno jako vysvobození a ukončení utrpení pacienta. Svůj přístup k ošetrovatelské péči o pacienta, který je plně léčen a má naději na přežití, hodnotí kladně. V případech, kdy léčba trvá dlouho a nedostavuje se žádné zlepšení zdravotního stavu pacienta, mívá pocit, že jí dochází energie a motivace. V případě, kdy se pacientův stav stabilizuje a jsou u něj vidět změny k lepšímu její energie a motivace stoupá. Vidina výsledku, že pacient odejde domů, je pro ni velice motivující. Zájem pacienta na UPV o ošetrovatelskou péči je podle ní velice individuální. Myslí si, že první dny obecně je spolupráce ze strany pacienta malá. Je přesvědčena o významu přístupu sestry a tak se maximálně trpělivě snaží vysvětlovat pacientovi vše v souvislosti s ošetrovatelskou péčí. Povzbuzuje jej, přidá úsměv a pochvalu a pacient většinou brzy začne projevovat zájem o dění kolem něj a začíná se aktivně zapojovat. Avšak v situaci, kdy je pacient na lůžko, UPV a ostatní přístroje připoután dlouho, se stává apatickým, rezignovaným a jeho zájem opět upadá. Zastává ovšem názor, že pomocí aktivního přístupu ze strany sestry, je možné pacienta “zlomit” a dodat mu potřebné síly. Dle jejího názoru není neobvyklé, že se tato období několikrát během dlouhé hospitalizace u pacienta vystřídají.

K problematice využívání kategorizace pacienta se nedokáže vyjádřit. Nezná přesně význam použitého termínu a tím pádem neví, kde je legislativně ošetřena. K Advance directives se domnívá, že by takovým předem vysloveným přáním mohlo být nenapojovat pacienta na přístroje, ale není si tímto výrokiem vůbec jistá. Nedokáže tedy ani jmenovat jaké formy do tohoto souboru spadají.

Závěrem se k spolurozhodování o léčebném procesu u kategorizovaného pacienta na UPV vyjadřuje jako o nemožnosti se jej zúčastnit.

Rozhovor 4

Respondentka 4, sestra s magisterským vzděláním, devítiměsíční praxí na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, se snaží svěřené pacienty na UPV podrobně a srozumitelně a pokud možno úplně informovat o zákroku nebo vyšetření, které je čeká. Informuje takto pacienta každého stupně vědomí na UPV. S bezvědomým pacientem na UPV komunikuje úplně stejně jako s pacientem při vědomí. Nevidí z praktického hlediska rozdíl, který by ji bránil rozlišovat komunikaci mezi pacientem bezvědomým a pacientem při vědomí. Pacientovi při vědomí na UPV se však navíc snaží trpělivě a srozumitelně vše vysvětlit, aby měl jasnou představu o tom, co se s ním děje nebo bude dít. V případě, že má pacient zájem, odpovídá mu na jeho otázky. Využívá abecední tabulky, písemného projevu pacienta nebo obrázků k jednodušší a rychlejší orientaci a pochopení, co má pacient na mysli. Na otázku, zda dodržuje různé formy informovaného souhlasu, odpovídá, že určitě a vyjmenovává, že se jedná o souhlasy s hospitalizací, s anestezií a další. Zde byla respondentce položena doplňující otázka o formě způsobu podání informovaného souhlasu pacientem. Na tu respondentka odpověděla, že pokud je pacient při vědomí a má dostatek svalové síly, podepisuje jej sám. Pokud nemá sílu jej podepsat, zapíše spolu s lékařem do dokumentace souhlas vyjádřený kývnutím hlavy, mrknutím nebo stiskem ruky a oba dva se podepíší. Pokud se jedná o pacienta v bezvědomí, lékař do dokumentace zaznamená pacientův stav a opět se podepíše spolu se sestrou, která figuruje jako svědek.

O Úmluvě o lidských právech a biomedicíně říká, že se jedná o dokument, který vznikl po 2. světové válce. Má zaručit, že pacient bude informován o každém léčebném zákroku, který bude podstupovat a bude s ním souhlasit. Účelem je předejít neoprávněným a nelegálním zásahům do lidského zdraví a provádění neoprávněných experimentů na člověku, pacientovi. Lidskou důstojnost a autonomii bez váhání řadí do oboru etika.

U pacienta na dlouhodobé UPV v případě marné léčby souhlasí s odpojením, samozřejmě po konzultaci s nejbližšími z rodiny. Pacientovi kategorizovanému na

bazální léčbu se snaží do poslední chvíle poskytovat veškerou péči vztahující se k pojmu bazální stimulace. Na mysli má hygienu, komunikaci, polohování, podávání léků k tišení bolesti dle ordinace lékaře a další. Uvádí, že má zvláštní pocit při ukončení orgánové podpory „její rukou“. Vnímá trochu lítosti, smutku, uvědomění si konce života, ale ví, že by měl převládnout její profesionální přístup. Zamýšlí se nad udržením vlastního psychického zdraví, kdy určitě není, dle jejích slov, příliš dobré intenzivně vnímat každého pacienta v terminálním stadiu nemoci. K ukončení marné léčby jako projevu pasivní euthanasie se vyjadřuje nejistě. Není si jistá, zda se jedná o euthanasií, ale s určitostí ji vnímá jako prevenci dysthanasie. Popisuje situace, kdy v mnoha případech se každopádně jedná o ukončení utrpení člověka.

Na otázku kategorizace pacienta s tázavým pohledem ve tváři odpovídá, že bohužel neví o žádné konkrétní kategorizaci pacienta, kterou by na jejich pracovišti používali a tím pádem nezná její legislativu. K Advance directives se vyjadřuje jako o přání pacienta nebýt resuscitován a nebýt zařazen mezi dárce orgánů. Nedokázala však zařadit, jaké formy kategorizace do tohoto souboru spadají.

K možnosti spolurozhodování o léčebném procesu kategorizovaného pacienta na dlouhodobé UPV říká, že má možnost se zúčastnit formou informování lékaře, jak vnímá pacientův stav, zda se lepší nebo naopak horší. Spoluúčast na tomto ději však spočívá v provedení korekce kontinuálně podávaných léků při změně fyziologických funkcí, indikované lékařem.

Rozhovor 5

Respondentka 5, sestra s magisterským vzděláním, s šestnáctiletou praxí, s atestací v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, pracující na metabolické jednotce intenzivní péče odpovídá na informovanost pacienta jednoduše. Pacienta verbálně informuje lékař, který mu sdělí důvod vyšetření a jeho podrobný popis. S pacientem na UPV v bezvědomí komunikuje dle zásad bazální stimulace. Je to pro ni již zaběhlá rutina, kterou provádí dnes a denně. S ventilovaným pacientem při vědomí komunikuje v podstatě jako s pacientem spontánně ventilujícím, tedy s dopomocí pomůcek, jako jsou např. abeceda, psací potřeby a zpětná nonverbální komunikace ze strany pacienta. Snaží se odezírat ze rtů, sleduje jeho grimasy, gesta. Na dotaz ohledně informovaných souhlasů odpovídá jmenovitým výčtem všech možných souhlasů dle platné legislativy, jako je např. souhlas s hospitalizací, informace o zdravotním stavu pacienta, informovaný souhlas s nejrůznějšími výkony. Na doplňující otázku, jak prakticky informovaný souhlas provádí s ohledem na pacientův zdravotní stav, odpovídá, že pokud je pacient schopný, podepíše jej. Pokud není, lékař zaznamená do dokumentace důvod neschopnosti se podepsat a spolu se sestrou svými podpisy stvrdí důvěryhodnost pacientovo vyjádření. Pacient má možnost se vyjádřit např. stiskem ruky nebo kývnutím hlavy.

Informace o Úmluvě o lidských právech a biomedicíně má nulové, ale lidskou důstojnost a autonomii bez rozmyšlení zařazuje do oboru etika.

K odpojení pacienta od dlouhodobé UPV v případě marné léčby se vyjadřuje s lehkou rozvahou. Uvádí, že každý člověk má nárok na důstojný odchod ze života a není naším právem jej za každou cenu udržovat. K ošetrovatelské péči o kategorizovaného pacienta se zmiňuje o neměnném ošetrovatelském přístupu. Tedy mění se pouze kategorie léčby a ošetrovatelské péče se to žádným zásadním způsobem nedotýká. K ukončení postupů orgánové podpory nemluví o žádných pocitech. Dle jejího názoru jde o racionální zohlednění všech skutečností a neprodlužování léčby, která je považována za marnou a nevede k dobré kvalitě života. Pasivní euthanasie jako konec utrpení pro pacienta je pro ni jen záležitost úhlu pohledu a interpretace. Rozsah

ani kvalita ošetrovatelské péče, kterou poskytuje pacientům na UPV, není závislá ani na kategorizaci, ani na prognóze pacienta. Z pohledu vnímání poskytované ošetrovatelské péče nevidí rozdíl, jestli je pacient kategorizován na bazální léčbu anebo je plně léčen. Připouští však, že pokud se pacient vrátí v dobré kvalitě do života, naplňuje ji to velmi dobrým pocitem. Zájem o ošetrovatelskou péči ze strany pacienta při vědomí na UPV je podle ní velmi individuální.

Kategorizaci pacienta definuje jako stanovení diagnostických a terapeutických postupů při léčbě konkrétního pacienta a legislativně ji řadí do Listiny základních práv a svobod. O pojmu Advance directives samozřejmě slyšela a následně s přehledem jmenuje formy kategorizace. Udává I. kategorii vedenou jako plnou léčbu pacienta v celém rozsahu. Dále WH, čili nerozšiřování stávající terapie o orgánovou podporu a WD v podstatě bazální terapie. Zná ještě kategorizaci DNI a DNR pokud je to třeba uvádět v dokumentaci, ale nakonec vysvětluje, že stejně záleží na sloužících lékaři.

Dle jejích slov, má vždy možnost se vyjádřit k léčebnému procesu u kategorizovaného pacienta na dlouhodobé UPV. Sestra je dle ní, součástí týmu a má právo se vyjádřit o dlouhodobém stavu pacienta, jeho progresi, stavu či zlepšeních v rámci ošetřování. Lékaři k tomuto faktu mohou následně přihlédnout.

Rozhovor 6

Respondentka 6, sestra se středoškolským vzděláním, s šestnáctiletou praxí, pracující na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče komunikuje s pacientem na UPV verbálně. Snaží se mu vysvětlit, co jej čeká a případně zodpovědět další jeho otázky. Pokud je pacient na UPV v bezvědomí mluví na něj, využívá bazální stimulaci s předepsanými doteky na rameni, které využívá především při příchodu k pacientovi. Pacientovi na UPV, který je při vědomí, opět vše slovně sdělí a ku pomoci jí jsou tabulky s abecedou, piktogramy nebo psaná forma od pacienta vyjadřující zpětnou vazbu pacienta. Informovaný souhlas je pro ni povinnost, na kterou nezapomíná a náležitě ji administrativně dozoruje. Na pracovišti využívá informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, informovaný souhlas s CT vyšetřením, magnetickou rezonancí, se zavedením centrálního žilního katétru a další. Na doplňující otázku, jakým způsobem postupuje při podání informovaného souhlasu pacientovi, odpovídá, že lékař pacientovi na UPV při vědomí nejdříve vše náležitě vysvětlí a pokud to lze, pacient souhlas podepíše. Pokud není pacient schopný se vyjádřit psanou formou a přesto souhlas udělí, např. mrknutím oka, stiskem ruky nebo jednoduše kývnutím hlavy, zaznamená tuto skutečnost lékař do dokumentace a stvrdí ji svým podpisem. Sestra se podepíše do informovaného souhlasu jako svědek.

K Úmluvě o lidských právech a biomedicíně se rezolutně vyjadřuje, že žádné informace bohužel nemá a nezná ji ani z doslechu. Lidskou důstojnost a autonomii řadí po krátkém váhání do oboru etika ve zdravotnictví.

Souhlas vyjadřuje k názoru na odpojení pacienta na dlouhodobé UPV pokud se jedná o marnou léčbu. Sděluje: „Proč prodlužovat utrpení, vždyť je to pro pacienta nedůstojné umírat v bolestech jako troska.“ V návaznosti na toto téma mluví o svém přístupu k ošetrovatelské péči u kategorizovaného pacienta na UPV v režimu bazální terapie jako o stejném, který zaujímá ke každému jinému pacientovi. Nedělá rozdíly a snaží se do poslední chvíle pacientovi poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči. Při podání posledního léku pacientovi „její rukou“ nepřemýšlí, že tak činí. Jejím názorem je, že pokud selhala veškerá léčba, tak nevidí důvod proč ji zbytečně prodlužovat.

Zastává také názor, že náklady spojené s touto léčbou se mohou využít jinde, kde by to mělo smysl. Ukončení marné léčby a tím následný konec utrpení pro pacienta s určitostí hodnotí jako projev pasivní euthanasie a více se nevyjadřuje. S pacientem na UPV plně léčeným a tedy s nadějí na přežití přistupuje se svoji ošetrovatelskou péčí jako u ostatních pacientů. Přiznává však, že péče o pacienty, u kterých je reálná naděje návratu do běžného života, ji více baví a uspokojuje. Zájem pacientů na UPV o ošetrovatelskou péči považuje za individuální záležitost. Některý pacient, dle jejího názoru, pokud ví, že se jeho stav zlepší, je trpělivý a snaží se ošetrovatelskou péčí přijímat pozitivně. Pokud si ale pacient uvědomuje si svoji konečnost a chce zemřít, o její ošetrovatelskou péči naprosto nestojí a svým způsobem ji i odmítá.

Kategorizaci pacienta definuje jako fakta, kterými se řídí ošetřující personál, a to ať lékařský nebo nelékařský. Náležitou legislativu ovšem nezná. Pojem soubor forem předem vyslovených přání již slyšela a dokonce jeden pacient ležící na jejich pracovišti, měl takto předem vyslovená přání sepsaná. Plnou léčbu, polozadrženou léčbu a paliativní léčbu zahrnuje jako formy kategorizace.

Ke spolurozhodování o léčebném procesu u kategorizovaného pacienta na dlouhodobé UPV již měla možnost se vyjádřit. Vypráví o vedoucí lékařce pracující s ní v týmu, která ví a uznává, že jako sestra má o pacientovi daleko více informací a k úzké spolupráci ji vybízí. Zajímá ji názor sestry.

Rozhovor 7

Respondentka 7, sestra se středoškolským vzděláním, studující VOŠ, s dvouletou praxí, pracující na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče vysvětluje pacientovi na UPV vše co jeho zdravotní stav přináší. Komunikaci s pacientem na UPV v bezvědomí nerozlišuje od komunikace s pacientem na UPV při vědomí. S oběma komunikuje stejným způsobem, u pacienta při vědomí navíc pomocí piktogramů, obrázků a dle situace a zdravotního stavu pacienta i pomocí odezírání ze rtů a gestikulace pacienta. Na dotaz ohledně informovaného souhlasu odpovídá výčtem různých informovaných souhlasů jako je souhlas s hospitalizací, nebo vyšetřením. Na položenou doplňující otázku, jakým způsobem informovaný souhlas pacient uděluje, odpovídá, že záleží, zda pacient je schopen informovaný souhlas podepsat. Pokud ne, nemá svalovou sílu udržet tužku, souhlas podává grimasou nebo gestem. Lékař provede záznam do dokumentace a ona jej jako svědek podepíše. Pokud je pacient na UPV v bezvědomí, lékař zapíše aktuální zdravotní stav pacienta a důvod nemožnosti se k souhlasu vyjádřit a podepisují jej lékař a sestra jako svědek.

S ohledem na právě probíhající studium na VOŠ se k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně vyjadřuje, že se na škole s takovým tématem setkala v předmětu „Právo ve zdravotnictví a Veřejném zdravotnictví“. Zmiňuje o lidských právech, právech pacienta a informovaném souhlasu pacienta. Zachování lidské důstojnosti a autonomie zařazuje do etiky ve zdravotnictví nebo uvažuje i nad právem ve zdravotnictví.

S odpojením pacienta na dlouhodobé UPV souhlasí právě pouze v případě terminálního stadia nemoci pacienta. Jinak se zamýšlí nad tématem, kdy opravdu záleží na individuálním přístupu k nemocnému. U kategorizovaného pacienta na UPV na bazální léčbu zajišťuje základní ošetrovatelské úkony tak jako u ostatních pacientů. Pocity, které vnímá při podání posledního léku od ní samotné, má jasné. Není zastáncem protahování utrpení pacienta a souhlasí tak s ukončením orgánové podpory. Myslí si, že ukončení marné léčby je možným projevem pasivní euthanázie a vnímá tak, že pacient je ze svého zajetí vysvobozen a končí tak jeho utrpení. K přístupu k

ošetřovatelské péči o pacienta na UPV, který má naději na život se vyjadřuje následovně: „Pokud je naděje na uzdravení, tak to má význam a já jedu na 150%.“ Vylučuje možnost, že by se o ostatní pacienty, právě například kategorizované na bazální léčbu, nestarala se vši ochotou a zodpovědností, ale tady má před sebou hnací motor, naději, že její snaha a vynaložené úsilí bude k něčemu. Zájem pacientů na UPV o ošetřovatelskou péči považuje za zcela individuální. Někdo z pacientů zájem má, někdo je apatický.

Kategorizaci pacienta dělí na PL jako plná léčba pacienta, PZL jako polozadržená léčba a PAL jako paliativní léčba pacienta. Souhlasí s ní a je pro ni vyjádřením, stanoviskem, rychlým zorientováním se v pacientově zdravotním stavu. Neví však, kde je legislativně ošetřena. O souboru forem předem vyslovených přání opět poprvé slyšela ve svém studiu na VOŠ a to v předmětech Etika a Právo ve zdravotnictví. Do forem kategorizace zahrnuje např. přání pacienta nebýt resuscitován, nebo nesouhlas s dárcovstvím orgánů. Vyslovené přání pacienta musí být ověřené notářem a doba trvání takto vysloveného přání má platnost pět let.

Prozatím neměla možnost spolurozhodovat o léčebném procesu u kategorizovaného pacienta na UPV.

Rozhovor 8

Respodentka 8, sestra se středoškolským vzděláním, s osmiletou praxí, pracující na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče se snaží pacientovi na UPV ústně sdělit, co jej za vyšetření či zákrok čeká. Popíše mu postup, jak to bude probíhat a při jednotlivých činnostech znovu vše opakuje, aby pacient neměl obavy z neznáma. Pokud je pacient na UPV v bezvědomí, chová se k němu jako k pacientovi při vědomí. Stále komunikuje a opakovaně vysvětluje, mluví na něj, jako kdyby vnímal. Využívá též techniky bazální stimulace. Pokud je pacient na UPV při vědomí, využívá v komunikaci s tímto pacientem abecední tabulku, nebo odezírání ze rtů pacienta. Informovaný souhlas je na jejím pracovišti využíván dle platných legislativních předpisů. Dodržuje jeho podepsání spolu s lékařem. Uvádí, že při možnosti podpisu pacienta jej nechají podepsat a při nemožnosti uděluje pacient souhlas pokyvem hlavy, stiskem ruky. Lékař vše zapisuje do dokumentace včetně důvodů, které brání pacientovi podepsat informovaný souhlas vlastnoručně. Sestra se následně podepíše do dokumentace jako svědek.

O Úmluvě o lidských právech a biomedicíně nikdy neslyšela a nedokáže ani zhruba vysvětlit, čeho se týká. Tipuje práva pacientů. Zachování lidské důstojnosti a autonomie bez rozmyšlení zahrnuje do etiky ve zdravotnictví.

O odpojení pacienta od UPV, když je jeho léčba marná, si myslí, že je to do určité míry v pořádku. Pokud vidí, že pacient nemá naději dál žít jako člověk, jen leží, mu jeho klid přeje. Horší pro ni je, když má před sebou pacienta mladého. Napadá jí jak je svět nespravedlivý. Ošetrovatelskou péčí kategorizovanému pacientovi na bazální léčbu poskytuje ve stejné výši jako jinému pacientovi. Nedělá rozdíly, jestli ji pacient vnímá nebo ne. Snaží se mu poskytnout vše, co potřebuje bez ohledu na určené kategorie. Nad pocity, které vnímá při podání posledního léku pacientovi, se zamýšlí. Tyto pocity definuje jako úlevu pro pacienta. Sama si nechce připouštět, že ukončená léčba zapříčiní pacientův konec života. Chce se od toho oprostít, protože jak sama uvádí: „Musela bych se z toho zbláznit.“ S těmito pocity právě vnímá pasivní euthanasii jako vysvobození pacienta a ukončení jeho utrpení. Pacientovi na UPV s nadějí na přežití poskytuje ošetrovatelskou péči v maximální možné míře. Uvádí, že se snaží u

všech pacientů ošetrovatelskou péčí poskytovat stejně dobře, ale tady ji provádí s vnitřní nadějí na lepší zítřky pro samotného pacienta. Tato naděje jí dodává sílu pracovat s takto nemocnými pacienty. O zájmu pacienta o ošetrovatelskou péči si myslí, že jde o naprosto individuální záležitost. Každý má jinou povahu, každý vnímá svoji nemoc a připoutání na UPV jinak. Některý pacient se snaží bojovat, jiný naopak ne.

Definici kategorizace pacienta neodkáže vysvětlit. Ví, že ji mají lékaři napsanou v dokumentaci, zná pojem DNR a ví, že nemá začít resuscitovat, pokud dojde k zástavě srdce. Po takové úvaze se snaží říct, že je tím vyjádřeno, jak má sestra postupovat. Jestli má nebo nemá začít resuscitovat. Neví tedy ani, kde je kategorizace legislativně ošetřena. O pojmu Advance directives říká, že o takovém souboru slyšela, ale neví, jaké formy kategorizace do tohoto souboru spadají, ačkoliv v předchozí otázce se vyjadřovala k DNR.

Nedokáže se přímo vyslovit k spolurozhodování o léčebném procesu u pacienta na UPV, který byl kategorizovaný. Rozvažuje nad tím, že s lékařem většinou spolupracuje ve smyslu informování lékaře o stavu pacienta z jejího pohledu.

Rozhovor 9

Respondentka 9, sestra se středoškolským vzděláním, s atestací z anesteziologie a resuscitace v intenzivní péči, třiačtyřicetiletou praxí, pracující na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče vysvětluje pacientovi chystaný zákrok nebo vyšetření ústně. Sama se vyjadřuje: „Prostě mu to řeknu.“ S pacientem na UPV mluví, říká mu vše, co s ním bude dělat bez ohledu na to, zda je nebo není v bezvědomí. Pokud je pacient na UPV při vědomí, má snahu přimět ho komunikovat, odezírá z jeho rtů, nebo se s ním domlouvá písemně, případně pomocí předtištěné abecedy. Na dotaz o dodržování různých forem podpisu informovaného souhlasu jmenuje výčet informovaných souhlasů, jako je např. souhlas s hospitalizací, informovaný souhlas s různými vyšetřeními. Po položené doplňující otázce jakým způsobem pacient na UPV informovaný souhlas podává, mluví o možnostech kdy pacient je schopný se sám podepsat a další kdy schopen není. V druhém případě záleží, zda je schopen alespoň kývnout hlavou nebo stisknout ruku. Lékař pak zapíše vše do informovaného souhlasu, jaký je zdravotní stav pacienta a sestra se podepíše jako svědek.

Nezná pojem Úmluva o lidských právech a biomedicíně, nikdy o ní neslyšela a tedy nedokáže odpovědět co je jejím obsahem. Lidskou důstojnost a autonomii by zařadila do etického kodexu práv pacientů.

Myslí si, že odpojení pacienta od dlouhodobé UPV, v případě marné léčby, je pro pacienta jediné dobré rozhodnutí. Její názor je takový, že je to úleva jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu a blízké. Staví se k tomuto rozhodnutí kladně a podporuje jej. U kategorizovaného pacienta na UPV na bazální terapii provádí ošetrovatelskou péči stejným a jak říká sama, úplně normálním způsobem. Vysvětluje, jak si tuto práci vybrala, jak ji saturuje a snaží se ji citově neprožívat. O pacienta v této kategorii se stará stejně jako o všechny ostatní pacienty. Jako velkou úlevu pro pacienta bere podání posledního léku při ukončení orgánové podpory. Nedělá jí problém starat se o pacienta klidně rok nebo i více v kuse. Pokud ale vidí, jak člověk nevnímá svět kolem sebe ani své blízké, myslí si, že ukončení léčby je to pravé a správné řešení. Pasivní euthanasii jednoznačně vnímá jako vysvobození a konec utrpení pro pacienta. K ošetrovatelské

péči pacienta na UPV s nadějí na život se staví pozitivněji ve smyslu svých pocitů, ale ne v praktickém provedení. Tato práce ji těší a je pro ni příjemnější. Myslí si, že zájem pacienta na UPV o ošetrovatelskou péči je dost individuální. Někdo ošetrovatelskou péči vyžaduje a svým způsobem si o pozornost říká. Naopak jsou pacienti, kteří svůj nezájem dokážou dát najevo např. i ztěžováním práce sestře ve smyslu vytrhávání si invazí a další.

Kategorizaci pacienta nedokáže definovat a myslí si, že na jejím pracovišti se ani nevyužívá. Neví, kde je legislativně ošetřena. O souboru forem předem vyslovených přání již slyšela. Zatím se však s písemným přáním pacienta po dobu své praxe nesešla. I když někteří staří pacienti se dožadovali svého úmrtí, aby nebyli nikomu na obtíž.

K spolurozhodování o léčebném procesu u kategorizovaného pacienta na UPV se neměla možnost vyjádřit.

Rozhovor 10

Respondentka 10, sestra se středoškolským vzděláním, roční praxí, pracující na lůžkách dlouhodobé intenzivní péče se snaží podat pacientovi na UPV o blížícím se vyšetření nebo léčebném zákroku podstatné informace srozumitelně, aby je pochopil a věděl, proč je to tak nutné. Pacientovi na UPV v bezvědomí verbálně sděluje vše, co bude probíhat i když ji nevnímá. Pozdraví, osloví jménem, dotkne se ramene a řekne, co bude dále dělat. S pacientem při vědomí si vede stejným způsobem jako v bezvědomí, čili mluví na něj a dodává, že pokud se stane, že pacient špatně slyší, napíše mu svoje požadavky velkým tiskacím písmem na papír. Informovaný souhlas buďto podepíše přímo pacient sám, pokud mu to jeho zdravotní stav a svalová síla v ruce dovolí, nebo lékař sepíše veškeré důvody, proč pacient takto informovaný souhlas podepsat nemůže. V těchto případech je možné udělení souhlasu pokyvem hlavy nebo mrknutím očí. Pokud od pacienta na UPV informovaný souhlas získat nelze z důvodu bezvědomí nebo analgosedace, lékař opět zaznamená vše do dokumentace a sestra se jako svědek podepíše.

O rozsahu informací o Úmluvě o lidských právech a biomedicíně mluví jako o minimálním. Nedokáže přesně říct, co je jejím obsahem. Uvádí, že zachování lidské důstojnosti a autonomie musíme respektovat. Nejistě tyto termíny zařazuje do etiky v medicíně.

Odpojení pacienta od UPV u marné léčby vnímá jako vážné téma. Odpovídá, že pokud se shodnou lékaři daného oddělení, případně i sestry a navíc rodina souhlasí, pak je to pro pacienta lepší. Je-li navíc doloženo, že nemůže dojít ke zlepšení zdravotního stavu, kloní se k této problematice pozitivně. Uzavírá toto téma zdůrazněním nutnosti individuálního posouzení každého jednotlivého případu. Svůj přístup k poskytování ošetrovatelské péče u kategorizovaného pacienta na bazální léčbu hodnotí jako kladný. Do poslední chvíle se k takovému pacientovi chová jako ke každému jinému pacientovi a přitom se snaží zachovat jeho lidskou důstojnost. Zpočátku své praxe vnímala podání posledního léku od ní samotné velice špatně, pak její pocity byly smíšené a postupem času a získaného nadhledu se s tím již umí vnitřně vypořádat. Pasivní euthanasii vnímá

hlavně jako vysvobození pro pacienta. Svůj přístup k ošetrovatelské péči o pacienta na UPV s nadějí na přežití hodnotí kladně. Snaží se o poskytnutí maximální péče včetně využití bazální stimulace. Důležitá je dle jejího názoru i komunikace s rodinou, se kterou je nutné probrat, vyhlídky do budoucna. O zájmu pacienta na UPV o ošetrovatelskou péči, který je při vědomí, si myslí, že je různý. Záleží na osobnosti pacienta. Někdo bojuje od začátku do konce, někdo bojuje a pak má snahu vzdát a někdo je úplně pasivní. Uvádí, že pak záleží na motivaci sestry, jak se jí podaří pacienta přesvědčit, aby měl chuť žít a bojovat dál.

O kategorizaci pacienta mluví jako o termínu, se kterým se nesetkala a neví, zda se na jejich pracovišti používá. Udává, že možná ano, jen neví, že se jedná o kategorizaci pacienta. Soubor forem předem vyslovených přání zná jen jako termín. Prakticky se nesetkala, že by některý z pacientů předem vyslovené přání uváděl. Tím, že nezná pojem kategorizace pacienta, nedokáže zařadit jaké formy kategorizace do Advance directives spadají.

Ke spurozhodování o léčebném procesu u kategorizovaného pacienta říká: „Nevím, možná jsem tu možnost měla, možná ne. Musím zjistit, co je kategorizace pacienta.”

Příloha 4 Návrh na edukační brožuru pro sestry pracující na intenzivních lůžkách

