



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Anna Šnokhausová

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 09.05.2022

.....
Bc. Anna Šnokhausová

Poděkování

Mnohokrát děkuji paní PhDr. Andree Hudáčkové Ph.D., vedoucí mé diplomové práce, za její profesionální přístup a cenné rady, které mi byly při zpracování práce velice užitečné.

Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči

Abstrakt

Diplomová práce pojmenovaná „Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči“, se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se věnuje podrobnému popisu oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče a upřesňuje specifika péče o pacientech.

Cílem této práce bylo zmapovat zkušenosti a informovanost sester o plnění profesních rolí na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče, kooperace zdravotnického personálu s rodinou nemocného a specifika péče těchto jednotek.

Pro dosažení toho cíle jsme zvolily výzkumné šetření formou kvalitativního výzkumu. Empirická část diplomové práce byla zpracována pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které pracují na těchto odděleních po celé České republice. Výzkumné šetření bylo provedeno v únoru roku 2022. V rámci výzkumu bylo uskutečněno deset rozhovorů se všeobecnými sestrami, sestrami s vysokoškolským titulem či sestrami s odbornou specializací. Po uskutečnění a zpracování rozhovoru v programu MAXQDA 2022, byly rozhovory analyzovány pomocí kategorizace dat a následným kódováním.

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry pracující na těchto jednotkách, jsou částečně informované o plnění rolí své profese. Snaží se o důkladnou motivaci a kooperaci s rodinou pacienta a plně si uvědomují specifika intenzivní péče o pacienta. Dále se ukázalo, že sestry si plně uvědomují důležitost a význam bazální stimulace, kterou uplatňují ve své praxi a uvědomují si nedostatečnou dostupnost jednotek následné a dlouhodobé intenzivní péče.

Klíčová slova

Všeobecné sestry; následná intenzivní péče; dlouhodobá intenzivní péče

The role of nurses in follow-up and long-term intensive care

Abstract

The diploma thesis entitled „The role of nurses in follow-up and long-term intensive care“, consists of a theoretical and practical part. The theoretical part deals with a detailed department's description and determines specifics of the patient care.

The aim of this work was to map the experience and awareness of nurses about the fulfilment of their professional roles in these intensive-care units, cooperation of medical staff with the patient's family and care specifics.

To achieve this goal, qualitative research form was chosen for an investigation survey. The empirical part of the diploma thesis was processed employing the technique of semi-structured interviews with nurses who work in these departments throughout the whole Czech Republic. The research was conducted in February 2022. As part of the study, ten interviews were realized with general nurses, nurses with a university degree and nurses with a professional specialization. After conducting and processing the interviews the MAXQDA 2022 program, the results were analysed using data categorization and subsequent coding.

The research shows that subjects working in these units are partially informed about the roles of their profession. They strive for thorough motivation and cooperation with the patient's family and are fully aware of the patient intensive-care specifics. Furthermore, the study showed that nurses are completely aware of the basal stimulation importance and significance, which they apply in their work and are aware of the insufficient capacity of follow-up and long-term intensive-care units.

Keywords

Nurses, follow-up intensive care, long-term intensive care

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1.1 HISTORIE NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE	8
1.1.1 CHARAKTERISTIKA NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČE.....	9
1.1.2 CHARAKTERISTIKA DOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE	11
1.2 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ NA JEDNOTKÁCH DLOUHODOBÉ A NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČE	11
1.2.1 PRÁCE SESTER NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE	13
1.2.2 POVINNÉ PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ JEDNOTEK INTENZIVNÍ PÉČE	13
1.2.3 PROBLEMATIKA POUŽÍVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ ...	20
1.3 POTŘEBY PACIENTA V DLOUHODOBÉ A NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČI	21
1.3.1 KOMUNIKACE S PACIENTEM	21
1.3.2 BAZÁLNÍ STIMULACE	23
1.3.3 SPOLUPRÁCE S RODINOU.....	24
1.3.4 POTŘEBA PSYCHICKÉ VYROVNaNOSTI.....	26
1.3.5 POTŘEBA DÝCHÁNÍ.....	26
1.3.6 POTŘEBA VÝŽIVY	27
1.4 ROLE SESTRY.....	29
2 PRAKTICKÁ ČÁST	32
2.1 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
2.2 CÍLE PRÁCE.....	32
2.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ.....	33
4 METODIKA VÝZKUMU.....	34
4.1 POUŽITÉ METODY	34
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ SKUPINY	35
5 VÝSLEDKY ANALÝZY	37
5.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ROZHovorŮ	37
5.1.1 KATEGORIE Č. 1 ROZDÍLNOST ODDĚLENÍ	38
5.1.2 KATEGORIE Č. 2 VZDĚLÁVACÍ KURZY.....	40
5.1.3 KATEGORIE Č. 3 INFORMACE O PACIENTECH	42
5.1.4 KATEGORIE Č. 4 JEDNOTKY NIP A DIOP.....	46
5.1.5 KATEGORIE Č. 5 RODINA PACIENTA.....	48
5.1.6 KATEGORIE Č. 6 INFORMOVANOST SESTER.....	57
5.1.7 KATEGORIE Č. 7 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	61
6 DISKUZE	66
ZÁVĚR	77
SEZNAM LITERATURY A INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	79
PŘÍLOHY.....	86
SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK	87

ÚVOD

Téma diplomové práce „Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči“ bylo zvoleno na základě vlastních zkušeností autorky, získané během brigády na oddělení následné péče. Zajímavé je propojení následné a dlouhodobé péče s intenzivní péčí. Následná a dlouhodobá intenzivní péče plynule navazuje na péči anesteziologicko-resuscitačního oddělení a je tedy neoddelitelnou součástí komplexní péče o těžce nemocné pacienty. Ačkoli vzrůstá počet pacientů, kteří potřebují následnou či dlouhodobou intenzivní péči, v České republice je těchto specializovaných pracovišť nedostatek. Pro ulehčení práce s pacienty je nezbytná kooperace zdravotnického personálu s rodinou nemocného. Kooperace rodiny přináší informace o pacientovi, čím docílíme lepší spolupráce s nemocným. Díky edukaci a motivaci dochází k lepšímu začlenění rodiny do ošetrovatelského procesu. Podstatou každé profese je, aby si člověk uvědomoval svou roli a následně s ní pracoval. Díky rozšiřování vzdělání a získávání nových zkušeností docílí sestry lepšího postavení ve společnosti.

Naše práce popisuje specifika péče a důvody pro přijetí pacienta na tyto jednotky. Dále je zaměřena na účast rodiny v ošetrovatelském procesu a zároveň i snahu sester o zapojení rodiny do péče o nemocného. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké role si uvědomují sestry pracující na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče a jaký je význam kooperace zdravotnického personálu s rodinou nemocného. Zjišťovaly jsme názory a zkušenosti sester s propuštěním pacienta do domácí péče a možnosti využití domácí umělé plicní ventilace.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 HISTORIE NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE

Za počátek moderní medicíny byl považován rok 1950, ve kterém byl vytvořen program, který zajišťoval péči o nemocné v režimu ventilace a sedace v intenzivní péči. Velký rozvoj intenzivní péče začal převážně díky vývoji přístrojové techniky, která byla určena k monitorování a udržení funkcí orgánů. Významné byly počátky ventilačních přístrojů (nejprve primitivní železné plíce až po komerčně využívaný ventilátor Engstrom), společně s využitím dialyzační techniky. Tyto nově vznikající postupy a technologie poukázaly na to, že intenzivní péče o kriticky nemocného je odlišná od ostatních oborů a díky nim, bylo možné hodnotit zdravotní stav pacienta přímo u jeho lůžka (Weil a Tang, 2011).

Jednu z prvních jednotek intenzivní péče, založil Bjørn Ibsen v Kodani roku 1953, jako reakci na epidemii dětské obrny. Dále roku 1964 byla založena americkým kardiologem první koronární jednotka, která byla vybavena elektronickým systémem. Tento systém umožňoval kontinuální sledování činnosti srdce a dýchání (Slamková a Poledníková, 2013). První anesteziologické oddělení v Československu zřídil roku 1948 náčelník zdravotnické armádní služby genmjr. MUDr. J. Škvařil (nynější Ústřední vojenská nemocnice). Roku 1965 byl zahájen provoz prvního anesteziologického oddělení ve Všeobecné nemocnici v Praze a v roce 1967 bylo v Kladně otevřeno první oddělení s názvem anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Největším pokrokem byl však vývoj kvalitní přístrojové techniky, například terapeutické výkony pomocí defibrilátoru, kardiostimulace nebo rozvoj plicní ventilace. Avšak rozvoj techniky přinesl také i řadu otázek a je tématem k diskuzi pro filozofii, církev, politiku i ekonomiku (Bartůněk et al., 2016). V praxi se ukázalo, že zhruba u deseti procent pacientů se rozvinul dlouhodobý stav celkové dekonidice (neboli pokles fyzické, psychické či psychosomatické zdatnosti), který byl způsoben často chronickou nemocí. Tento stav vyžadoval pokračující podporu životních funkcí, často včetně umělé plicní ventilace (dále jen UPV).

V České republice spadají počátky dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče do roku 1998. Pražská Fakultní nemocnice v Motole založila oddělení chronické intenzivní péče neboli OCHRIP (Drábková a Hájková, 2018). Snahou tohoto oddělení byla jednotnost a návaznost péče o pacienty. Postupně přibývala lůžka pro dlouhodobou a

následnou péči v celé České republice (Drábková a Procházka, 2008). Prvních deset lůžek na této jednotce se osvědčilo, ale časem se lůžková kapacita ukázala jako nedostatečná. Dále zde scházela možnost návaznosti překladů do systematických pracovišť dlouhodobé intenzivní péče. V celé České republice se začala rozvíjet analogická síť těchto pracovišť. V menších nemocnicích byla zaváděna nová koncepce formy oddělení následné intenzivní péče (dále jen NIP) a dlouhodobé intenzivní péče (dále jen DIOP). Přibližně od roku 2010 - 2011 byly jednotky početně rozšiřovány podle zahraničních vzorců.

Jednotky NIP a DIOP ve Fakultní nemocnici v Motole vznikly z původního názvu oddělení chronické intenzivní péče čili OCHRIP. V roce 2015 byly tyto jednotky navýšeny o kapacitu lůžek. Společně s tím vznikly ambulantní složky pro pacienty s domácí umělou plicní ventilací. Jednotky NIP a DIOP jsou poměrně mladým oborem, který se začal v České republice rozvíjet koncem 20. století. DIOP je spíše hranice mezi intenzivní a následnou péčí. Hlavním cílem je doléčení, rehabilitace, podpora životně důležitých funkcí a paliativní péče (Drábková a Hájková, 2018).

Pokrok v oblasti zdravotní péče dnes umožňuje zajistit přežití mnoha pacientů (Swiss Med Clinic, 2016).

1.1.1 CHARAKTERISTIKA NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČE

Jednotky NIP poskytují následnou lůžkovou péči, která je určena pacientům, u kterých byla stanovena diagnóza a došlo u nich ke stabilizaci zdravotního stavu. Jedná se o klienty po zvládnutí náhlých kritických nemocí či zhoršení kriticky chronické nemoci (Drábková a Hájková, 2018). Podle ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, je definováno oddělení následné intenzivní péče společně s bývalou jednotkou OCHRIP, jako oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče.

„NIP, dříve OCHRIP poskytuje intenzivní a resuscitační péči nemocným, u kterých již došlo ke stabilizaci kritického stavu, ale dále nejsou dostatečné některé životní funkce a nemocný je dlouhodobě závislý na určitém druhu intenzivní, respektive resuscitační péče. Je kladen důraz na programy rehabilitace a dlouhodobé intenzivní péče s podporou některé ze základních životních funkcí s přípravou na propuštění do domácí intenzivní péče, k domácí umělé plicní ventilaci, k domácí umělé výživě apod.“ (ÚZIS ČR, 2016, s. 2-3).

Jednotky NIP se řídí zákonem v souladu s § 9 odst. 2 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb. Tento zákon vypovídá o následné intenzivní ošetrovatelské péči, která

může plynule navazovat na intenzivní lůžkovou péči u nemocných, kteří jsou částečně či plně závislí na přístrojích, podporující základní fyziologické funkce (Drábková a Hájková, 2018). Hlavními cíli oddělení NIP je pokračovat v zavedené základní léčbě, dále pak snaha o odstranění závislosti podpory základních životních funkcí (jen, zdali to umožňuje povaha onemocnění), poskytnutí intenzivní fyzioterapie, zahájení nácviku základních životních návyků a překlad pacienta na jednotku DIOP nebo propuštění do následné ošetrovatelské či domácí péče (Swiss Med Clinic, 2016). Mezi další postupy patří pozvolné odpojování od UPV, přechod z parenterální výživy na enterální výživu s podporou popíjení neboli sippingu, podpora komunikace, zrušení punkční endoskopické gastrostomie a spolupráce pacienta či spolupráce s rodinou nemocného (Drábková, 2007).

Péče na jednotce NIP se liší od tradičně poskytované intenzivní péče převážně časovou náročností, organizací práce i svými specifickými postupy. Péče o klienty, je také ekonomicky, ale i personálně náročná. Pacienti, kteří jsou přijímáni na NIP mají tracheostomickou kanylu a jsou podporováni UPV (Drábková a Hájková, 2018). Jedná se převážně o pacienty po úrazech hlavy, míchy, páteře, po závažných cévních mozkových příhodách či pacienty s chronickým onemocněním plic (Swiss Med Clinic, 2016).

Podle legislativy a organizačního rámce je pojem NIP zatím neustálen, i přes narůstající potřebu této specifické péče. V jiných zemích je NIP propracovaná podle různých modelů – jako jsou např. „weaning“ centra, která slouží k pomoci odvykání z UPV a jsou zřizována většinou mimo nemocniční zařízení. Vykazují si sama poskytovanou péčí a pracují podle samostatných režimů a programů. Zároveň tato centra vytvářejí asociaci. „Weaning“ centra se nachází například v Anglii, Spojených státech, Kanadě nebo v Německu. Česká republika má existující legislativní podklady pro NIP, nicméně jednotlivá oddělení v republice pracují zejména podle aktuálních potřeb oddělení, ale nejednotně. Problematikou se zabývá Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) společně s asociací sester. Oddělení NIP přijímá pacienty ze všech typů intenzivních i resuscitačních oddělení, kdy jejich zdravotní stav je víceméně stabilní, ale vyžaduje i nadále podporu některé ze základních životních funkcí (nejčastěji podporu dechu). Na následnou intenzivní ošetrovatelskou péči může plynule navázat dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče. DIOP a NIP se dále řídí dle vyhlášky č. 99/2012 Sb. – vyhláška vypovídá o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Nedílnou součástí je i

vyhláška číslo 98/2011 Sb., vypovídající o zdravotnické dokumentaci (Drábková a Hájková, 2018).

1.1.2 CHARAKTERISTIKA DOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE

DIOP je pracoviště, kde je poskytována dlouhodobá lůžková intenzivní péče v souladu s § 9 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb. Dlouhodobá lůžková péče, je určena pacientům, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit. Zdravotní stav pacientů se bez ošetrovatelské péče zhoršuje. Součástí této péče je poskytování též intenzivní ošetrovatelské péče klientům s poruchami základních životních funkcí. Nejčastěji se jedná o pacienty s poruchou vědomí nebo o klienty se závažnými neurologickými potížemi, jejichž stav již nevyžaduje umělou plicní ventilaci (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011). Dále se jedná o pacienty s poraněním mozku, pacienty po náročných operacích, po resuscitaci nebo po cévních mozkových příhodách (Surgal Clinic, 2016). Na DIOP oddělení jsou převážně přijímáni pacienti z jednotek intenzivní péče (JIP), z jednotek ARO nebo NIP. DIOP se zaměřuje zejména na komplexní léčebnou a ošetrovatelskou péči, ergoterapii, rehabilitaci, logopedii, canisterapii, bazální stimulaci, ale i na duchovní pomoc (dochází nemocniční kaplan) a podporu nutriční, kterou zajišťuje nutriční terapeut (Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s., 2012). Klienti, kteří jsou hospitalizováni na DIOP jednotce, často trpí syndromem areaktivní bdělosti (dříve nazýváno jako apalický syndrom). Jedná se o klienty s neurologickým onemocněním, pacienty po polytraumatu či kraniotraumatu (Zachová et al., 2013).

Poskytovaná péče je formou denního režimu, který je individuálně určen na základě schopností a aktuálního zdravotního či psychického stavu klienta. Jednou z podmínek přijetí na DIOP oddělení je tracheostomická kanyla, ačkoli pacienti již nejsou závislí na UPV. Klientům se zde dostává zvýšené péče, včetně pravidelné toalety dýchacích cest, která zahrnuje nebulizaci, oxygenoterapii, odsávání a péči o samotnou tracheostomickou kanylu (Krajská nemocnice Tomáše Bati a. s., 2012).

1.2 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ NA JEDNOTKÁCH DLOUHODOBÉ A NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČE

Oddělení NIP a DIOP je tvořeno týmy lékařských i nelékařských pracovníků, kteří pracují na základě svých kompetencí. Tým lékařů je vždy řízen vedoucím pracovníkem, primářem oddělení. Sesterská kategorie je vedena staniční a vrchní

sestrou. Sestra manažerka řídí nelékařský personál včetně pomocného personálu. Zvýšení nároků na poskytování péče o nemocné, posunulo úlohu dnešních sester výrazně od minulosti (Drábková a Hájková, 2018). Tato profese dnes patří mezi uznávané a náročné povolání. Sestry jsou pacientům nejbližší a tvoří spojnici v komunikaci mezi ním a lékařem a rovněž i mezi pacientem a jeho rodinou.

Sestry, pracující na jednotkách intenzivní péče by měly mít specializační vzdělání, která poskytují akreditační zařízení se získanou akreditací Ministerstva zdravotnictví k realizaci konkrétních typů vzdělání podle vzdělávacích programů. Do specializačního vzdělání jsou zařazeny pouze sestry, které mají způsobilost všeobecné sestry. Jedná se o specializaci v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Intenzivní ošetrovatelskou péči o dospělé pacienty může vykonávat pouze sestra se specializovanou způsobilostí v oboru Intenzivní péče. Tato odbornost je označována jako Sestra pro intenzivní péči – dříve nazývána jako ARIP (Bartůněk et al., 2016). Jednotky DIOP a NIP se dále řídí dle vyhlášky č. 99/2012 Sb. – vyhláška vypovídá o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Na jednotkách NIP musí být přítomen: „a) anesteziolog nebo intenzivista 0,1 úvazku na lůžko, b) lékař s odbornou způsobilostí 0,1 úvazku na lůžko, z toho 50 % s certifikátem, c) chirurg, internista nebo neurolog - dostupnost, d) sestra pro intenzivní péči bez dohledu 1,0 úvazku, e) všeobecná sestra bez dohledu 0,6 úvazku na lůžko, z toho 50 % sestra pro intenzivní péči bez dohledu, f) všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent 0,7 úvazku na lůžko, g) sanitář, ošetrovatel nebo masér 1,4 úvazku na lůžko, h) fyzioterapeut bez dohledu 0,1 úvazku na lůžko a i) klinický psycholog nebo psychiatr - dostupnost“ (Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012).

Součástí této vyhlášky je i obsazení jednotky DIOP, která popisuje, že pokud je péče poskytovaná pacientům, kteří vyžadují dlouhodobou intenzivní péči, vyžaduje personální zabezpečení přítomnost anesteziologa, intenzivisty, chirurga, internisty nebo neurologa na 0,05 úvazku na lůžko a dále: „a) sestra pro intenzivní péči bez dohledu 1,0 úvazku, b) všeobecná sestra bez dohledu 0,5 úvazku na lůžko, z toho 25 % sestra pro intenzivní péči bez dohledu, c) sanitář nebo ošetrovatel 0,5 úvazku na lůžko, d) fyzioterapeut bez dohledu 0,1 úvazku na lůžko a e) klinický psycholog nebo psychiatr - dostupnost“ (Vyhláška č. 99/2012 Sb., požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012).

Důležitou součástí personálu jsou nutriční terapeuti a rehabilitační pracovníci

(Zadák et al., 2017). Na tomto oddělení má své uplatnění i pomocný personál, jako jsou ošetrovatelky a sanitáři. Dalším členem týmu je logoped, klinický psycholog, ergoterapeut a odborní lékaři (Drábková a Hájková, 2018).

1.2.1 PRÁCE SESTER NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE

Sestry pracující na jednotkách intenzivní péče provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírají biologický materiál a orientačně jej hodnotí (zdali jsou výsledky fyziologické – zejména odběr krve či moči, KO, pH, koagulaci, HbA a ketolátky). Další náplní práce sester je měření a hodnocení fyziologických funkcí pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod dle indikace lékaře. Kompetence sester s odbornou specializací v intenzivní péči jsou katetrizace močového měchýře muže s následným sledováním bilancí tekutin. Nezbytnou součástí je i posuzování prioritních potřeb pacienta v situaci ohrožující život a provádí měření i analýzu fyziologických funkcí pacienta. Dále se jedná o podávání kyslíkové terapie, ošetření akutních a operačních ran, včetně dekubitů. Pečuje o dýchací cesty (hlavně u pacientů s tracheostomickou kanylou a u nemocných na UPV), tudíž se stará i o odsávání z dýchacích cest, vykonává činnosti u pacientů s akutním selháním ledvin, které vyžadují léčbu očišťovacími metodami krve. Hodnotí a ošetřuje centrální a žilní katétr, zajišťuje periferní žilní vstup a asistuje při zavádění centrální žilního vstupu (Kudlová, 2015).

1.2.2 POVINNÉ PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ JEDNOTEK INTENZIVNÍ PÉČE

Pro plnohodnotné poskytování zdravotních služeb v intenzivní péči je nezbytné specifické přístrojové vybavení pro danou jednotku. Povinné vybavení jednotek popisuje zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon č. 372/2011 Sb.). Dále Vyhláška č. 284/2017 Sb. v platném znění, zahrnuje nezbytné technické a věcné vybavení (Vyhláška č. 284/2017 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2017). Ve 20. století začal prudký růst možností medicíny díky rozvoji přírodních věd a zdravotnické techniky. S rozvojem medicíny, která se stává interdisciplinární, se také rozšiřuje úloha sester, které také využívají zdravotnických přístrojů. Tato přístrojová technika, je zkonstruována tak, aby vyžadovala co nejméně technických znalostí, ačkoliv v současné době se zdravotní personál bez určitých technických dovedností neobejde (Bartůněk et al., 2016). Dále se zaměříme na nezbytné přístrojové

vybavení na jednotkách intenzivní péče.

Resuscitační lůžko

Resuscitační lůžko řadíme mezi nezbytný speciální zdravotnický prostředek, jelikož usnadňuje péči o kriticky nemocné na jednotkách intenzivní péče (Vytejková et al., 2011). Výhodou tohoto lůžka je zejména polohování ložné plochy, ruční ovládání celého lůžka, vážící systém, který kontinuálně měří aktuální váhu nemocného přímo na lůžku nebo odnímání čela lůžka při provádění některých výkonů v intenzivní péči, jako například intubace. Lůžko je přístupné ze všech stran a umožňuje laterální náklony, které mohou sloužit jako prevence ventilátorové pneumonie. Resuscitační lůžko společně s antidekubitární matrací, slouží jako prevence vzniku dekubitů u nehybných pacientů. Toto lůžko je určeno i pro resuscitační péči. Je propojeno s panelem, na kterém lze zvolit CPR (Cardio-Pulmonary Resuscitation). Po zmáčknutí CPR je lůžko ve vodorovné poloze (Linet Czech Republic, 2015).

Monitor vitálních funkcí

Tento přístroj slouží ke kontinuálnímu sledování a vyhodnocování životních funkcí pacienta. Cílem je včasné detekování abnormalit vitálních funkcí organismu. Monitorování je také zdrojem informací sloužících k volbě adekvátní léčby. Jednotlivé vitální funkce jsou monitorovány v určitých časových úsecích nebo kontinuálně. Monitor je propojen prostřednictvím setů, které jsou propojeny s modulem monitoru příslušnými čidly, senzory nebo elektrodami (Bartůněk et al., 2016). Prostřednictvím monitoru lze sledovat EKG, tělesnou teplotu, dechovou aktivitu, pulzní oxymetrii (SpO₂), krevní tlak, kapnometrii (tlak oxidu uhličitého ve vydechované směsi - EtCO₂), intrakraniální tlak, srdeční frekvenci a srdeční objem (Zadák et al., 2017). Podstatnou funkcí monitoru vitálních funkcí jsou alarmany, které upozorňují na překročení nastavených hodnot u daného pacienta. Monitorování vitálních funkcí je rozděleno na bedside monitoring (monitor je umístěn u lůžka nemocného) a centrální monitoring (centrální monitor je umístěn v pracovně sester), avšak v praxi se často setkáváme s kombinací monitorování (Vytejková et al., 2015).

Defibrilátor

Jedním z nezbytných lékařských přístrojů pro intenzivní péči, je defibrilátor, který se používá při kardiopulmonální resuscitaci (dále jen KPR). Elektrickým výbojem

je obnovena správná srdeční činnost. Principem je průchod elektrického výboje myokardem nemocného, kde následně dojde k depolarizaci všech vláken. Pokud jde o bezpulzovou komorovou tachykardii či fibrilaci komor, není srdce schopno plnit svou funkci z důvodu nekoordinovaných stahů (Marcián et al., 2011). V současnosti máme k dispozici defibrilátory dvojího typu. Jedná se o monofázové a bifázové defibrilátory. Rozdílem je, že u monofázového defibrilátoru prochází výboj pouze jedním směrem, a to od apikální elektrody ke sternální. Jedná-li se o maligní komorové arytmie, u které je doporučeno podat jeden výboj (o energii 360 Joulů) a pokračovat v KPR po dobu dvou minut. V případě bifázového defibrilátoru prochází proud myokardem oběma směry ve dvou fázích. Zde je doporučeno začít s prvním výbojem o nižší energii (150 Joulů), než u monofázového defibrilátoru a s následujícími výboji zvyšovat na maximální energii (Truhlář, 2015).

EKG přístroj

Elektrokardiografie – EKG, řadíme mezi základní neinvazivní vyšetření srdce. EKG je klíčové v diagnostice ischemie myokardu, lékové toxicity, elektrolytové nerovnováze a odhaluje poruchy srdečního rytmu (Bulava, 2017). Kromě tachykardií, bradykardií zobrazí i poinfarktové jizvy i aneurysma, dilatace a hypertrofie srdečních oddílů, tudíž umožní plánování další léčby (Lukáš et al., 2010). Součástí EKG jsou bipolární končetinové svody (I, II, III), unipolární hrudní svody (V1 až V6) a unipolární končetinové svody (aVL, aVR, aVF), které monitorují elektrickou aktivitu srdce (Michálek et al., 2012). Pro zvýšení přenosu akčních potenciálů se využívá vodivý gel nebo sprej. Dvanácti svodové EKG má celkem šest hrudních a šest končetinových svodů, které se umísťují dle tzv. Einthovenova trojúhelníku (Beneš et al., 2015).

Přístroj pro umělou plicní ventilaci

Jedná se o mechanický přístroj, který zajišťuje plný nebo částečný průtok plynů respiračním systémem. Využívá se ke krátkodobé či dlouhodobé podpoře pacientů, u kterých došlo k závažným poruchám ventilační či oxygenační funkce respiračního systému (Dostál et al., 2018). Plicní ventilátor neléčí základní onemocnění, ale pomáhá překonat kritické období pacienta a je tak součástí léčby kriticky nemocných (Krška et al., 2011). Hlavním cílem UPV je dosažení optimálních hodnot okysličení, společně s výměnou plynů bez nežádoucích účinků dechové podpory (Bartůněk et al., 2016). Tento přístroj je dnes k dispozici pro všechny věkové kategorie (novorozenci až

dospělí). Ventilátor lze rozdělit i na transportní, anesteziologický, domácí UPV či plicní ventilátor pro resuscitační péči (Herold, 2013). Konstrukce plicního ventilátoru se skládá z pohonného zařízení, zdroje pohonu, řídicí jednotky, rozhraní zajišťující spojení mezi obsluhou a řídicí jednotkou (ovládací prvky), positive end expiratory pressure (PEEP) – slouží k modulaci expira. Dále se skládá ze snímače tlaku a průtoku, monitorovací jednotky (např. alarmy nebo analytické funkce) a bezpečnostní zařízení (Dostál et al., 2018). Dále je UPV vybavena záložním ventilem nebo ventilačním režimem a záložním zdrojem energie. Dnes jsou ventilátory vybaveny LCD obrazovkami společně s dotykovým displejem a ovládacími tlačítky (Krška et al., 2011). Odpojování, neboli ukončení UPV je v literatuře pojmenováno termínem „weaning“.

Jedná se o proces, který je zahájen intubací a trvá do doby ukončení hospitalizace. Nepřiměřeně dlouhé odpojování od UPV může však oddálit hlavní cíl neboli úspěšné odpojení (Dostál et al., 2018). Zbytečné protahování UPV, ohrožuje pacienta vznikem pneumonie, traumatem dýchacích cest a prodlužuje tak i pobyt nemocného na jednotkách intenzivní péče. Naopak předčasné odpojení pacienta z ventilátoru může znamenat riziko ztráty zajištění dýchací cest či poruchu výměny krevních plynů (Kapounová, 2020).

Nutné je odlišit cílový stav nemocného, kdy odpojování z ventilátoru nemusí znamenat dekanylaci v případě tracheostomie (trvalé odstranění kanyly) či extubaci (odstranění intubační rourky). Někteří pacienti jsou schopni spontánní ventilace, ale z důvodu poruch polykání, neschopnosti udržení průchodnosti dýchacích cest nebo nedostatečné spontánní toalety, je nutné ponechat vstup do dýchacích cest (Dostál et al., 2018). Mezi předpoklady úspěšné extubace a dekanylace patří splněná kritéria pro odpojení nemocného z UPV, kam řadíme stav vědomí, schopnost úspěšné expektorace, udržení průchodnosti dýchacích cest, absence nadměrné sekrece z dýchacích cest a zamezení rizika aspirace při polykání (Kapounová, 2020).

Jednoduché odpojení neboli „simple weaning“, znamená, že pacient toleruje první test schopnosti spontánní ventilace a je úspěšně extubován (zhruba u 70 procent pacientů). Druhým procesem je obtížné odpojení čili „difficult weaning“, což znamená, že spontánní ventilace je neúspěšná a úspěšné odpojení je provedeno maximálně do třetího pokusu do sedmi dnů od první spontánní ventilace. Třetím procesem „weaningu“ je prolongované odpojení, které nastává ve chvíli, kdy odpojení je více než třikrát neúspěšné nebo trvá déle než sedm dní od spontánní ventilace. Úspěšné odpojení od

UPV definujeme jako odpojení a spontánní ventilaci pacienta, která trvá minimálně 48 hodin bez opakování zajištění dýchacích cest (Dostál et al., 2018). I přes veškerou snahu, je zhruba 1% pacientů neodpojitelných od ventilátoru. Tito nemocní jsou odkázáni na podporu přístrojů a na pomoc druhých. Patří sem pacienti, kteří nejsou schopni sami ventilovat z důvodu diagnózy nebo si na ventilátor vytvořili psychickou vazbu. Tito pacienti dokážou udržet spontánní ventilaci jen do doby, dokud nejsou seznámeni se skutečností. Poté se obvykle jejich zdravotní stav zhorší natolik, že je nutná ventilační podpora. Tito pacienti jsou často hospitalizováni na jednotce NIP (Kapounová, 2020).

Cílem odpojování je maximální zkrácení doby pacienta na UPV, čímž předcházíme komplikacím. Ukončení ventilační podpory je rozděleno do dvou kroků: hodnocení denní připravenosti k odpojení, se kterou souvisí celkový stav klienta a test schopnosti spontánní ventilace. Další méně častou metodou, je automatizované odpojení pacienta od UPV. Ventilátor je schopen rozpoznat potřeby pacienta, proto upravuje ventilační parametry, aby měl nemocný dostatečný komfort. Připravenost odpojení pacienta od UPV je každodenní rutinou, která probíhá nejčastěji v ranních hodinách (při vizitě). Dosavadní publikace jednotně neurčují, kdy je nemocný schopen spontánně ventilovat nebo kdy ho lze extubovat. Avšak je prokázáno odpojování pomocí protokolů, které má hlavní cíl zkrátit pobyt nemocného na ventilátoru či snížit mortalitu. Protokolované metody nesnižují riziko reintubace (znovu zavedení intubační rourky), ale pomáhají při rozhodování u nejednoznačných faktorů, které by měly vést k odpojení (Dostál et al., 2018). Snazší způsob odpojování nemocného je provedení denního screenu pro spontánní dechovou aktivitu, tzv. Spontaneous Breathing Trial (SBT). Tento test je doporučen jako nejlepší způsob ověřování schopnosti spontánní ventilace. Dalším postupem pro ověření pozitivního testu je „Rapid Shallow Breathing Index“ (RSBI). Jedná se o index, který hodnotí rychlé mělké dýchání, které je hodnoceno před zahájením a po ukončení testu.

Výsledkem indexu je poměr dechové frekvence a dechového objemu. Tento index je nejvíce studovaným parametrem k úspěchu odpojení od ventilátoru ve světových studiích (Klimešová a Klimeš, 2011).

Pacienti, kteří nejsou schopni odpojení od UPV, jsou po ukončení hospitalizace z NIP propuštěni do domácího prostředí. Ventilace nemocného je zajištěna domácí umělou plicní ventilací (dále jen DUPV) s připojením na koncentrátor kyslíku (Drábková a Hájková, 2018). DUPV funguje na stejném principu jako ventilátor

v nemocničním zařízení. Díky své hmotnosti a menším rozměrům, umožňuje nemocným volný pohyb v domácím prostředí. DUPV tak zvyšuje kvalitu života nemocného, který může být doma se svou rodinou (Kočová et al., 2017). Pro umožnění získání DUPV je nezbytný formulář předložený zdravotnickým zařízením se souhlasem statutárního zástupce. Zařízení musí být rovněž poskytovatelem a garantem péče o nemocného. V případě, že se zdravotní stav nemocného zhorší, přebírá ho do své péče.

Dalšími podmínkami v žádosti o DUPV jsou osobní údaje nemocného, stanovení osoby, která je zodpovědná za ošetřování (manžel/ka, rodič) a psychologické vyšetření pacienta a osob, které o něj budou pečovat. Žádost zahrnuje zajištění péče v případě komplikací, sociální situaci rodiny, stanovení ošetřovatelského a léčebného plánu a seznam všech osob a institucí, které se podílejí na DUPV. K žádosti se připojuje vyšetření dalšími odborníky, kteří posuzují nejen základní diagnózu, ale i přidružená onemocnění (Bartůnek et al., 2016).

Domácí ventilace je indikována u pacientů, kteří musí být ventilováni po dobu 24 hodin, popřípadě jsou schopni spontánního dýchání v krátkých epizodách. Poskytnutí DUPV je možné pouze v domácím prostředí (Drábková a Hájková, 2018). Pečující osoba je důkladně proškolená v obsluze a manipulaci s technikou. Zaškolení dané osoby nesmí přesáhnout 28 dní od předání přístroje. Pokud je překročena stanovená lhůta, zvažuje se, zdali je možné propuštění nemocného do domácí péče (Bartůnek et al., 2016).

Zvlhčování dýchacích cest

Nemocní v intenzivní péči mají z důvodu onemocnění respiračního systému často vyřazenou funkci zvlhčování dýchacích cest, zatímco u zdravých jedinců je zvlhčování dýchacích cest fyziologické. Účelem zvlhčování vdechované směsi je udržení vlhkosti sliznice a dýchacích cest. V případě, že dýchací cesty nejsou dostatečně zvlčeny, dochází ke zvyšování viskozity sputa, k atelektázám, retenci sekretu až ke vzniku respiračních infekcí. Optimální teplota vdechované směsi je 30° C a vlhkost 70 - 100% (Veverková et al., 2019). Zvlhčování je rozděleno na aktivní a pasivní. Aktivní zvlhčovač je přístroj, který je naplněn sterilní vodou a dochází zde k ohřátí a zvlhčení vdechované směsi. Nejčastěji se využívá při podávání kyslíkové terapie kyslíkovou maskou, polomaskou, T- systémem či brýlemi. Zde ale nedochází ke zvlhčení mrtvého prostoru (Streitová et al., 2015). Výhodou aktivního zvlhčování je kvalita vdechované směsi s možností nastavení intenzity ohřevu. Avšak nevýhodou je

kondenzace par a zvýšené riziko přemnožení bakterií. Další metodou je pasivní zvlhčovač, kde probíhá výměna tepla a vlhkosti neboli HME (Heat and Moisture). Zde se nachází filtr, který zadržuje vlhkost a teplo při nádechu či výdechu a je zároveň antibakteriální. Další výhodou je nízká cena a jednoduchá manipulace (Ševčík, 2014).

Přístroj k měření hemodynamiky

Tento přístroj představuje poddajnost cév, efektivitu práce srdce, náplň krevního řečiště a průtok krve cévami. Základními funkcemi je transport zplodin, energie a metabolických produktů. Princip hemodynamiky funguje dle Ohmova zákona, kdy je tvořeno napětí (U) tlakovým gradientem mezi vstupním a výstupním středním tlakem. Jako odpor (R) je považován odpor kapilárního řečiště a proud (I) je jakýmsi čerpadlem, který vytváří průtok krve srdcem (Richterová, 2017). Monitorace hemodynamiky je invazivní i neinvazivní metoda, díky které získáváme hodnoty středního tlaku, tlaku v zaklínění (tlak v plicnici), tlak z pravé srdeční komory, vaskulární rezistenci, saturaci smíšené žilní krve, srdeční index či index levé a pravé srdeční komory. Cílem této metody, je sledování a udržení optimální tkáňové perfuze pacienta (Kapounová, 2020).

Hemodialyzační přístroj

Hemodialýza je léčebnou metodou nahrazující základní funkci ledvin. Umožňuje očišťovat krev od zplodin látkové výměny a zbavuje nemocné od přebytečné vody. Principem této metody je odvádění krve z vhodného cévního přístupu a pomocí krevní pumpy, je krev vedena do dialyzační (membránové) jednotky, kde dochází ke změnám složení krve mechanismem difuze, filtrace (skrže membránu) a absorpce (na povrch membrány) (Rozsypal et al., 2013). K očištění krve lze využít dvě eliminační metody, a to kontinuální a intermitentní očišťování krve. Kontinuální hemoelimitační metody pracují s malým objemem a průtokem krve za jednotku času. Tyto techniky jsou upřednostněny u oběhově nestabilních pacientů, jelikož zde nedochází k prudkým výkyvům v iontové či acidobazické rovnováze a náhlým změnám objemu tekutin (Bartůněk et al., 2016). Hemodialyzační přístroj je složen ze základních a přídavných zařízení. Přístroj pro intermitentní dialýzu se skládá z krevní pumpy, ultrafiltračního modulu, dialyzačního systému, monitoru, ovládacího panelu a programu, který automaticky dezinfikuje přístroj (Krška et al., 2011). Složení přístroje je podobné složení jako u kontinuálních metod. Je složen ze tří až čtyř pump, tlakového snímače, heparinové pumpy a vázícího systému. Heparinová pumpa není vždy součástí přístroje,

proto je nahrazena lineárním dávkovačem. Součástí hemodialyzačních přístrojů jsou originální sety, jejichž jednotlivé části jsou barevně odlišeny – modrá barva: venózní část, červená: arteriální část, zelená: dialyzační či substituční roztok a žlutá: vyznačuje ultrafiltrát, dialyzát nebo svěrný vak (Kapounová, 2020). Pro obě metody je shodné samotné očišťování krve, které probíhá v dialyzátoru neboli polopropustné membráně. V dialyzátoru dochází k oddělení dialyzačního roztoku a krve. Dialyzační membránu rozdělujeme na deskovou a kapilární. Deskovou tvoří listy a kapilární tisíce dutých vláken (Tesař et al., 2015).

Infuzní technika

Mezi infuzní techniku patří elektronické přístroje, které jsou určeny k přesnému a stabilnímu podávání infuzních roztoků (Vytejková et al., 2015). Řadíme sem infuzní pumpy a lineární dávkovače, které jsou dnes nezbytnou technikou v intenzivní péči. Nejmodernější infuzní technika je obohacena alarmy upozorňujícími na blížící se konec infuze (Čihák a Augustynek, 2013). Dnes už jsou infuzní pumpy obohaceny navíc i alarmy z prodlení. To znamená, že pumpa je zapnuta, ale nedochází ke spuštění podávané infuze (Vytejková et al., 2015). Infuzní linka se skládá z infuzního setu, soustavy kohoutů a dlouhé prodlužovací hadičky, která spojuje soustavu kohoutů s kohoutem určeným k bolusovému podání léků (Veverková et al., 2019). K dalším funkcím infuzních pump patří nastavení rychlosti podávaného léku a rychlé nastavení bolusového podání léčiv bez přerušení. Zásadní funkcí a zároveň výhodou je znázornění množství aplikovaného i zbývajících objemu a vypočítání rychlosti aplikace léčiv podle objemu a času (Vytejková et al., 2015).

1.2.3 PROBLEMATIKA POUŽÍVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ

S technikou, která se nachází ve zdravotním zařízení, souvisí zákonná povinnost instruktáže zdravotnického personálu, který danou zdravotnickou techniku používá. Problematikou používání zdravotnických prostředků se zabývá zákon č. 268/2014 Sb. o diagnostických zdravotnických prostředcích. Uvádí, že daný zdravotnický prostředek může využívat pouze osoba s odpovídajícím vzděláním či praktickými zkušenostmi s dostatečnou zárukou odborného používání techniky, a to v souladu s návodem k použití (zákon č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, 2014).

1.3 POTŘEBY PACIENTA V DLOUHODOBÉ A NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČI

Poskytovaná ošetrovatelská péče je ovlivněna diagnózou a zdravotním stavem pacienta. Jeho zdravotní stav se neustále vyvíjí, tudíž se rozvíjejí i potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči (Kapounová, 2020). Pobyt v nemocničním zařízení nesouvisí pouze s uzdravením těla, ale i vyrovnání se s nemocí. Každý člověk se vyrovnává a prožívá své onemocnění odlišně, proto je velmi důležité, aby zůstal hlavně „sám sebou“. S tím souvisí nejen uzdravení těla, ale i duše. Proto je velmi důležité v tomto procesu naslouchat a napomáhat (Kalvach et al., 2011). Nemocní, jsou závislí na péči sester, které jsou mnohdy s pacienty v bližším kontaktu než s lékaři. Proto je velmi důležité, aby sestra vždy pacienta vyslechla, byla trpělivá a znala potřeby nemocného. Mezi základní potřeby v intenzivní péči patří dýchání, výživa, soběstačnost, vyprazdňování a psychická vyrovnanost (Kapounová, 2020). Velmi důležitá je motivace pacienta. Na motivaci se podílí celý tým, jehož cílem je vyvolat zájem ke spolupráci, vyvolat správný impulz a docílit spolupráce klienta. Motivace je rozdělena na vnější a vnitřní. Vnější motivaci je ovlivněna okolím, jakožto působení rodiny, prostředí a ošetrovatelského personálu. Vnitřní motivaci si pacient vytváří sám. Jsou to například myšlenky či hybné síly, které si pacient uvědomuje (Drábková a Hájková, 2018).

1.3.1 KOMUNIKACE S PACIENTEM

Na jednotkách intenzivní péče se nacházejí pacienti ve vážném stavu, tudíž se zde komunikace mezi zdravotním personálem a pacientem liší nejen technikou, ale i celkovým přístupem. V porovnání s komunikací s pacienty na standardním oddělení je způsob komunikace v intenzivní péči odlišný (Tomová a Křivková, 2016). Cílená, efektivní, vědomá a profesionální komunikace není jen nadstavbou, ale měla by být přímou součástí. Z etického a odborného hlediska kontinuální vzdělávání v oblasti komunikace je nedílnou součástí výkonu medicínských profesí (Ptáček et al., 2011).

Pro bezpečné poskytování péče o pacienta je nezbytná komunikace mezi lékařem a ostatním zdravotním personálem. Komunikace probíhá převážně mezi sestrou, pacientem a jeho blízkými osobami. Jedním z nejčastějších etických problémů je rozhovor mezi sestrami, které pracují na jednotkách intenzivní péče (Heřmaňová et al., 2012). V intenzivní péči sestra využívá různé metody komunikace s pacientem. Tyto metody souží ke správné a efektivní komunikaci. Vždy záleží na celkovém zdravotním stavu pacienta a na stavu jeho vědomí (Tomová a Křivková, 2016). Základem je

nalezení šetrného způsobu komunikace, který je výhodný pro pacienty, ale i pro personál. Cílem komunikace je uspokojení biologických, spirituálních a psychických potřeb nemocného. Mezi nejvýznamnější nástroje komunikace řadíme osobnost zdravotníka, osobní zralost, profesionalitu a rozvinuté autoregulační mechanismy (Vévoda et al., 2013).

V těchto zařízeních se nejčastěji setkáme s pacienty s tracheostomií, proto není schopen vyjadřovat hlasové projevy a komunikuje pouze neverbálně. Tito pacienti jsou v hluboké analgosedaci nebo v bezvědomí a nedokážou kvalitně vnímat okolí. Odpověď na bolest nebo oslovení se může projevovat grimasou, zatětím končetin, změnou fyziologických funkcí nebo je bez reakce. Dále se zde nacházejí pacienti při vědomí s nutnou podporou UPV, kteří nejsou schopni hlasového projevu. Dochází k vyřazení hlasivkových vazů z důvodu zavedení tracheostomické kanyly. Neschopnost vyjádřit se často způsobuje depresi, agresi, hněv a netrpělivost pacienta. Proto je velmi důležitá trpělivost a empatie sestry v komunikaci s nemocným. U pacientů, kteří nejsou schopni komunikovat, se využívají různé alternativní metody pro komunikaci (Tomová a Křivková, 2016). Pro pacienta, který je na UPV, je nejjednodušší forma komunikace formou otázek typu ano a ne, nebo pomocí tužky a papíru (Prusenovská a Zeleníková, 2016).

Spontánně dýchající pacienti v úrovni plného vědomí, mají zajištěné dýchací cesty, nejčastěji tracheostomickou kanylou (dále jen TSK). Důležité je pacienta zapojit do procesu učení, aby byl schopen komunikovat se zdravotnickým personálem a svou rodinou. Úkolem sestry je pomoci pacientovi najít vhodný způsob komunikace, snaha je o rozvíjení a učení mluvy. Mohou se využívat i alternativní pomůcky k usnadňující komunikace (Tomová a Křivková, 2016). Pacienti v následné či dlouhodobé intenzivní péči mají často omezené komunikační schopnosti, zejména kvůli poruchám vědomí, hybnosti nebo zajištění dýchacích cest endotracheální kanylou, tracheostomií stimulace (Bartůněk et al., 2016).

Ztráta hlasu u pacientů na UPV nemusí být však trvalá. Pokud je možnost částečného odpojení nemocného, otevírá se možnost obnovení řeči neboli fonace. Dostupnou pomůckou je TSK s vyjímatelnou vložkou či fonační chlopní. Hlas je založen na principu nádechu, který jde přes membránu a výdech proudí kolem hlasivkových vazů. Dále proudí ústy ven, čímž vytváří hlas. Díky hlasu dochází ke komunikaci, ale i k sebevyjádření (Drábková a Hájková, 2018). U nemocných s poruchami vědomí, vnímání nebo pohybu, nejčastěji využíváme koncept bazální

stimulace (Bartůněk et al., 2016).

1.3.2 BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje lidské vnímání v bazální rovině. Tento koncept je zaměřen na všechny oblasti lidských potřeb, poskytuje stimuly pro psychomotorický vývoj, stimuluje komunikaci, hybnost a vnímání. Předpokladem pro správnou strukturu péče je práce s člověkem, jeho životními potřebami a s rituály, na který je zvyklý (Friedlová, 2015). Bazální stimulace je využívána zejména v intenzivní péči. Během bazální stimulace by měly sestry přistupovat k pacientovi jako k sobě rovnému partnerovi a komunikovat s ním (Kapounová, 2020). Friedlová (2015) tvrdí, že vnímání sebe sama, je předpokladem k pohybu a komunikaci s okolím. Jestliže je okolní prostředí málo podnětné, z jakéhokoli důvodu může dojít k senzoričké deprivaci. Pokud není dostatečná pohybová aktivita, hrozí motorická deprivace nemocného (Friedlová, 2015). Prvky stimulace jsou rozděleny na základní a nastavbové prvky bazální stimulace. Zvolení druhu stimulace je u každého pacienta individuální a určuje se na základně biografické anamnézy, kde je vždy zohledněn celkový stav pacienta. Sestra hodnotí psychické a zdravotní aspekty, které by mohly ovlivnit stav klienta (Ševčíková, 2015). Stimulace je zaměřena na určité vjemy.

Principem somatické stimulace je podpora vnímání vjemů z povrchu těla přes kožní percepční orgány. Tuto stimulaci lze aplikovat při celkové koupeli, masáži stimulující dýchání, polohování, zábaly těla či samotným dotykem. Vestibulární stimulace je zaměřena na vnímání pohybů, uvědomování si své polohy a také na prostorovou orientaci (Kapounová, 2020). K uvědomění polohy těla pacienta, slouží také vibrační stimulace, která má za cíl posílit stabilitu člověka. Je využívána například u pacientů s hlubokou mentální retardací nebo u lidí ve vigilních kómatech. Zde jsou využívány pokleповé masáže, hudební nástroje, mluvené slovo, klepání či chvění (Friedlová, 2015). Do nastavbových prvků bazální stimulace řadíme stimulaci auditivní neboli sluchovou, která je prováděna pomocí známých zvuků, jako je například oblíbená hudba, televize, čtení knihy nebo zpěv (Kapounová, 2020). Pro optickou neboli zrakovou stimulaci platí komplexní přístup, tzn. kombinace optické, somatické a vestibulární stimulace. Zrakové vnímání umožňuje připomínat nemocnému, na co byl doposud zvyklý, jako je například rodina, záliby či domácí mazlíčci. K zrakové stimulaci lze využívat fotografie, barvy, výzdobu prostředí nebo oblíbené předměty

(Friedlová, 2015).

Pomocí vjemů v dutině ústní lze aplikovat i stimulaci orální. Podáváním oblíbených nápojů a jídla, jsou stimulovány chuťové pohárky a zlepšuje se tak příjem per os (Kapounová, 2020). Olfaktorická (čichová) stimulace je významný provokatér vzpomínek. Vůní či pachem lze vyvolat vzpomínky na roční období, osobu nebo pozitivní i negativní situaci. Do péče lze zařadit vůni toaletních potřeb klienta, jídla nebo vůni spojenou s prostředím (pacient pracoval v lese – kousek dřeva, stromů, smůly). V poslední řadě se budeme zabývat taktilně-haptickou stimulací, která je založena na schopnosti hmatu čili rozpoznávat předměty a známé materiály. Do taktilně-haptické stimulace je důležité zařadit biografii klienta, tzn., co měl nemocný rád, na co byl zvyklý, pracovní život nebo jeho koníčky. Cílem této stimulace je stimulace motoriky rukou, budování vztahů a důvěry, změna svalového napětí nebo například stimulace vnímání a aktivity mozkové kůry (Friedlová, 2015).

1.3.3 SPOLUPRÁCE S RODINOU

Komunikace s rodinou je jedna z nejnáročnějších oblastí komunikace pro řadu zdravotníků. Je to však příležitost, jak získat rodinu pacienta ke spolupráci (Vévoda et al., 2013). Drábková s Hájkovou tvrdí, že kontakt a spolupráce s rodinou, jsou součástí péče o pacienta (Drábková a Hájková, 2018). Zdravotnický personál by se měl držet zásad komunikace s příbuznými, být taktní, vstřícný a důvěrně chránit osobní informace o nemocném. Pravidelné a opakované sdělování informací o zdravotním stavu klienta je důležité pro nemocného i pro rodinu (Vévoda et al., 2013). Informace o zdravotním stavu pacienta podáváme pouze osobám se souhlasem pacienta.

V intenzivní péči často není možné získat jeho souhlas. Ze zákona mají právo získat informace pouze osoby, které jsou pacientovi blízké. Mezi blízké osoby řadíme přímé příbuzné, sourozence, manžela či manželku nebo partnera podle zákona o registrovaném partnerství (Heřmanová et al., 2012).

Návštěvy rodiny udržují pacienta v kontaktu s okolním světem a tím je snížena frustrace nemocného v důsledku nedostatečného sociálního kontaktu. Pacient i jeho rodina mohou prožívat dlouhodobý stres (Drábková a Hájková, 2018). Nepříznivě působí na psychiku člověka jakákoli změna zdravotního stavu, jelikož je nucen v době hospitalizace měnit zavedený způsob svého života. Nemocný je odříznut od běžných aktivit, na které byl doposud zvyklý. Významnou roli zde hraje komunikace, která je odrazem vztahů v rodině. Rodina, kde jsou vztahy na správné úrovni, má zájem podílet

se na uzdravení nemocného (Tomová a Křivková, 2016). Pobyť na jednotkách NIP a DIOP je velmi dlouhý, proto jsou návštěvy pro rodinu i pacienta nesnadné. V některých případech dochází postupem času k úpadku zájmu rodiny, proto jsou návštěvy jsou minimální. Přínosem pro klienta může být, i pokud je návštěva pozitivně naladěna. Pro rodinu je obtížné vyjadřovat smutek, lítost a neprojevat negativní emoce či obavy (Drábková a Hájková, 2018). Přístrojová vybavenost a doprovodné zvuky působí na jednotlivce stresujícím dojmem. Bezpochyby nevytvářejí příznivé prostředí pro následnou komunikaci s rodinou pacienta. Zde se mohou vyskytovat i komunikační šumy (mechanické, psychické, sociální, fyzikální), které mohou bránit přenosu sdělení informací. Za těchto okolností může vzniknout u rodiny nejistota a následně i strach o blízkého.

Prvním krokem, jak zmírnit psychické zatížení rodiny, je sdělit dostatečné množství informací o zdravotním stavu jejich blízkého, vhodným a srozumitelným způsobem a ve správnou dobu (Tomová a Křivková, 2016).

et al. (2018) tvrdí, že přítomnost rodiny je přínosem, jelikož pomáhá uvolnit emoce a vnitřní prožívání pacienta. Dále podporuje jeho zdraví a povzbuzuje nemocného k mobilizaci vnitřní síly, což je nezbytný faktorem pro obnovení zdraví a přežití (Haugdah| et al., 2018).

Sestra, která spolupracuje s rodinou a poskytuje blízkým informace o pacientovi, musí znát své limity, kompetence a možnosti. Sděluje informace, které se především týkají organizačního zajištění péče o klienta a dále o chodu oddělení (Vévoda et al., 2013).

Před příchodem rodiny k lůžku by se měla sestra i lékař představit a informovat blízké o zdravotním stavu pacienta. V tomto případě je vhodné popsat důvod podpůrných přístrojů a invazivních vstupů. Rodina tak získá představu, v jakém stavu se pacient nachází. Je poučena, jak k pacientovi přistupovat a jak s ním komunikovat. Vhodné je, aby informace byly zopakovány, jelikož velké množství informací není rodina schopna pochopit a zpracovat (Tomová a Křivková, 2016). Pokud se pacient nachází ve zlomovém bodě, kdy je mezi životem a smrtí, tak rodina přispěje k vnímání okamžiku pacienta teď a tady (Haugdah| et al., 2018). V komunikaci by měl být vztah mezi sestrou a rodinou pacienta partnerský a je nezbytné, aby sestra vnímala rodinu jako komunikačního partnera. Po domluvě s lékařem by sestra měla dokázat v rámci svých dovedností odpovídat na dotazy příbuzných a získat je ke spolupráci (Tomová a Křivková, 2016). Obsah informací se nesmí lišit od informací, které sdílí lékař. Proto

spolupráce a komunikace mezi sestrou a lékařem má drahocenný význam (Vévoda et al., 2013). Komunikační dovednost sestry ovlivňuje vztah mezi ní a rodinou pacienta v celém ošetrovatelském procesu. Vliv, který působí na vývoj a průběh komunikace s rodinou je hlavně onemocnění pacienta a závažnost zdravotního stavu. Dále komunikaci ovlivňuje i délka hospitalizace, vývoj nemoci a diagnóza s prognózou (Tomová a Křivková, 2016).

1.3.4 POTŘEBA PSYCHICKÉ VYROVNANOSTI

Zdravotnický personál si často neuvědomuje, že pacient ztrácí životní rytmus, stravovací zvyklosti, prestiž, kontakt s rodinou nebo možnost různých aktivit. Pacient se nachází v cizím prostředí s cizími lidmi. Čelí tak obavám o vlastní zdraví, trpí nespavostí, bolestmi a mnoha omezeními, které intenzivní péče zahrnuje. Nedostatek či narušení spánku bývá v intenzivní péči velmi časté (Kapounová et al., 2020). Mezi rušivé elementy může patřit jiný neklidný pacient, zvuky přístrojů, alarmů, hlučná konverzace personálu nebo jiný provozní hluk. Úlohou sestry je omezení hluku na minimum, obzvlášť ve večerních hodinách (Šamánková et al., 2011). Další nezbytnou potřebou, která vede k psychické pohodě, je pocit bezpečí a jistoty. Klient dlouhodobou hospitalizací ztrácí pocit bezpečí z důvodu nedostatku informací, obav z výkonů, bolesti, nebo nesoběstačnosti. Úkolem zdravotnického personálu je v pacientovi vzbudit pocit bezpečí. Předcházíme tomu například trpělivostí, empatií, nasloucháním, psychickou podporou a plněním potřeb. Na všechny tyto situace má pacient právo reagovat, což se často projevuje úzkostí, agresí, depresí nebo jinými poruchami chování. K tomu, aby byl pacient v psychické pohodě, lze přispět nácvikem soběstačnosti, minimalizací nebo odstraněním bolest, komunikací s ním, odstraněním hluku a zajistit nemocnému dostatečný odpočinek a spánek (Kapounová et al., 2020).

1.3.5 POTŘEBA DÝCHÁNÍ

Potřeba dýchání patří mezi základní biologické potřeby každého člověka a je předpokladem pro lidskou existenci (Kapounová et al., 2020). Jednou z nejzákladnějších domén intenzivní péče, je zajištění dýchacích cest. U pacientů na jednotkách DIOP či NIP jsou zajištěny dýchací cesty nejčastěji tracheostomickou kanylou (Šamánková et al., 2011).

Indikací k vytvoření TSK je mechanická obstrukce dýchacích cest, nádorové onemocnění dýchacích či polykacích cest, dlouhodobá endotracheální intubace a další

jiné příčiny. U pacientů v intenzivní péči je nejčastější příčinou porucha ventilace, kdy je nezbytné zajistit dýchací cesty (Hahn et al., 2019). Jsou dva typy tracheostomických kanyl - plastové a kovové (méně časté), které mění se každý den (Ferko et al., 2015).

Péče o TSK spadá do kompetencí všeobecných sester. Do kompetencí řadíme pečlivou a šetrnou toaletu dýchacích cest, dechovou rehabilitaci, zvlhčování dýchacích cest nemocného včetně předcházení komplikací (Drábková a Hájková, 2018). Na jednotkách DIOP či NIP sestry poskytují péči o tracheostomii každý den. Okolí stomie je nutné dezinfikovat a postup musí být přísně aseptický, čímž zamezí vzniku infekce. K hygieně dýchacích cest se využívá elektrická odsávačka, která odsává bronchiální sekret a dále je zapotřebí zvlhčovat vzduch nebulizátorem, aby nedošlo k vysušení sliznice. U TSK je důležitá kontrola těsnění kanyly a pravidelná výměna (Ferko et al., 2015). Zatímco zrušení kanyly (dekanylace) či tísňové orotracheální intubace je pouze v kompetencích lékařů (Drábková a Hájková, 2018).

1.3.6 POTŘEBA VÝŽIVY

Dalším nezastupitelným prvkem intenzivní péče je umělá výživa. Hlavním důvodem indikace umělé výživy, je pokrýt normální příjem potravy, který závisí na povaze onemocnění, ale i výchozím stravováním nemocného (Bartůněk et al., 2016). U každého pacient je nezbytná nutriční terapie, která snižuje pravděpodobnost zhoršení zdravotního stavu nemocného (Zanten et al., 2019).

Umělou výživu rozdělujeme na parenterální, enterální a často také kombinovanou. Parenterální výživa se využívá v případě, kdy je kontraindikována enterální nebo pokud není tolerována pacientem. Dále rozlišujeme parenterální výživu dle místa podání do žilního systému na centrální a periferní (Bartůněk et al., 2016). Výživu dělíme na totálně parenterální, doplňkovou parenterální a speciální orgánově specifickou výživu. Vždy je podstatné určit předpokládanou délku, správný typ výživy a vhodně zvolený žilní vstup (centrální žilní katétr, periferní žilní katétr či tunelizovaný katétr) (Vytejková et al., 2015). Dříve se využíval systém více láhví (Multi-bottle), při němž se jednotlivé komponenty mísily až při podání více láhví. Tento systém byl nevýhodný, a tak vznikl nový systém parenterální výživy, systém vaků All in One, který je dnes preferován. Tento systém představuje lékárensky připravené vaky, o větším objemu, kde se nacházejí jednotlivé komponenty výživy. V případě, že má pacient funkční trávicí trakt, je indikována enterální výživa. Využívá se buď formou perorálních doplňků, tzv. sipping (pokud je možnost příjmu per os), stomií či formou nazálních

sond (Bartůněk et al., 2016). Enterální výživu dělíme podle zahájení nutriční podpory na bezprostřední, časnou nebo pozdní enterální výživu. Zadák (2017), společně s dalšími autory popisuje ve své knize, že časná enterální výživa je přínosná pro pacienty v kritickém stavu a také snižuje morbiditu (Zadák et al., 2017). Nejčastější formou aplikace enterální výživy je pomocí nasogastrické či nasoenterální sondy, nebo výživné stomie. Mezi nazální sondy řadíme nasogastrické, nasoduodenální a nasojejunální sondy. Pro dlouhodobé podávání enterální výživy, volíme spíše perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG), nebo jejunostomii (PEG-J) (Bartůněk et al., 2016). Mezi hlavní indikace pro zavedení PEG je neschopnost pacienta přijímat tekutiny ani stravu ústy po dobu déle než tři týdny. Příčinou mohou být neurologické či obecně oslabující poruchy a orofaryngeální či ezofageální obstrukce (Tham et al., 2017). Rozhodnutí k založení PEG není pouze rozhodnutím o technickém provedení výkonu, ale jedná se tak o novou etapu života dlouhodobé enterální výživy s působením celé řady podstatných dopadů (sociální, zdravotní a ekonomické). Cílem této metody je optimální výživa jedince a zlepšení či udržení kvality života nemocného. Pro zavedení PEG musí být splněny tyto podmínky: základní indikace, stanovení léčebného cíle, kterého chceme dosáhnout a informovaný souhlas. Pokud není jedna z podmínek splněna, z etického hlediska není možné sondu PEG zavést (Druml et al., 2016). Po zavedení PEG kontroluje všeobecná sestra celkový stav pacienta, monitoruje fyziologické funkce, kontroluje místo operačního vstupu, kde byl PEG zaveden (Vytejková, 2013). Dalším úkolem všeobecné sestry je pravidelný převaz, minimálně po dobu 14 dnů a kontrola místa zavedení (Kianička, 2012). Při převazu je místo zavedení ošetřeno vždy aseptickým postupem (za nepřítomnosti mikroorganismů) pomocí dezinfekce, sterilních nástrojů a sterilního materiálu (Vytejková, 2013). Správným ošetřením je eliminován počet pozdních komplikací (Kianička, 2012). Stav rány a použitý materiál si sestra denně zapisuje do ošetřovatelské dokumentace. Podstatné je všimnout si změn v okolí zavedené sondy, které mohou poukazovat na infekci. Pokud se objeví krvácení, zarudnutí místa, bolestivost či sekrece z rány, musí sestra informovat lékaře. Zhruba po 14 dnech dochází ke zhojení rány, tudíž se převaz provádí jednou až dvakrát týdně. Sonda se pravidelně otáčí o 360 stupňů a zanořuje o 2-3 cm do žaludku. Poté se opět povytáhne a správně zafixuje. K zhojení rány dochází do 14 dnů, poté se převaz provádí jednou až dvakrát týdně. Je důležité, aby sestra či pacient sondu pravidelně otáčel a zanořoval. Péči o PEG provádí v nemocničním prostředí všeobecná sestra a v domácí péči sám pacient či jeho rodina (Vytejková,

2013).

Přípravky enterální výživy rozdělujeme na nutričně kompletní preparáty, které obsahují celé spektrum živin, preparáty nekompletní nebo doplňkovou výživu. Standardní enterální výživa se dělí podle nároků na trávení. Sem řadíme polymerní nutričně definované preparáty, které mají poměrně nízkou osmolalitu a pro proces trávení, vyžaduje přítomnost pankreatických enzymů. Dále jde o chemicky definovanou enterální výživu, která se dělí na elementární a oligomerní. Indikují se u pacientů s těžkou nedostatečností trávicího traktu, jako jsou poruchy trávení a vstřebávání (Barůněk et al., 2016).

1.4 ROLE SESTRY

Povolání sester prošlo mnoha změnami v krátkém časovém horizontu a neustále se formuje a rozvíjí (Lamb et al., 2018). Součástí každého povolání je očekávané a vyžadované chování, které nás zařazuje do společnosti a určuje naše postavení. Z toho vyplývá i role dané osoby, která je součástí legislativních norem (Plevová, 2018). Role sestry se odvíjí podle jednotlivých pracovišť a podle kontaktů v zaměstnání. Tato role je určena podle kontaktu s pacientem, sestrami a lékařem. Úkolem sestry v ošetrovatelství je prevence, primární péče, udržování a podpora zdraví, paliativní péče a spolu s tím i umírání pacientů.

Modernizace a vzestup ošetrovatelství jde ruku v ruce s adaptací sester na rozvoj nových technologií, pomůcek, mezioborovou a mezinárodní spolupráci (Zacharová, 2017). Dle definice WHO (World Health Organization), je sestra osoba, která byla přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci, aby se stala sestrou s právoplatnou licencí k výkonu ošetrovatelské praxe. Sestry potřebují kompetence k tomu, aby se mohly rozvíjet, podporovat, udržovat zdraví a předcházet nemocem. Dalším úkolem sestry je pomáhat nemocným, rodinám či skupinám dosáhnout mentálního, fyzického i sociálního potenciálu a snaží se jej udržovat ve vazbě s prostředím, ve kterém nemocní žijí a pracují (Plevová, 2018). Dle Zacharové (2017) sestry hodnotí, plánují a poskytují svou profesionální péči v průběhu nemoci i v průběhu rekonvalescence. Péče zahrnuje fyzické, mentální i sociální aspekty života, které mají dopady na zdraví, nemoc a umírání. Sestra pracuje samostatně jako člen zdravotnického týmu (Zacharová, 2017). Sestry se snaží podporovat a aktivně zapojovat jedince, rodiny, komunity a sociální skupiny do všech forem zdravotní péče, čímž

podněcují k sebedůvěře a samostatnosti v rozhodování při současném vytváření zdravého životního prostředí (Plevová, 2018). Ze sociologického hlediska mají sestry čtyři určité znaky role, které definují jejich povolání. Prvním znakem je funkční specifita. Určuje odbornost a udává specifické kompetence pro vykonávání povolání. Odbornost vyplývá ze získaného vzdělání a kompetence jsou vymezeny dle postavení sestry a daného pracoviště, kde povolání vykonává (Kutnohorská, 2007). Druhým nezbytným znakem pro vykonávání činnosti sestry je sociocentrismus, který je zaměřen na potřeby pacienta. Sociocentrismus je orientován na druhé osoby a je spojen s nezištností a schopností sebezapření (Juklová et al., 2015).

Dalším znakem je univerzalismus, který zahrnuje stejný a univerzální postoj ke všem pacientům či kolegům bez ohledu na vlastní sympatie a antipatie (Kutnohorská, 2007). K univerzalizmu se váže i emocionální neutralita, která je podstatným faktorem pro výkon povolání sestry. Sestra musí schopna podřídit emoce rozumové kontrole (Juklová et al., 2015). Funkcí sestry je členství ve zdravotnickém týmu, kde plní ošetrovatelsko-pečovatelské, expresivní, výchovné, instrumentální role. Dále zajišťuje poradenství, podporu a výchovu ve zdraví a v neposlední řadě plní i administrativní práci (Plevová, 2018).

S rozvojem doby sestry zastupují i další funkce ve vykonávání povolání. Kromě ošetrovatelských intervencí, vykonávají sestry i role, které přispívají nejen k rozvoji ošetrovatelství, ale i k rozvoji vlastní osobnosti. Sestra pracuje jako ošetrovatelka, kde poskytuje základní ošetrovatelskou péči. Další podstatnou navazující rolí je edukace pacientů a rodin v důsledku onemocnění, následné léčby a ošetrovatelských intervencí. V rámci zajišťování ošetrovatelské péče je i koordinátorkou, která plánuje a realizuje ošetrovatelskou činnost. V důsledku zajišťování ošetrovatelské péče vstupuje do role koordinátorky, která umí plánovat a realizovat ošetrovatelské činnosti (Fulton et al., 2021). V případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby či přání, stane se sestra jeho mluvčím, neboli obhájkyň klientů (Strudwick et al. 2019).

Ve spolupráci s lékařem se stává asistentkou, která zajišťuje diagnosticko-terapeutické intervence. V rámci oboru, kde sestra vykonává své povolání, si neustále rozšiřuje své vzdělávání, tudíž se stává také výzkumnicí. Role výzkumnice je přínosná pro zkvalitnění ošetrovatelské péče, zvyšuje úroveň ošetrovatelství a je přínosem pro mezinárodní spolupráci (Fulton et al., 2021).

Základní prioritou pro dlouhodobou a následnou intenzivní péči je udržet, zlepšit a navrátit zdravotní stav a životní funkce nemocného. Pacienti v dlouhodobé a následné

intenzivní péči jsou dlouhodobě monitorováni a mají více invazivních vstupů. Úkolem sestry je kontrolovat pacienta, umět včas zasáhnout v kritických situacích, které nemocného ohrožují na životě. Dále musí sestra znát a umět obsluhovat přístrojové vybavení na svém pracovišti, které je nezbytnou součástí k zachování života pacienta. Péče zahrnuje správné rozhodování, bez rychlého unáhlení, společně s kvalitním a efektivním zajištěním klienta (Drábková, 2018). Součástí rozvoje zdravého objektivního posuzování je nutností získat kritické myšlení neboli souhrn znalostí, dovedností, logiky, zdravého rozumu a intuice. Cílem kritického myšlení je správně identifikovat problém nemocného a následně včas zasáhnout bez metody pokus-omyl. Na rozvoj kritického myšlení mají vliv klinické zkušenosti a odborné ošetrovatelské znalosti. Podstatou je kladení otázek, které se týkají onemocnění, příznaků, diagnózy a snaha o nalezení nejvhodnějšího řešení, které neohrozí život klienta (Kapounová, 2020).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V následující kapitole se budeme věnovat stanoveným cílům a výzkumným otázkám, které byly vytvořeny pro diplomovou práci.

2.2 CÍLE PRÁCE

Cíl 1: Zjistit, jak sestry pracující na jednotkách dlouhodobé a následné intenzivní péče vnímají svou roli.

Cíl 2: Zjistit význam kooperace sester a rodiny pacienta na jednotkách dlouhodobé a následné intenzivní péče.

2.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V souvislosti se stanovenými cíli naší diplomové práce jsme zvolily následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak sestry vnímají své role na oddělení dlouhodobé a následné intenzivní péče?

Výzkumná otázka 2: Jsou příbuzní zapojováni do ošetrovatelského procesu o pacienta na jednotkách dlouhodobé a následné intenzivní péče?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem se rodina aktivně zapojuje do péče o pacienta?

Výzkumná otázka 4: Zapojují se sestry do edukace rodiny pacienta?

Výzkumná otázka 5: Jaký je význam kooperace sester a rodiny pacienta v rámci ošetrovatelského procesu na jednotkách dlouhodobé a následné intenzivní péče?

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Tato kapitola slouží k definování pojmů, které byly použity v cílech a výzkumných otázkách naší práce.

Všeobecná sestra – *Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči (zákon 96/2004 Sb.)*

Dlouhodobá intenzivní péče – *Pracoviště poskytující intenzivní ošetrovatelskou péči pacientům se závažným, převážně neurologickým postižením, jejichž stav již nevyžaduje umělou plicní ventilaci, vyžaduje však intenzivní ošetrovatelskou péči o dýchací cesty (Kalvach et al., 2011, s. 245)*

Následná intenzivní péče – *Zahrnuje všechny komponenty intenzivní medicíny: umělou plicní ventilaci (Drábková a Hájková, 2018, s. 20)*

4 METODIKA VÝZKUMU

V další kapitole se budeme zabývat metodikou výzkumného šetření a charakteristikou výzkumného souboru.

4.1 POUŽITÉ METODY

Pro výzkumnou část naší diplomové práce jsme s ohledem na cíle práce zvolily techniku kvalitativního šetření. Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami a sestrami s odbornou specializací. Všechny informantky souhlasily s podmínkami rozhovoru a byly ujištěny, že bude dodržena jejich anonymita. Se souhlasem sester byl rozhovor nahráván na audiovizuální záznam. Následně byly získané informace přepsány do programu Microsoft Word (ukázka kódování rozhovoru v příloze A). Rozhovory nebyly formálně upraveny z důvodu lepší autentičnosti. Získání dat bylo analyzováno pomocí programu MAXQDA 2022, kde jsou barevně vyznačeny hlavní kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy. Každý rozhovor byl individuální a trval přibližně pětatřicet minut. Obsahoval předem připravených 29 otázek, které byly společné pro sestry z jednotek NIP i DIOP. Jednalo se o otevřené i uzavřené otázky. Pro sestry, pracující na oddělení NIP byly doplněny další 3 otázky, které byly specifické pro tento druh pracoviště. První čtyři otázky se týkaly identifikačních údajů o respondentech (o jaké pracoviště se jedná, dosažené vzdělání, specializace, doplněné kurzy a délka praxe na tomto oddělení). Otázka 5 a 27 byla zaměřena na praxi v jiném zdravotním zařízení a na rozdílnost oddělení. Otázky 6 a 7 informovaly o vytíženosti sester (lůžková kapacita a o kolik pacientů pečuje jedna sestra). Další otázky našeho rozhovoru byly zaměřeny na pacienty (diagnózy, délka hospitalizace, spolupráce s personálem, propuštění do domácího prostředí a možnost DUPV). Následovaly otázky, které se vztahovaly k rodině pacienta a kooperaci rodiny s personálem (motivace, spolupráce a zapojení rodiny).

Zbytek otázek byl zaměřen na samotný ošetrovatelský proces, plnění rolí sester a edukaci rodiny (specifika péče, koncept bazální stimulace, DUPV a role sester).

4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ SKUPINY

Výzkumnou skupinou dotazovaných osob tvoří celkem deset všeobecných sester. Rozsah souboru byl stanoven na základě teoretické nasycenosti odpovědí informantů. Předem připravený rozhovor byl veden pouze se sestrami, které pracují na jednotkách dlouhodobé a následné intenzivní péče. Do výzkumu byly zapojeny pouze všeobecné sestry a sestry s vysokoškolským vzděláním či s odbornou specializací v intenzivní péči. Bližší označení pracoviště není zmiňováno z důvodu dodržení anonymity. Z toho důvodu jsou také sestry označeny jako „S1“ až „S10“, což je odpovídající označení dotazovaných. Pro výběr a získání informantek byla použita technika „snow ball“. Výzkumné šetření bylo uskutečněno v únoru 2022 mimo nemocniční zařízení.

Tab.1 Údaje o informantech

Označení sestry (S)	Oddělení	Délka praxe	Vzdělání, specializace	Kurzy
S1	NIP	5 let	Všeobecná sestra, ARIP	Ano
S2	DIOP	20 let	Všeobecná sestra, ARIP	Ne
S3	NIP, DIOP	6 let	Všeobecná sestra - Bc., ARIP	Ano
S4	DIOP	2 roky	Všeobecná sestra - Mgr., ARIP	Ne
S5	NIP	10 let	Všeobecná sestra - Bc.	Ano
S6	DIOP	8 let	Všeobecná sestra - Bc. ARIP	Ano
S7	NIP	3 roky	Všeobecná sestra - DiS.	Ne
S8	NIP	5 let	Všeobecná sestra – DiS., Bc.	Ne
S9	NIP	2 roky	Všeobecná sestra, ARIP	Ano
S10	NIP, DIOP	7 let	Všeobecná sestra - Bc., ARIP	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Sestra, označená jako S1, pracující na jednotce NIP, dosáhla středoškolského vzdělání (všeobecná sestra), následně vystudovala odbornou specializaci a na tomto oddělení pracuje již 5 let. Sestra označená S2, která pracuje na jednotce DIOP, dosáhla středoškolského vzdělání (všeobecná sestra), následně vystudovala odbornou specializaci a na této jednotce pracuje téměř 20 let. Sestra, označená S3 pracuje zároveň na jednotce NIP i DIOP. Uvedla, že tyto jednotky jsou součástí jednoho zdravotnického zařízení, a tak se zde personál na jednotkách střídá. Délka praxe na tomto oddělení je 6 let. Tato sestra dosáhla bakalářského titulu, společně s odbornou specializací. Sestra, označená S4, pracovala 2 roky na jednotce DIOP. Dosáhla magisterského titulu a následně odborné specializace. Kvůli nespokojenosti odešla v roce 2021 do jiného nemocničního zařízení. Sestra, označená S5, pracuje na jednotce NIP již 10 let a dosáhla bakalářského titulu. Sestra, označená S6, pracující na jednotce DIOP, dosáhla bakalářského titulu a následně vystudovala odbornou specializaci. Délka praxe na tomto pracovišti je 8 let. Sestra, označená S7, pracuje 3 roky na jednotce NIP. Dosažené vzdělání této sestry je diplomovaný specialista. Sestra, označená S8 dosáhla nejprve titulu diplomovaný specialista a později bakalářského titulu. Téměř 5 let pracuje na jednotce NIP. Sestra, označená S9, pracující na jednotce NIP, dosáhla středoškolského vzdělání (všeobecná sestra), společně s odbornou specializací. Sestra, označená S10 pracuje zároveň na jednotce NIP i DIOP, stejně jako S3. Dosáhla bakalářského titulu, společně s odbornou specializací.

5 VÝSLEDKY ANALÝZY

5.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ

Po použití metody otevřeného kódování, vznikly z rozhovoru následující kategorie a podkategorie, které jsou znázorněny na obr. 1. Pokud u některé kategorie či podkategorie vzniklo více kódů, v obrázcích je znázorněno pro lepší přehlednost pouze 7 nejpoužívanějších.

Obr. 1 Kategorie a podkategorie

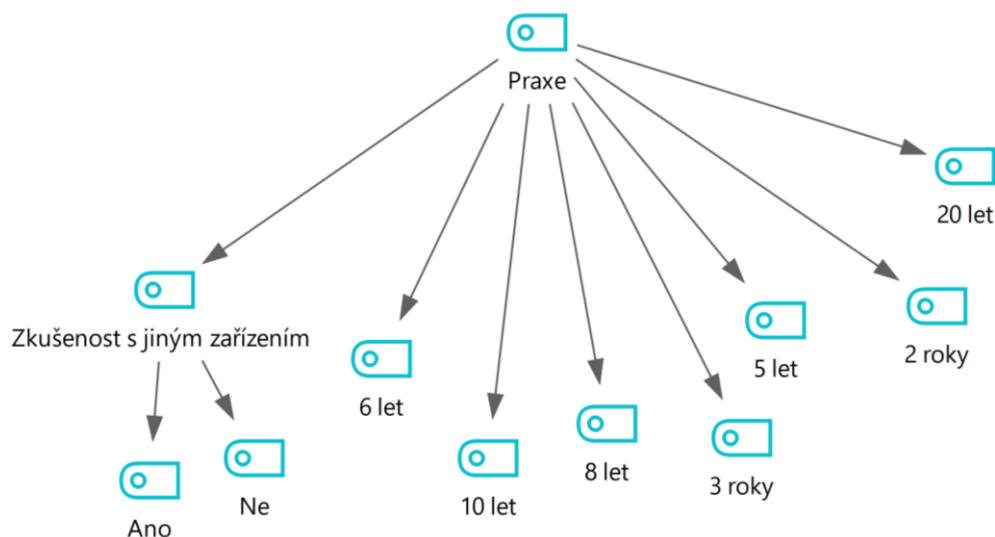
- ▼ ● ☒ Praxe
 - ☒ Zkušenosti s jiným zařízením
 - ☒ Vzdělání
 - ☒ Kurzy
 - ☒ Typ oddělení
- ▼ ● ☒ Informace o pacientech
 - ☒ Diagnózy
 - ☒ Důvody přijetí
 - ☒ Délka hospitalizace
- ▼ ● ☒ Jednotky NIP a DIOP
 - ☒ Vytíženost sester
 - ☒ Kapacita
 - ☒ Specifika péče
- ▼ ● ☒ Rodina pacienta
 - ☒ Spolupráce se zdravotníky
 - ☒ Zapojení rodiny
 - ☒ Edukace rodiny
 - ☒ Motivace rodiny
 - ☒ Reakce rodiny
 - ☒ Přínos kooperace rodiny s personálem
 - ☒ Zájem o domácí péči
 - ☒ Přístup k domácí péči
 - ☒ Edukace o DUPV
- ▼ ● ☒ Informovanost sester
 - ☒ Role sester
 - ☒ DUPV
 - ☒ Dostupnost jednotek
- ▼ ● ☒ Bazální stimulace
 - ☒ Význam
 - ☒ Využití v praxi
 - ☒ Zapojení rodiny
 - ☒ Prostředky

Zdroj: Vlastní zpracování

5.1.1 KATEGORIE Č. 1 ROZDÍLNOST ODDĚLENÍ

Tato kategorie popisuje zkušenosti a názory sester na rozdílnost oddělení. V případě, že mají sestry zkušenost s praxí na jiném oddělení, jsme zjišťovaly, jaké vidí odlišnosti v porovnání s následnou či dlouhodobou intenzivní péčí.

Obr. 2 Kódování kategorie informace o informantech



Zdroj: Vlastní zpracování

Kromě informantek, označené jako S8 a S9, mají sestry zkušenost s praxí na jiném oddělení. Většina sester přestoupila na jednotky NIP či DIOP z anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Zajímala nás pozitiva i negativa, které sestry vnímají při porovnání oddělení. Nejčastěji se sestry shodly, že na oddělení NIP a DIOP jim vyhovuje chod oddělení, kdy nedochází k akutním příjmům a jsou tak méně vystavovány stresu. S1 pracovala zhruba 30 let na oddělení ARO a na otázku odpověděla takto: „Když porovnáš obě oddělení, tak vše má své plusy i minusy. Každý oddělení je trochu specifický. Myslím, že u mě to rozhodl i věk. ARO pro mě bylo skvělý oddělení, kde mě to bavilo a mnoho jsem se naučila, ale to jsem byla mladší. Nevadila mi rychlá akce, adrenalin nebo stres. Dneska už to mám trochu jinak. Když jsem přecházela sem, trochu jsem z toho měla obavy, i když jsem věděla, do čeho jdu. Ta péče je tady taky intenzivní a specializovaná, což je fajn, protože jsem na to zvyklá a říkala jsem si, že by byla škoda jít na běžný standard. Líbí se mi, že tady jsou plánované příjmy a není tady takový chaos.“ Podobně reagovala i S2, která pracovala dříve na jednotce intenzivní péče: „Největší odlišností je asi to, že na JIP bylo více adrenalinu,

ve smyslu, že se třeba něco zvirtlo nebo bylo nějaké nečekané zhoršení pacienta. Pak taky bylo více neplánovaných příjmů, což tady není. Dá se říct, že tady jsou příjmy plánované. Ale když porovnám obě jednotky NIP, DIOP a JIP, tak, jsem byla spokojenější spíš asi na JIP. Ta dlouhodobá intenzivní péče nebo ta NIP je pro mě dost náročná a časem vás to pomalu semele. Někomu to nevadí, ale já potřebuji většinou nějakou zpětnou vazbu. Myslím tím, že z práce, kterou udělám, chci mít dobrý pocit, že jsem někomu pomohla. Nechci, aby to vyznělo blbě, ale tady je skladba pacientů taková, že se většinou ti lidé domů nedostanou. Jsou to většinou vigilní komata, takže děláte práci pořád dokola – odsáváte, krmíte do PEG, polohujete. Snažíte se na ně mluvit, ale víte dopředu, že to nikam nepovede“. S3 popsala svou praxi na jednotce intenzivní péče a neurologické ambulanci, jako práci, která jí naplňovala, ale byla odlišná od práce na jednotkách NIP a DIOP. Odpověď sestry S4 : „Pracovala jsem pár let na interní jipce a pak na ARO. Tam mě štválo, že jste vlastně nevěděla, co vás za ten den čeká. Byly příjmy, které byly fakt akutní, jako nehody, sepse nebo tak a tady je to prostě klidnější. Samozřejmě se tu občas vyskytnou komplikace, ale není to tak nárazové.“

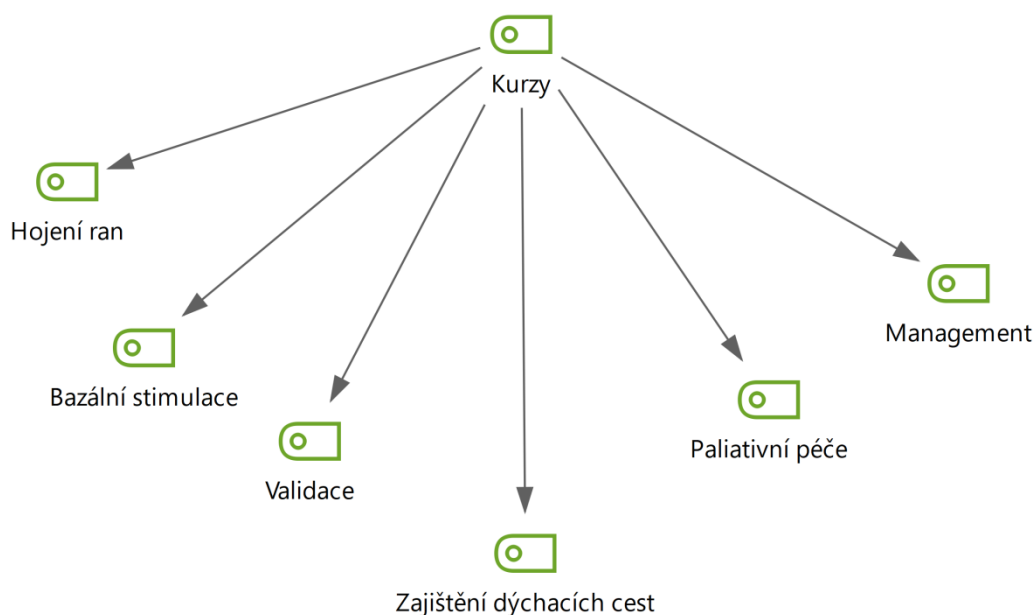
Informantka S5 pracovala na chirurgickém oddělení a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení: „Asi 5 let jsem pracovala na chirurgii na lůžkách, pak na jipce, kde jsem byla celkem spokojená. Po mateřské jsem nastoupila na ARO do jiné nemocnice, ale to mi nevyhovovalo, protože jsem dojížděla poměrně z daleka. Nakonec jsem přešla sem, kde se mi celkem líbí. Máme fajn kolektiv a práce je odborná.“ Sestra, označená jako S6, pracovala také na chirurgii: „Před mateřskou jsem dělala na chirurgii, kde jsem pracovala na lůžkách, občas ambulance a pak často dospívák. Po mateřské jsem si říkala, že půjdu někam k praktikovi, ale přišla možnost DIOP. Dlouho jsem váhala, ale pracovala tam moje bývalá kolegyně z ambulance a lanařila mě tam. Když jsem nastoupila, práce byla hodně náročná. Dodělala jsem si ARIP a řekla jsem si, že tam asi zůstanu. Je tady super kolektiv, který dělá hodně, protože ta práce je občas náročná. Když to porovnám, tak obě oddělení měly své klady, ale i zápory.“ S7, pracující na jednotce NIP odpověděla takto: „Pracovala jsem ve fakultní nemocnici a pak v Ostravě. Z počátku jsem pracovala na interně při studiích, pak jsem se přestěhovala do Hradce, kde jsem nejprve pracovala na intermediálu na metabolické jednotce a pak jsem přešla na NIP. Porovnávat to asi úplně nemůžu, protože to byla jiná oddělení a jiná práce. Ale jsem tady spokojená. Líbí se mi, že mám na starosti méně pacientů, ale vím o nich všechno.“ S10 má zkušenost s praxí na oddělení ARO a odpověděla, že je na jednotkách NIP a DIOP spokojená: „ARO bylo oddělení, který

jsem měla ráda, ale vadilo mi, že jsem mnohdy neměla čas na pacienta. V případě, že přijel příjem, nechalo se všeho a o příjem se staraly třeba čtyři sestry. Jedna s počítačem, druhá obíhala a další spolupracovaly s lékařem. Bylo to celkem náročné. Pak mi vadilo, že jsme měly třeba nedostatky dávkovačů nebo něco chybělo. Tady je to prostě tak, že moc lidí dávkovače nemá nebo jsou nějaké v záloze. Práce byla celkem podobná, pořád se jedná o intenzivní péči, ale je to plánované. Příjmy víme dopředu a nestane se, že by vám někdo přivezl pacienta ve dvě ráno. To se mi celkem líbí. Když jsem byla mladší, ARO mi nevadilo, teď mám už nějaký věk, takže je to pro mě snazší. ‘‘

5.1.2 KATEGORIE Č. 2 VZDĚLÁVACÍ KURZY

Tato kategorie obsahuje různé vzdělávacích kurzů, které se sestry doplnily. Nyní získané vědomosti uplatňují ve své praxi.

Obr. 3 Kódování kategorie vzdělávacích kurzů



Zdroj: Vlastní zpracování

Z výzkumného šetření jsme zjistily, že vzdělávací kurz podstoupily sestry, označené jako S1, S3, S5, S6, S9 a S10. Zbytek dotazovaných sester odpovědělo, že prozatím doplněný vzdělávací kurz neabsolvovaly, ale mají to v plánu, nebo mají odbornou specializaci, která jim stačí. „Žádný další kurz nemám. Sice mi to bylo nabídnuto, ale mám ARIP, takže jsem se do toho nehlásila. Asi je to zajímavé, ale nemám na to čas. ‘‘ (S2)

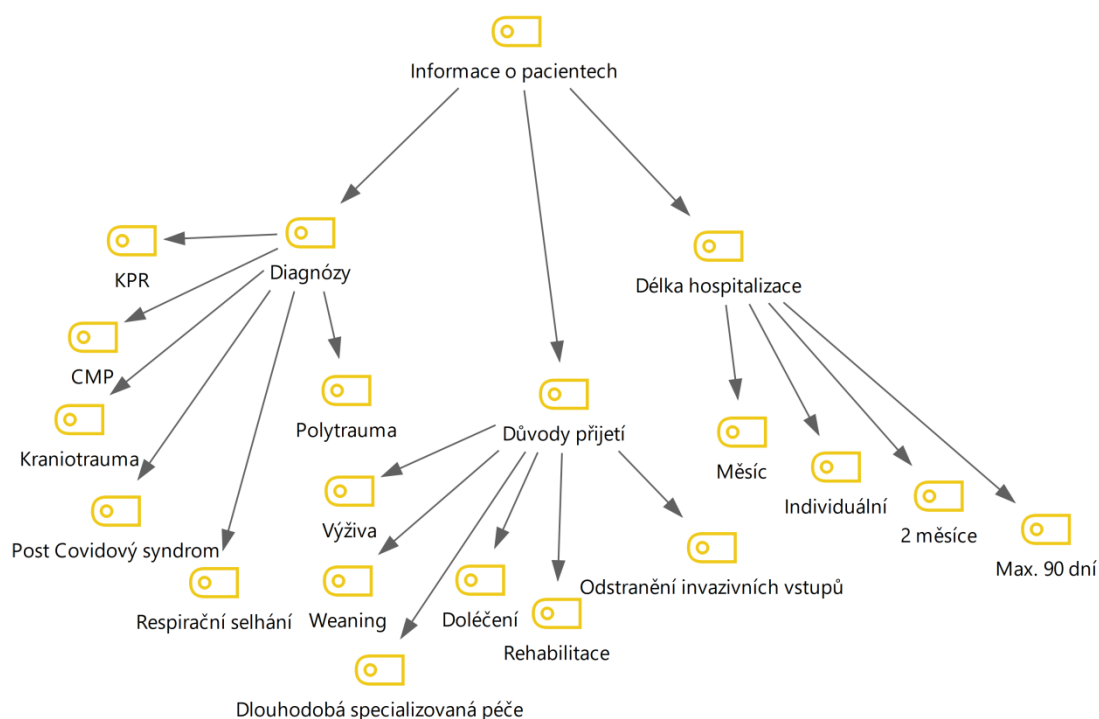
S1 podstoupila kurz vlhkého hojení ran a management středního personálu. Na otázku, proč tento kurz absolvovala, odpověděla takto: „*Na kurzy jsem šla z vlastní iniciativy, protože jsem chtěla vědět více o převazech a možnostech hojení ran. Tady se taky objevují pacienti, kteří mají dekubity nebo jiné chronické rány, takže jsem si říkala, že bych o tom měla vědět více. A ten management jsem dělala před pár lety. Našla jsem si ho hlavně z toho důvodu, že v mé pozici bych ho mít měla. Jsem staniční sestra, základ řízení jsem věděla, ale bývalá staniční sestra mi kurz doporučila.*“ S3 absolvovala kurz vlhkého hojení a validace již před nástupem na jednotku NIP a DIOP: „*Ted' jsem za kurz celkem vděčná, protože naši pacienti mají chronické rány, nejčastěji dekubity, nebo se tu občas objeví někdo s bércákem, který se hojí dlouho. Takže většinou vím, jak rány hojit, i když je pravda, že od té doby, co jsem dělala kurz, se materiál a metody změnil.*“ S5 podstoupila kurz základní bazální stimulace a vlhké hojení ran: „*Bazální stimulaci jsem si dodělala, protože, když jsem si říkala, že je to důležité a na bakalářském studiu nás to neučili. Po nastoupení jsme se s vrchní sestrou dohodly, že si kurz dodělám. No a to hojení bylo z mé iniciativy.*“

Sestra S6, absolvovala kurz základní bazální stimulace, jelikož chtěla vědět o bazální stimulaci více informací. S9 podstoupila kurz zajištění dýchacích cest, kardiologii v intenzivní péči a kurz bazální stimulace: „*Většinu těch kurzů jsem si dělala ještě před nastoupením sem. Bylo to zajímavé, a když jsem měl možnost, využila jsem ji. Říkala jsem si, že se mi to bude hodit a budu mít více kompetencí a znalostí. Bazálku jsem si dodělala až tady. Jednak mi to bylo doporučeno, ale chtěla jsem znát více metod. Takový ty základní jako oslovení nebo dotyk jsem znala. Pak mi tam ukázali více metod a mohla jsem to provádět v praxi a třeba to ukázat i jiným kolegyním, který kurz nemají.*“ S10 dříve absolvovala kurz paliativní péče a kurz výživy: „*Ta paliativní péče byla zajímavá, protože tu uplatníte většinou všude. S pacienty v terminálním stádiu se setkáváte na všech odděleních. Tam se mi hlavně líbilo i to, když nás upozorňovaly na komunikaci s rodinou, kde jsme se dozvěděly, jak máme komunikovat, jak s nimi jednat a nějaké techniky komunikace. No a výživa byla dobrá v tom, že jsem se v ní více orientovala. To znamená, že nepodávám bezhlavě něco, co mi předepíše doktor. Bylo to zaměřené i na péči o invazivní vstupy, jako je třeba PEG.*“

5.1.3 KATEGORIE Č. 3 INFORMACE O PACIENTECH

V této kategorii nás zajímalo, jaké jsou hlavní důvody pro přijetí pacienta na jednotky NIP a DIOP. Dále jsme zjišťovaly, s jakými nejčastějšími diagnózami se sestry u hospitalizovaných pacientů setkávají a jaká je odhadovaná délka hospitalizace nemocných. Následující kategorii jsme zvolily, abychom získaly přehled o pacientech a nejčastějších příčinách, které jsou spojené s hospitalizací na těchto jednotkách.

Obr. 4 Kódování kategorie informace o pacientech



Zdroj: Vlastní zpracování

5.1.3.1 Důvody přijetí pacienta

Podle výsledků z výzkumného šetření se všechny tázané sestry S1-S10 shodly, že mezi hlavní důvody pro přijetí pacienta na jednotky NIP a DIOP patří hlavně pokračování v zavedené léčbě, monitorování fyziologických funkcí, péče a následné odstranění invazivních vstupů a následná rehabilitace nemocného. Sestry, pracující na jednotkách NIP, tzn. S1, S3, S5, S7, S8, S9 a S10 poznamenaly, že pacienti jsou nejčastěji přeloženi z oddělení ARO, kdy hlavním úkolem NIP oddělení je úspěšný

weaning pacienta.

S1 popsala hlavní důvod přijetí pacienta na jednotku NIP takto: „K nám jsou pacienti přijati hlavně z důvodu weaningu, což je odvykání od ventilátoru. Jsou to pacienti s trášou, mají umělou enterální výživu, takže mají sondy. Dále to jsou pacienti, kteří musí být monitorováni, většinou mají i centrální žilní katétr. Pacienti přicházejí nejčastěji z oddělení ARO. Jsme spádová nemocnice pro celý Ústecký kraj. Naším úkolem je zbavit pacienta všech invazivních vstupů a pak pacienta propouštíme buďto do domácí péče, na rehabilitaci nebo na následnou péči.“ S7 poznamenala, že důvody přijetí jsou individuální: „Ono je to teď momentálně těžké. Jedná se hlavně o weaning, ale když to řeknu ošklivě, tak je tam všeho chuť. Máme tam lidi, které není možné umístit do jiných zařízení, to znamená, že se jedná o lidi, kteří se dostali do stavu, kde nechtějí prodlužovat tu léčbu.“

Sestry, pracující na oddělení DIOP, tzn. S2, S3, S4, S6 a S10 odpověděly, že pacienty přijímají často z jednotek NIP a ARO. Poznamenaly, že většina pacientů je zajištěna tracheostomickou kanylou a výživa bývá často enterální. Jako hlavní důvod přijetí uvedly zlepšení zdravotního stavu nemocného a propuštění do domácí péče či do rehabilitačních středisek. „Přijímáme pacienty z intenzivních lůžek a snažíme se o zlepšení kondice pacienta. Pečujeme o dýchací cesty, protože skoro všichni klienti mají trášu. Dále pečujeme o invazivní vstupy, pokud nějaké pacient má. Snažíme se zlepšit jeho zdravotní stav, aby mohl být propuštěný domů nebo někam na standard.“ (S6) S10 pracuje na jednotce NIP, kterou střídá s pracovištěm DIOP, tudíž může porovnávat důvody přijetí: „Když to vezmeme postupně, tak jak už jsem říkala, my se na oddělení střídáme. Na té NIP jsou většinou pacienti z intenzivní péče, nejčastěji ARO. Ty k nám umístí, pokud se jim tam nepovede weaning. Takže pak jdou k nám a snažíme se o to my. Když se nám podaří pacienta odpojit, přehodíme ho na DIOP, což je na jednu stranu fajn, protože toho pacienta známe už z vedlejšího oddělení. DIOP péče je zaměřená na rehabilitaci, občas je tam ještě někdo s výživou, takže má PEG. Pak se tam snažíme o odstranění tracheostomické kanyly, což taky ne vždycky jde, takže určitě hygiena dýchacích cest a samozřejmě podávání medikace. Když to tak porovnáám, tak ošetrovatelská péče je celkem stejná, jen na NIP máme pacienty na ventilátoru a řekla bych, že na tom DIOP oddělení, jsou ti pacienti pohyblivější a už více samostatní. Samozřejmě je to individuální a záleží, co mají za onemocnění.“

5.1.3.2 *Diagnózy*

Tato podkategorie popisuje nejčastější diagnózy, se kterými jsou pacienti přijímáni na jednotky NIP a DIOP. V rozhovorech byly nejčastěji zmiňovány cévní mozkové příhody, polytrauma, poranění páteře a pacienti po dlouhých resuscitacích. Dále se odpovědi informantek shodovaly, že v poslední době, je hospitalizováno na těchto jednotkách i mnoho pacientů s postcovidovým syndromem. S3 poukazovala na stáří těchto pacientů, kdy se jednalo spíše o mladší ročníky.

„Teď v poslední době to byli lidé po Covidu a byli to lidé poměrně mladí. Dále se zde často vyskytují nemocní po pádech z výšky s poraněním hlavy nebo páteře. Určitě polytrauma anebo pacienti po resuscitacích nebo s ischemií.“ (S3) „Nejčastěji se jedná o pacienty po cévních mozkových příhodách, polytraumata, ale v poslední době se jednalo hlavně pacienty po onemocnění Covid-19. Je to samozřejmě individuální. Jsou zde i mladší pacienti, kteří jsou zde hospitalizováni po polytraumatech, kde byly velké krevní ztráty nebo nemocní s ischemií.“ (S1)

Dalšími často uvedenými diagnózami byly ischemie, respirační selhání a vigilní kóma. Sestra, označená S8 dodala, že se často setkává i s pacienty, kteří trpí amyotrofickou laterální sklerózou: *„Já se nejčastěji setkávám s pacienty, kteří mají CHOPN, pak po srdečních zástavách, pacienti po resuscitacích, kraniotraumata, dopravní nehody a ALS.“(S8). „My se asi nejvíce setkáváme s pacienty po autonehodách, takže polytrauma nebo těžký úrazy hlavy a mozku. To bývají většinou mladí pacienti. Měli jsme i mladého pacienta, který měl tenkrát úraz na lyžích. Pak se jedná o pacienty po cévních mozkových příhodách nebo po resuscitaci, kdy byli resuscitováni třeba několikrát nebo došlo k resuscitaci příliš pozdě. U těchto pacientů je často vigilní kóma. Ale jak jsem řekla, nejčastěji jsou to asi lidi po mozkových příhodách a nehodách“.*

5.1.3.3 *Délka hospitalizace*

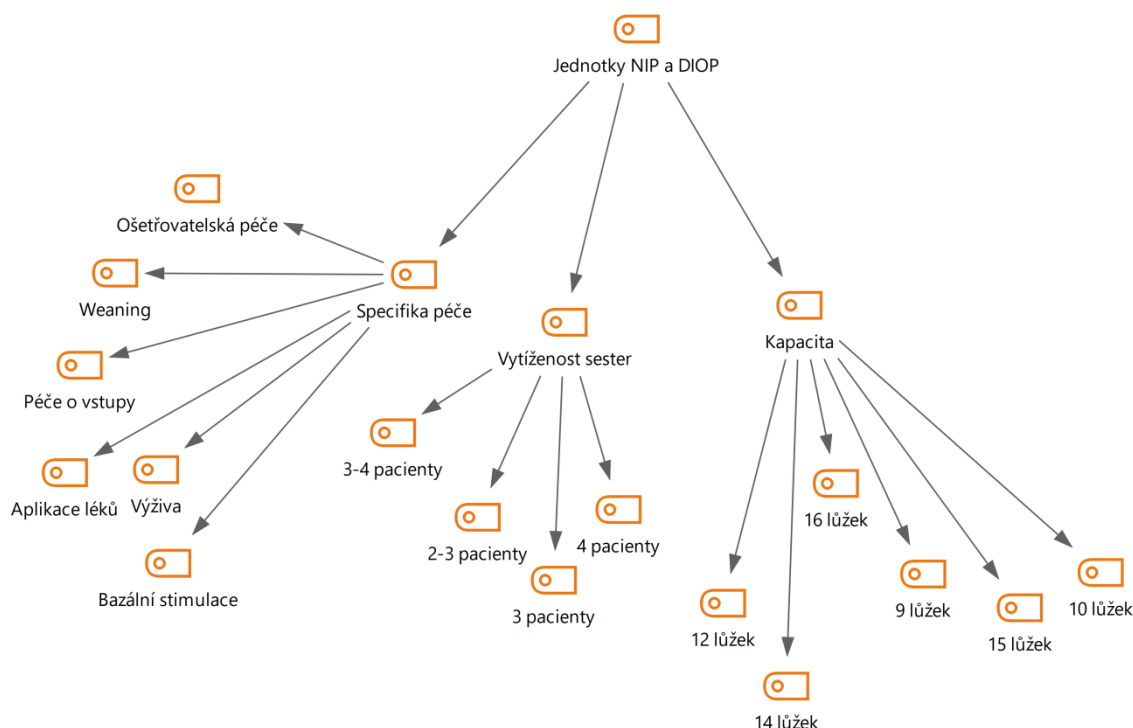
V této kapitole nás také zajímalo, jaká je průměrná délka hospitalizace pacientů. Informantky odpověděly, že délka pobytu v nemocnici je velmi individuální. Jedná se o týdny, měsíce, ale někdy i roky. S1 – S10 podotkly, že délka hospitalizace se odvíjí od závažnosti onemocnění, stáří pacienta, ale i celkové kondice. S1 formulovala svou odpověď takto: *„Jedná se o individuální dobu. Záleží, jaké má onemocnění a jak na tom celkově je. Pojišťovny proplácejí 10 000 korun na den pro každého pacienta. Ten by měl u nás ležet maximálně 90 dnů a poté se většinou klienti přehoupnou do DIOP kódu.“*

Pokud je pacient na NIP více než 90 dní, vypisují žádost na pojišťovnu. Ale myslím si, že jsem se nesešla s pacientem, který by zde ležel déle. Většinou jsou do měsíce přeloženi na DIOP jednotku.“ Naopak S3, pracující na jednotkách NIP a DIOP popsala délku hospitalizace následovně: „Je to samozřejmě individuální, ale je to tak okolo 2 měsíců na NIP a na DIOP vám nedokážu říci dobu. Nejdéle jsme zde měli hospitalizovaného pacienta asi čtyři a půl roku. Záleží, s čím přijdou, jakou mají diagnózu a jaká je celková kondice“. Odpověď S6: „Lidé u nás leží různě dlouho, to vám asi přesně neřeknu, je to velmi individuální. Záleží, s jakým onemocněním pacient přijde a kolik mu je let. Starší pacienti rehabilitují pomaleji a také se hůře zotavují. Jsou tady pacienti na přechodnou dobu, což je třeba přeložení z jipek, nebo NIP jednotek a jsou tu třeba pár měsíců. Pak jsou tu ale pacienti, u kterých víme, že se zdravotní stav nezlepší a ti tady leží i několik let. Když už je můžeme propustit domů, je problém v rodině, která se o ně nemůže starat a čeká se na jiné zařízení, než se uvolní. No anebo umřou.“ Délka hospitalizace je ovlivněna i úspěšným weaningem, jak uvedla S10. Popisuje, jaký vliv má na pacienta délka hospitalizace: „Jak bych vám to popsala. Asi nemohu říct přesnou dobu hospitalizace, protože ta doba je individuální. Ale na NIP je délka pohybu je většinou několik měsíců. Pak je taky ovlivněná i úspěšným weaningem. Pokud se odpojení nepovede, dáváme pacientovi delší čas, než to zkusíme znovu. Někdy se prostě stane, že to trvá, nebo nejde odpojit vůbec. V tu dobu čekáme, jestli se nemocného ujme rodina. No a pokud jsou odpojení, jsou na DIOP, kde je ta doba ovlivněná celkovým progresem a diagnózou. Vemte si, že ti lidé jsou nějakou dobu na ARU, pak na NIP nebo ještě nějakou dobu na DIOP. Na DIOP lidé leží i roky, což je pro toho člověka zničující, stresující a pak to často vzdá. Čekáme na umístění do jiných zařízení anebo na propuštění do domácí péče, což taky zabere nějaký čas. Troufnu si říct, že tady lidé leží po dobu několika měsíců, ale bohužel i let.“

5.1.4 KATEGORIE Č. 4 JEDNOTKY NIP A DIOP

Tato kapitola byla zaměřena na samotný chod oddělení, kde nás zajímalo, jaká je lůžková kapacita vybraných jednotek. Kategorie obsahuje i náročnost práce, která popisuje, kolik pacientů má na starosti jedna sestra. Následně jsme se zajímaly o specifika péče, které nám lépe přiblíží obsah náplně práce sester na oddělení NIP a DIOP.

Obr. 5 Kódování kategorie jednotek NIP a DIOP



Zdroj: Vlastní zpracování

5.1.4.1 Specifika péče

V této podkategorii jsme zjišťovaly, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče na vybraných jednotkách, čím jsme získaly přehled práce, kterou sestry vykonávají. Odpovědi tázaných informantek S1 – S10, poukazují na odbornost práce, která je zaměřená na intenzivní péči. Sestry nejprve hovořily o ošetrovatelské péči, která se týkala hygieny pacienta, pravidelného polohování, převazů dekubitů či jiných ran.

Většina sester dodala, že s mnoha výkony jako je např. hygiena, jim ochotně pomáhá pomocný personál, který jim ulehčí práci. Dále se informantky nejčastěji zmiňovaly o aplikaci léků a podávání enterální i parenterální výživy. Mezi hlavní

specifika péče řadily i bazální stimulaci, kterou následně rozvedly v další kategorii. Následně péče o invazivní vstupy či hygienu dýchacích cest. Sestry S1, S3, S5, S7, S8 a S9, které pracují na oddělení NIP zmiňovaly, že hlavní náplní jejich práce je hlavně weaning nemocného a monitorování fyziologických funkcí.

Odpověď S1: *„Myslím, že u nás je asi nejpřednější weaning. Samozřejmě se staráme o veškeré vstupy, ale odvykání od UPV je asi naším hlavním úkolem. Určitě zde provádíme bazální stimulaci, ošetrovatelskou péči a další výkony, které se v intenzivní péči dělají. Tím myslím i převazy, polohování, aplikaci léků, podávání enterální i parenterální výživy“.*

S7 ve své odpovědi poukazovala na zodpovědnost, kterou vnímá při poskytování péče na jednotce NIP: *„Mně přijde, že v dnešní době má sestra mnohem větší zodpovědnost, z toho důvodu, že tady se spoléhá na to, že si poradíte s mnoha věcmi. Doktor tam sice je 24 hodin, ale není přímo na oddělení. Takže kontrola fyziologických funkcí, podávám léky, máme tam rehabilitační sestry, které cvičí s pacienty bazální stimulaci, se kterou jim pomáháme i my. Občas tam máme pacienty, se kterými jezdíme na vyšetření. Pak děláme weanings - odpojujeme je od UPV a u pacientů po Covidu sledujeme jejich zdravotní stav, jelikož tam je to jak na houpačce.“*

S10 popsala péči o pacienty následovně: *„Je to taková neakutní intenzivní péče. Je to podobné jako na ARO, akorát ten pacient je relativně ve stabilním stavu. Takže jde o péči o dýchací cesty, péči o trávu a ventilátor. Na ARO je to více odborné, a abych to shrnula, NIP je ideální pro sestry, které nechtějí být v akutní intenzivní péči.“*

5.1.4.2 Lůžková kapacita

Tato podkategorie zjišťovala, jakou lůžkovou kapacitu nabízí specializovaná oddělení. Čísla, která sestry uvedly, se nijak rapidně nelišila. Minimálně polovina sester odpověděla, že nyní je lůžková kapacita limitována nedostatkem personálu, tudíž je kapacita lůžek omezena. Lůžková kapacita, nacházející se na oddělení NIP a DIOP se pohybují okolo 9 –16 lůžek. *„Naše lůžková kapacita je celkem 12 lůžek, ale v současné době je nedostatek personálu, proto je v provozu pouze 9 lůžek.“* (S1) *„Nyní je kapacita maximálně 10 lidí. Máme málo personálu“.* (S2) *„Na DIOP je kapacita 12 lůžek a na NIP 9.“* (S3) *„Teď je málo personálu, takže máme jen 10 lůžek.“* (S4) *„Kapacita je 16 lůžek.“* (S5) *„14 lůžek.“* (S6) *„Momentálně vzhledem k nedostatku sester je to 15 lůžek.“* (S7) *„Máme tady 16 lůžek.“* (S8) *„Máme tady 16 lůžek.“* (S9) *„Lůžková kapacita je 16 lůžek, ale nyní je málo personálu, takže přijímáme jen 14 klientů.“* (S10)

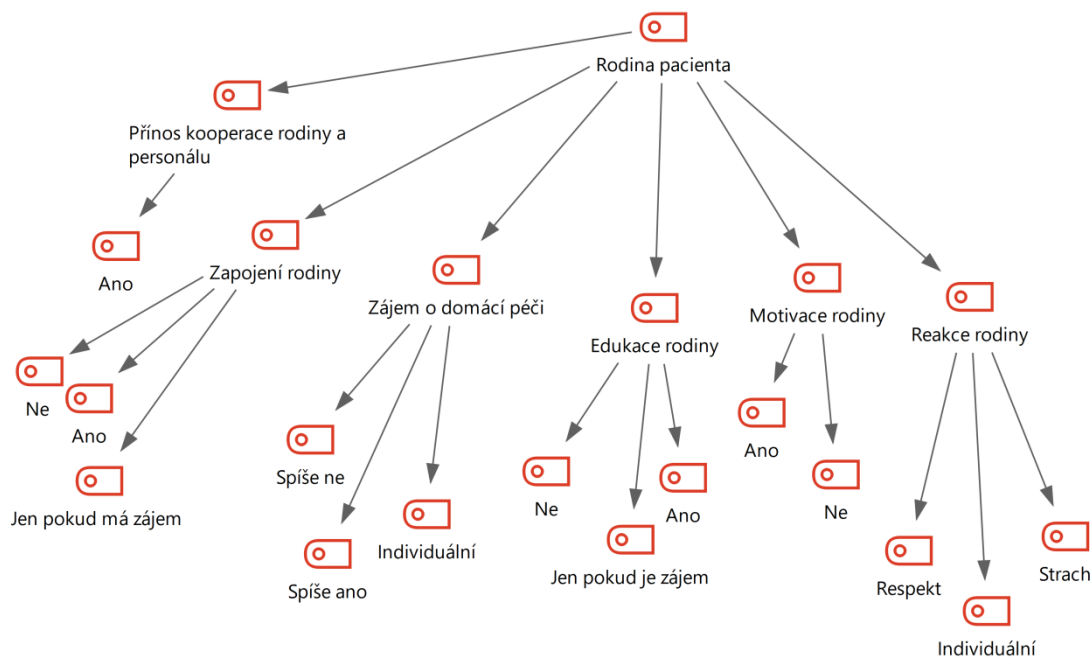
5.1.4.3 Vytíženost sester

Podkategorie zahrnuje informace o vytíženosti sester. Cílem bylo zjistit, kolik pacientů má na starosti jedna sestra. Většina informantek odpověděla, že jedna sestra pečuje o 3 až 4 pacienty. Tázané sestry podotkly, že v rámci hygieny, polohování, převazů a další ošetrovatelské péče jim pomáhá pomocný personál nebo si sestry vypomáhají navzájem, čímž poukazovaly na týmovou práci, která je podle sester důležitá. Na týmovou práci upozornila S10: *„4 pacienty a k ruce máme hodně sanitáře, což je fajn, protože zastanou hodně práce. Takže jedna sestra na 4 pacienty a má vždy k ruce 4 sanitáře. Tím, že si pomůžeme, je práce o dost jednodušší.“* S1 odpověděla takto: *„Jedna sestra se stará běžně o 3 pacienty, ale jak už jsem se zmínila, nyní je nedostatek personálu, proto se někdy stará i o 4 klienty.“* Odpověď sestry S2: *„Jedna sestra se stará o 2-3 pacienty“*. S3 pracující na jednotkách NIP i DIOP, uvedla, že běžně pečuje o 4 pacienty, se kterými jí pomůže pomocný personál, ale i tak je práce náročná: *„Jak na DIOP, tak i na NIP má většinou sestra na starost 4 pacienty. K ruce mám vždy sanitáře, kteří mi pomůžou, ale i tak si myslím, že 4 pacienti jsou na jednu sestru moc.“* Sestra, označená jako S7 uvedla ve své odpovědi, že záleží i na spolupráci pacienta: *„Jedna sestra má na starost 3 pacienty. Záleží samozřejmě i na tom, v jakém stavu pacient je. Pokud je pacient trochu pohyblivý, nebo se částečně zapojuje, je to fajn. Ale je tu mnoho pacientů, kteří nereagují. Když máte třeba pacienta, který nechce moc spolupracovat, je to docela náročný, takže jsme rádi za sanitáře a sanitárky, kteří nám hodně pomáhají.“* Dále se sestra, označená S2 zmínila: *„Snažíme se mít stále stejné pacienty, protože si myslíme, že na nás budou lépe reagovat a lépe si zvyknou, že se o ně starají stejné sestry.“*

5.1.5 KATEGORIE Č. 5 RODINA PACIENTA

Kapitola je zaměřena na rodinu pacienta, který je hospitalizován na specializovaném oddělení. Sestrám byly kladené otázky zaměřené na chování a reakce rodiny při první návštěvě oddělení. Zajímalo nás, zdali má rodina zájem o zapojení do ošetrovatelského procesu a péče o nemocného. Dále nás zajímal názor sester na význam kooperace rodiny pacienta se zdravotnickým personálem, a zdali má rodina zájem o propuštění pacienta do domácí péče. Tato kategorie obsahuje i informace o edukaci či motivaci rodiny pacienta. Otevřené kódování kategorie je znázorněno na obr. 6.

Obr. 6 Kódování kategorie rodina pacienta



Zdroj: Vlastní zpracování

5.1.5.1 Chování a reakce rodiny

Tato podkapitola zjišťovala, jaké je chování a reakce rodiny, když přijdou poprvé navštívit svého blízkého na oddělení NIP nebo DIOP. Zajímalo nás, jak reagují na pacienta, na nemocniční prostředí a na specifické pracoviště. Z odpovědí dotazovaných sester se ukázalo, že postoj i chování ze stran rodiny je velice individuální. Informantky se shodly, že většinou přichází rodina nemocného v nejistotě a strachem, jelikož neví, co má od daného oddělení očekávat. Pravily, že většina rodin má představu o hospitalizaci a celkovém stavu pacienta z oddělení, kde byl pacient předtím hospitalizován. Sestra, označená S8 odpověděla, že většinou dochází k telefonickému spojení mezi rodinou a daným zařízením ještě před první návštěvou pacienta: „Rodina většinou zavolá, aby předem věděla, jak to u nás chodí, kdy mohou přijít a jak bude návštěva vypadat. Lékař rodině popíše, jaký je zdravotní stav pacienta a kdy má rodina přijít. Pokud se rodina spojí s námi, řekneme jim, v kolik hodin jsou návštěvní hodiny a jak budeme postupovat, až přijdou na návštěvu. Jsou zvyklí z ARO, že je pacient připojený k ventilátoru, nebo že má trášu, takže to pro ně není až tak nové. Samozřejmě většina lidí neví, co se tady dělá a proč tady musí být, ale většinou se setkávám s tím, že již na ARO je informují o tom, že pacienta přeloží na NIP.“ Dále se

odpovědi informantek shodovaly v tom, že při první návštěvě oddělení je rodina spíše odtažitá a neví, zdali se mohou pacienta dotýkat nebo s ním komunikovat. Informantka S3, popsala své zkušenosti s první návštěvou rodiny následovně: „*Když jsem na NIP, tak se většinou setkávám s tím, že je rodina zaskočená a moc neví, proč je sem pacient přeložen. Na ARO je sice informovali, proč k nám pacienta přeloží, ale asi si moc neuměla rodina udělat obrázek, jak to tady vypadá. Návštěvníci se musí převléct do empírů a hned na chodbě jim řeknu, jak pacient reaguje, vnímá a aby se nebáli. Vysvětlím jim, že je třeba na ventilátoru, že nemůže mluvit, ale že je důležité, aby se nebáli a snažili se být se v pohodě. Samozřejmě dochází k emocím, buď než odejdou u lůžka nebo až pak na chodbě, ale to je přirozené. Dám jim k pacientovi židli a jsem tam chvíli s nimi. Pak jim necháváme prostor, být s ním sami. Když to porovnáám s DIOP, tak tam už je to trochu jiné. Většina lidí je tam už v lepším stavu, takže buď už komunikují, anebo jsou více pohybliví. Samozřejmě, jak kdo. Pokud rodina navštěvovala pacienta na předtím NIP, jsou více uvolněný, protože už vědí, jak to tam chodí a znají více i nás.*“

Zkušenosti S1 formulovala následovně: „*První návštěva pacienta, je pro rodinu asi nejvíc stresující, protože neví, co mají čekat. Přijdou, převlečou se a většinou se hned vyptávají. My jim vysvětlíme, jak to u nás chodí, v kolik hodin mají přicházet a jak na tom pacient je. O zdravotním stavu pak mluví samozřejmě s doktorem. Snažím se být milá a ujistit je, že se nemají čeho bát. Když přijdou k pacientovi, zarazí je ventilátor, různé hadičky nebo alarmany monitorů. Je důležité jim říct, že se nemusí bát, že pokud bude alarm rvát, nemusí to znamenat nic špatného. Máme většinou pokoje po dvou, takže se jim snažím zajistit soukromí. Potom společně vyplníme formulář, kde popíšou, co měl pacient rád, jak mu máme říkat, co naopak rád neměl. Domů jim dáme papíry, aby si v klidu prošli všechny informace, protože chrlit to na ně najednou při první návštěvě je zbytečné. Neřeknou všechno, a ještě je tím i zatěžujeme. Doma si to v klidu projdou a vyplní. Informujeme je o tom, aby pacientovi nenosili zbytečné věci, protože tu na to není místo a donesli, jen to nejdůležitější. Jedná se o osobní věci, které by mohly pacienta spojit s běžným životem, takže fotografie, hudba a tak.*“

Dále se sestry shodly, že největší strach i respekt v nich vyvolávají přístroje, které jsou v okolí pacienta. Odpověděly, že je důležité rodinu upozornit a edukovat o tom, proč a k čemu přístroje slouží a proč jsou nezbytné. S6, která pracuje na oddělení DIOP, odpověděla na otázku takto: „*Při první návštěvě je velmi znát, jaký vztah v rodině je a jak rodinu informovalo oddělení, odkud k nám pacient přišel. Občas se*

setkám s rodinou, která ví vážně mnoho věcí, protože se o naše oddělení zajímali anebo si informace našli na internetu. Před první návštěvou většina lidí volá předem, takže jim řekneme důležité informace. V první řadě je upozorníme na to, že pacient třeba moc nereaguje, aby se nelekli a že je třeba, aby se s ním snažili mluvit. Občas se stane to, že na ně pacient reaguje, protože slyší známý hlas, ale to je individuální a záleží i na jeho aktuálním stavu. Pak se jich vyptáváme na osobní informace o klientovi a domu jim dáme papíry, kde mají další informace o oddělení, co mají pacientovi donést a jaké jsou další možnosti. Takže chování je individuální, ale většinou převládá nejistota.“

Dále jsme z odpovědí sester zjistily, že při první návštěvě rodiny a blízkých pacienta dochází i sepsání osobní a biografické anamnézy, kde rodina uvede informace o pacientovi: oslovení nemocného, co měl pacient rád a co naopak rád neměl, jaké bylo jeho povolání, zájmy, koníčky, jaké měl rád jídlo, nápoj a další informace. Sestra, označená jako S8 popsala chování rodiny takto: *„Reakce rodiny bývá většinou taková, že stojí u postele a neví, co mají dělat. Snažím se jim vysvětlit, že ačkoli pacient nereaguje, neznamená to, že nevnímá. Snažíme se jim ukázat oddělení a vysvětlit jim, jaký je náš běžný den. Dělam to proto, aby se rodina cítila lépe a byla více informovaná, co se s jejich blízkým děje. K posteli jim dáme židli, aby měli větší pohodlí, a snažím se zajistit trochu soukromí. S rodinou pak sepíšeme základní informace o tom, co má jejich blízký rád a jak ho máme oslovovat. Když přijdou na další návštěvu, donesou mu osobní věci, které měl rád nebo na které je zvyklý. Při dalších návštěvách už trochu vědí, co je čeká a jak se mají k pacientovi chovat.“*

5.1.5.2 Přínos kooperace rodiny a personálu

V této podkapitole nás zajímalo, jaký mají sestry názor na kooperaci zdravotnického personálu s rodinou. Odpovědi sester S1-S10 se jednoznačně shodly, že spolupráce mezi rodinou a zdravotnickým personálem je velmi důležitá a přínosná pro zlepšení zdravotního stavu pacienta. Sestry odpověděly, že pro zlepšení spolupráce s rodinou je podstatný přátelský a milý přístup. Odpověď S2: *„Pokud se chováme k lidem slušně a snažíme se být milé a chápavé, dozvíme se od rodiny více informací o pacientovi, o jejich vztahu v rodině, což nám kolikrát i ulehčí práci s pacientem. Pacient s námi pak lépe spolupracuje.“* Další nejčastější odpovědí bylo, že pokud má rodina dobrý vztah se zdravotnickým personálem, uvědomuje si, že je o pacienta dobře postaráno a snižuje se tak strach o péči o nemocného. Sestra, označená jako S7 podotkla: *„Snažím se být milá, co si budeme nalhávat, první dojem dělá hodně. Takže*

když rodina přijde na návštěvu, snažím se jim vysvětlit, co jsme s pacientem ten den dělali, jaký byl, jak se choval a co jsem třeba o něm zjistila nového. Nedávno jsme přijali novou pacientku, která nesnášela omývání teplou vodou. Ráno u hygieny moc nespolupracovala a vypadala, že se jí něco nelíbí. Za pár dní přišla rodina na návštěvu, tak jsem se jen zmínila, že se paní při hygieně něco nelíbí. Dcera pacientky přiznala, že se její matka celý život omývá vlažnou vodou a byla zaskočená, že nám to zapomněla říct. Sama pak za mnou přišla, že je ráda, že jsem jí to řekla a že se omlouvá, že na to úplně zapomněla. Pak se při další návštěvě ptala, jak matka reaguje na vlažnou vodu. Já jí vysvětlila, že to asi bylo tím, protože paní byl klidnější. Takže si myslím, že když s rodinou mluvíme i třeba o maličkostech, je to prospěšné pro nás, ale i pro pacienta. “

S4 uvedla ve své odpovědi, že se snaží s rodinou velmi spolupracovat a uvedla svou zkušenost, se kterou se setkala díky špatné komunikaci: *„Na DIOP nám přivezli pána s postcovidovým syndromem. Rodina volala, aby se domluvili na návštěvě. Kolegyně rodině řekla, že jsou omezené návštěvy, kvůli pandemii, ale že je návštěva možná ve středu za určitých opatření. Rodina přijela ve čtvrtek a já se s nimi dostala do konfliktu, protože jsem jim vysvětlovala, že návštěvní dny jsou ve středu a o víkend. Rodina nebyla vůbec chápavá a křičeli tam na mě, že jsem jim řekla, že mají přijet ve čtvrtek. Šla jsem pro lékaře, abychom se s nimi domluvili, kdy tedy mají přijet. Lékař se omluvil, byl velmi pokorný. Říkal, že chápe jejich naštvaní, ale že je situace teď špatná a že se musí pravidla dodržovat a podotkl, ať přijedou o víkend. Rodina přijela, až za pár týdnů a řekla pacientovi, že za to můžeme my. Pacient s námi přestal spolupracovat. Pak přijeli znovu, sedla jsem si s nimi a snažili jsme si to vysvětlit. Řekla jsem jim, že je pro pacienta velice důležité, aby za ním jezdili častěji, protože pánovi se stýskalo a nechtěl s námi spolupracovat. Rodina to přehodnotila, omluvila se a řekla, že tam nechtěli jezdit kvůli tomu, že se s námi pohádali. Díky snaze o lepší komunikaci si myslím, že byla hádka vyřešena a rodina jezdila častěji. “*

S5 odpověděla: *„Kooperace rodiny a sester je důležitá, protože díky ní můžeme pacientovi poskytnout lepší péči. Tím, že s rodinou mluvíme a snažíme se jim vyjít vstříc, rodina ztrácí strach nebo nechut' sem chodit. Pro každého, obzvlášť pro lidi, kteří tady leží dlouho a nejsou v dobrém stavu, je návštěva rodiny důležitá. Vím, jaký to je přijít na oddělení na návštěvu a od stolu na nás pořvává protivná sestra, taky se mi to nelíbilo. Každý máme špatný den, ale když je rodina slušná, měla bych být také milá. “*

Tudíž z odpovědí informantek jsme zjistily, že sestry považují komunikaci a přátelský přístup k rodině velmi důležitý, jelikož je ku prospěchu i ve spolupráci

s pacientem.

5.1.5.3 Zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu

Touto podkategorií jsme zjišťovaly informace, zdali sestry zapojují rodinu nemocného do ošetrovatelského procesu. Tázané informantky odpověděly, že rodina je zapojena do ošetrovatelského procesu jen tehdy, pokud o to sama projeví zájem. Sestry podotkly, že zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu je prospěšné pro pacienta, ale pokud rodina nejeví zájem, nemá smysl ji nutit. Pokud se chce rodina zapojit, sestry se je snaží podpořit a ukázat, jak provádět správnou péči o pacienta. Sestra, označená S7 zdůvodňuje důležitost zapojení rodiny: *„Nenutíme je, ale pokud si to vyzkouší, zjistí, jaká ta práce je. Mění to chování i rodinných příslušníků. Tím myslím, že když si rodina třeba myslí, že to s pacientem neumíme, nebo že my jsme ti špatní, protože pacient vypadá tak a tak. Rodina si to vyzkouší, zjistí, že to není s pacientem těžké a že to nejde jednoduše a pak vidí i tu naši stranu“*. S8 odpověděla takto: *„Ano, snažím se je zapojit, protože rodina a kontakt s ní je pro nemocného velice důležitý. Pomáhá to k psychické pohodě. Ve většině případů má rodina zájem se zapojit do péče o nemocného. Někdy pomůže a má zájem se zapojovat při polohování, krmení nebo mytí. Pokud to jde, snažíme se rodině vyhovět a umožnit jim zapojení.“*

S5 odpověděla, že rodina většinou zájem neprojevuje: *„Většinou zájem není, alespoň já se s tím moc neseškávám. Když se najde někdo, kdo ten zájem má, jedná se většinou o rodinné příslušníky, kteří jsou taky zdravotníci. Ležel tady pán po dopravní nehodě. Jeho žena byla zdravotní sestra a domluvila se s námi, že by pacienta koupala. Předem vždy zavolala, my jsme připravily věci a po dobu koupání měla k ruce sanitáře i nás. Takže pokud se rodina zapojit chce, určitě jim vyhovíme, ale moc často to není.“* Informantka S7 zdůvodnila, proč si myslí, že se rodina nezapojuje do péče o pacienta: *„Pokud má rodina zájem, tak samozřejmě rodinu zapojíme, ale nemá smysl je nutit. Setkala jsem se i s tím, že pak rodina odmítla návštěvy a komunikovala s námi pouze telefonicky. Většinou se stává, že je děsí ventilátor a ostatní přístroje a rodina se bojí, že jim ublíží. Na sestrách je, aby rodině vysvětlily, k čemu přístroje jsou a jak mají s pacientem manipulovat. Většinou ho chytí jen za ruku a nijak s ním nehýbou. Sednou si ke klientovi a mluví na něj. Ale že by ho chtěli třeba umýt, nebo zkusit nakrmit, to většinou nechají na nás.“*

Dále se tázané sestry shodly, že pokud má rodina zájem o zapojení se do ošetrovatelského procesu, je nezbytné, aby jim sestry vysvětlily a ukázaly, jak

postupovat, aby pacientovi neublížili. Snaží se spolupracovat s rodinnými příslušníky a jsou většinou přítomny, aby jim byly k dispozici.

5.1.5.4 Motivace rodiny

Tato podkategorie úzce souvisí s předešlou podkapitolou, kde jsme popisovaly zapojení rodiny do ošetrovatelského procesu. Zde jsme se zaměřily na to, zdali sestry motivují rodinu k zapojení se do péče o pacienta. Dále nás zajímalo, jakým způsobem motivují rodinu nemocného. Sestry se shodly, že motivace je ovlivněná hlavně zájmem ze strany rodinných příslušníků. S2 popsala motivaci rodiny, jako velmi důležitou složku edukace. „*Snažíme se o to, pokud se rodina chce zapojovat. Já motivuju hlavně tím, že s rodinou komunikuji a vysvětluji jim, že pro pacienta je příjemnější, když s ním manipuluje rodina než personál. Dále jim vysvětluji, že na ně pacient může reagovat jinak než na ně, protože slyší známé hlasy. Pokud návštěva chodí pravidelně, je pro ně motivace i pokud se mění zdravotní stav pacienta. Ne vždy to tak samozřejmě je, takže si uvědomujeme, že to může mít naopak i opačný efekt, demotivaci rodiny.*“ Informantka S1 odpověděla takto: „*Snažíme se je motivovat tím, že jim řekneme, co dělat, jak s pacientem pracovat. Já většinou poznám, jestli má rodina zájem spolupracovat. Když nechtějí, nenutíme je. Poukazujeme na zlepšení stavu, pacienti dělají pokroky, takže to většinou rodinu motivuje.*“ Odpověď sestry, označené jako S10: „*Motivace je asi taková, že třeba pacient otevře oči a snaží se něco říct, nebo se pousměje, protože je pozná. Pokud chodí častěji, mohou vidět rozdíly, ale samozřejmě záleží na jeho zdravotním stavu.*“

Z výzkumného souboru jsme zjistily, že sestry motivují rodinu jen tehdy, projeví-li rodina zájem o spolupráci se zdravotnickým personálem. Motivaci vidí v edukaci rodiny, kterou zaměřují na vysvětlení ošetrovatelských postupů, popis přístrojového vybavení a přínos pro zdravotní stav pacienta.

5.1.5.5 Edukace rodiny

Další podkategorie se zabývá edukací rodiny na jednotkách NIP a DIOP. Z odpovědí sester S1-S10 vyplývá, že součástí ošetrovatelského procesu je i edukace rodiny. Jednoznačně se shodly, že díky edukaci nedochází ke konfliktům, nedorozumění a rodina má dostatek informací o péči pacienta. Edukace rodiny zahrnuje popis ošetrovatelské práce, kterou sestry vykonávají, informace o pacientovi, které mohou poskytnout a dále i pokroky, které se vyskytují u nemocných. Sestra, pracující na DIOP,

označená jako S2 popsala, že edukace nastává již při příchodu rodiny na oddělení. *„Řeknu jim, aby se převlíkli a přezuli, pak jim vysvětlím, co se s pacientem dneska dělo a jakou má třeba pacient náladu. Pak se snažím rodině třeba pomoci v lepší komunikaci s pacientem a následně je informuji o tom, co mají třeba donést.“* S3 popsala edukaci, jako důležitou součást péče o pacienta, kterou se snaží rodině vysvětlit určité informace nebo tím zajišťuje lepší spolupráci mezi rodinou a nemocným: *„Rodinu edukujeme například o důležitosti polohování a výživě. Především, když má jejich příbuzný NGS či PEG a oni nechápou proč.“*

5.1.5.6 Zájem o domácí péči

V této podkategorii jsme zjišťovaly, zdali má rodina pacienta zájem o propuštění klienta do domácí péče. Z odpovědí tázaných sester máme informace, že postoj rodiny k propuštění nemocného do domácí péči je velmi individuální. Většina informantek se setkala s tím, že rodina zájem o propuštění pacienta do domácí péče nemá. *„To je individuální. Většina lidí ne. Rodina ví, že nebude mít čas se o pacienta starat anebo má strach. Práce s pacientem je jak finančně, tak i časově náročná, takže většinou zájem nemají. Setkávám se s tím málo.“* (S1): *„To je individuální. Práce s těmito lidmi, pokud nejsou opravdu relativně fit, což od nás lidí většinou nebývají, není jednoduchá. Rodina většinou zájem nemá. Nemá, protože se bojí, že práci nezvládnou. A pokud nejsou dobré vztahy v rodině, tak určitě zájem o propuštění do domácí péče není“.* (S6)

Sestry S4 a S8 vypověděly, že péče o pacienta v domácí péči je velmi náročná, jak fyzicky, psychicky, tak i časově. *„Většina lidí ví, že se o pacienta nedokážou postarat, protože chodí do práce, o kterou nemohou nebo nechtějí přijít. Péče je i finančně nákladná, a tak většina rodin nemá zájem o propuštění pacienta domů.“* (S4) Většina sester odpověděla, že péče o pacienta v domácím prostředí není jednoduchá a chápou tak nezájem rodiny. S3 poukazovala na obdiv rodin, které si pacienta převezmou do domácí péče: *„Většinou se s tím neseťkávám, ale abych řekla pravdu, moc se tomu nedivím. Sama si nejsem jistá, jak bych to zvládla já. Opustit práci, být finančně závislá na nesmyslných příspěvcích, které jsou malé. Některé rodiny si pacienta vzít prostě nemůžou, už jenom z toho důvodu, že nemají vhodné sociální prostředí. V bytech jsou schody, někde není ani výtah anebo nemají dostatek fyzických sil. S propuštěním pacienta do domácí péče jsem se setkala asi dvakrát a klobouk dolů, před těmito rodinami.“*

Sestra označená jako S7 naopak odpověděla, že se s propuštěním pacienta do

domácí péče setkala: „Už jsem se s tím setkala a překvapilo mě to. Nemůžu říct, že je to mnoho lidí, ale občas se někdo najde, což jsem ráda a smekám před nimi“. S5 naopak odpověděla, že přibývá rodin, které mají zájem, převzít si pacienta do domácí péče. „V poslední době si myslím, že se zájem rodin zvýšil, ale je to samozřejmě individuální“. (S5)

5.1.5.7 Edukace o domácí umělé plicní ventilaci

Otázky této podkategorie byly určeny pouze sestřám, které pracují na oddělení NIP. Zde nás zajímalo, pokud je pacient propuštěn do domácí péče a potřebuje domácí umělou plicní ventilaci, kdo edukuje rodinu nemocného a jakým způsobem nácvik probíhá. Dále jsme zjišťovaly informovanost sester o podmínkách propuštění do domácí péče s domácí umělou plicní ventilací. Odpovědi sester z NIP jednotek se převážně shodovaly, že se s propuštěním pacienta s DUPV příliš nesebkávají. Některé se s tím za svou praxi ještě nesebkaly a zbylé sestry pouze ojediněle. Rodinu nemocného edukuje vždy lékař či primář oddělení, společně se sestrami, které pomáhají rodině s nácvikem péče o tracheostomickou kanylu, péči o ústní dutinu, hygienu nemocného a obsluhu ventilátoru.:

S8 odpověděla takto: „První edukaci u nás provádí staniční sestra a primář oddělení, a i my se účastníme edukace, především při nácviku. Při klasické návštěvě provádíme dozor při odsávání, krmení, pomáháme a vysvětlujeme nejlepší techniky a vychytávky při polohování a další.“ Odpověď S7: „My zařídíme firmu, která zařídí ventilátor a odsávačku. Firma s nimi komunikuje a my jim pak pomáháme s edukací třeba odsávání. S tím, že když byla nějaká sestřička volná, šla rodině ukázat na co je co, proč ten ventilátor křičí. Plus i ten doktor, který rodinu edukuje o ventilátoru do hloubky. Je pravdou, že jsme se na to m podíleli fakt všichni, včetně sanitárek, které se třeba pokud nebyla k dispozici sestra, postaraly o třeba o dýchací cesty.“

Informace od S3: „My se na edukaci podílíme jen z ošetrovatelského hlediska, jinak rodinu informuje vždy lékař nebo primářka. Pak se jim snažíme ukázat, jak pečovat o dýchací cesty.“

Dále sestry S1 a S5 podotkly, že v případě přeložení pacienta do domácí péče, je nejprve pacient i s rodinou odkázán na specializované pracoviště, kde se učí s ventilátorem a tracheostomickou kanylou. S1 popsala své zkušenosti takto: „My to děláme přes oddělení NIP a DIOP v Ostrově, kam přeložíme pacienta. Ten je tam s rodinou a ty se učí odsávat z dýchacích cest. Mají k sobě sestru a personál, který jim

tam pomáhá. Pacient nejde domů přímo od nás, ale právě přes ten Ostrov. Rodina se zaškolí a pak jde pacient domů. “

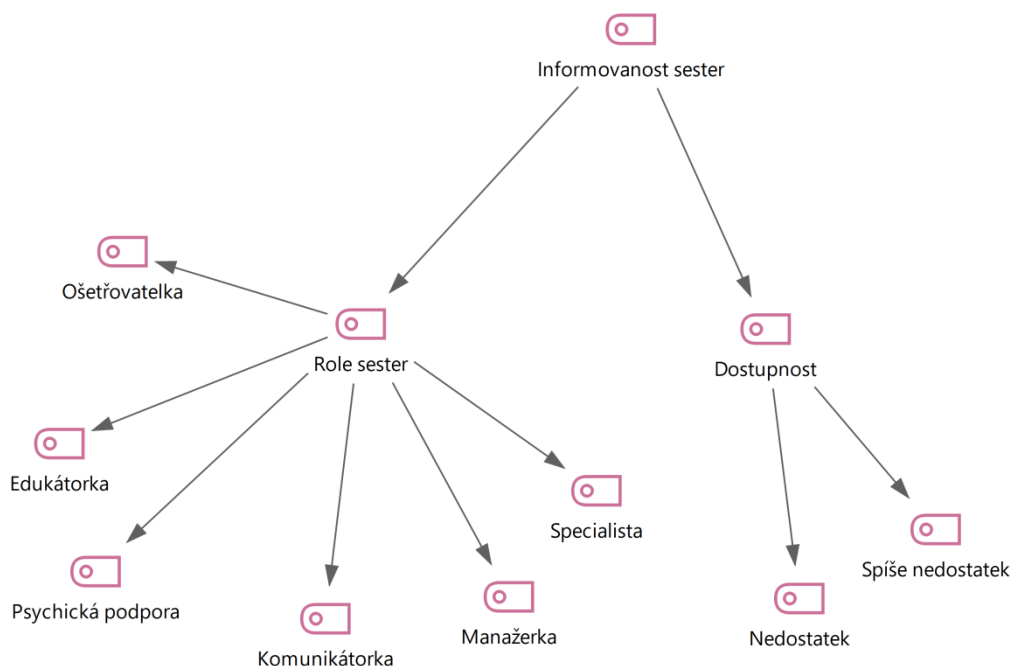
Dále odpověděly, že mezi hlavní podmínky propuštění klienta do domácí péče s domácí umělou ventilací patří zájem rodiny, souhlas ošetřujícího lékaře, který zvaží zdravotní stav pacienta, vyšetření pacienta i jeho rodiny psychologem a zajištění sociálního prostředí: *„Spontánní dýchání bez podpory O₂, vyjmutí tráši. Pacient musí být schopen sebezpěče a sebeobsluhy, hodnoty v normě, pacient je oběhově i ventilačně stabilní. Pacient nemá bolesti a je při vědomí. Pokud jsou to podmínky propuštění do domácí péče s DUPV, řeší se sociální prostředí, pak pojišťovna, která propůjčí DUPV. Než ho propustíme, musíme vědět, že rodina se o něj dokáže posrat a podstoupí psychologické vyšetření. Musí se kontaktovat praktický lékař, který se pacienta bude starat a taky občas třeba domácí péče“*. (S10): *„Určitě zdravotní stav pacienta, dále dostatečně edukovaná rodina, aby se o pacienta mohla adekvátně postarat, přizpůsobené bydlení k péči. Pak musí rodina i pacient projít psychologickým konziliem, který musí potvrdit, že se zvládnou postarat o pacienta. Ještě podstoupí neurologické vyšetření. Dále musí být zajištěná domácí péče, pokud je potřeba, domluví se návštěvy u nás s primářem či ARO sestřičkou na pravidelné kontroly. A samozřejmě schválení od pojišťovny. “* (S9) *„Rodina si hlavně musí být vědoma, v jakém stavu pacient je, aby si to za týden nerozmysleli. S tím, že je necháme, vyzkoušet si to nejdřív u nás, veškerou péči. Je to víceméně na tom lékaři, který komunikuje a domlouvá se s firmami a s rodinou. Zjišťuje, na jaké úrovni je rodina připravena, aby mohlo dojít k realizaci. “* (S7)

„Samozřejmě musí být ten pacient schopný, to znamená, že my ho můžeme propustit, po tom, co lékař usoudí, že jeho zdravotní stav odpovídá propuštění do domácí péče. Rodina musí mít zájem, který jak už jsem se zmínila, většinou není. Nebo jsou problémy finance nebo domácí prostředí. Nemají vybavený pokoj se speciální pohodlnou postelí, problém je i v koupání. Prostě vybavení. “ (S3)

5.1.6 KATEGORIE Č. 6 INFORMOVANOST SESTER

V této kapitole nás zajímaly znalosti sester, které se týkají rolí, které sestry plní na určitém pracovišti. Zjišťovaly jsme, jaké role si tázané informantky uvědomují v rámci své profese na jednotkách NIP a DIOP. Dále jsme se zaměřily na dostupnost péče na těchto jednotkách, a jaký mají názor na dostupnost lůžek oddělní NIP a DIOP v České republice.

Obr. 7 Kódování kategorie informovanost sester



Zdroj: Vlastní zpracování

5.1.6.1 Role sester na oddělení NIP a DIOP

V této podkategorii jsme zjišťovaly, jaké role plní sestry v rámci své profese. Většina sester se nad otázkou pozastavila a z počátku nevěděly, co touto otázkou myslíme. V rámci rozhovoru jsme sestrám vysvětlily, co znamená pojem „role sestry“ a po upřesnění se sestry rozhovořily. Nejčastěji se sestry shodly, že hlavní rolí sester je role ošetřovatelky, která pečuje o zdraví a vzhled pacienta. Dále si přisuzovaly roli edukátorky, kterou zdůvodnily tím, že spolupracují s rodinou a snaží se rodině pacienta vysvětlit jednotlivé postupy či výkony. Sestry, označené jako S4 a S8 se v rozhovoru zmínily, že vnímají svou práci i jako roli psychické podpory pro pacienta, ale i pro jeho rodinu. „Jsem psychickou podporou pro pacienta a rodinu. Občas si připadám, jako vrba, která se snaží vyslechnout rodinu, která je smutná nebo vykeležená ze zdravotního stavu pacienta. Snažím se je aspoň vyslechnout a pomoci, i když občas nevím, jak. Pacient je zase psychicky zatížený tím, že tady musí ležet dlouho, nemá tady své blízké, domácí prostředí a je mimo normální svět. Když vidím, že ho něco trápí a pacient to umí dát dost najevo, povídám si s ním o tom.“ (S8) Častou odpovědí byla role manažerky, která se stará o chod oddělení či dodávání materiálu. Sestra (S2), která

pracuje na jednotce DIOP již 20 let, odpověděla, že vnímá roli mentorky u sester, které nově nastoupí na oddělení. „*Určitě plním roli ošetřovatelky, protože vykonávám ošetřovatelskou péči. Pak si myslím, že jsem edukátorkou, jak pro sestry, tak i pro pacienta a jeho rodinu. Tím navazuji i na roli mentorky. Nové kolegyně zaučuji, když přijdou na naše oddělení. Mám už dlouholetou praxi, přeci jen, jsem tady skoro nejstarší, takže se snažím, abych je toho naučila, co nejvíce.*“ (S2)

Informantka (S10) popsala role, které si uvědomuje takto: „*Uvědomuji si roli manažerky, ošetřovatelky, edukátorky, ale i komunikátorky. Tím myslím, že jsem takovou spojkou mezi pacientem a lékařem. Lékaři popisují, jak se nemocný chová, jestli dělá pokroky, jak vypadá a pacientovi zase třeba tlumočím, co řekne doktor. My jsme s pacientem přeci jen ve větším kontaktu než doktor, takže má k nám většinou i citově blíž.*“ Sestry poukazovaly i na specifika péče, kterou poskytují. Odpověď sestry S3: „*Přeci jen jde o intenzivní péči, která není sice akutní, ale běžně se s ní na standartu nesetkáte. Takže si myslím, že bych mohla plnit i roli specialistky. „Abych řekla pravdu, tak já si role moc neuvědomuji. Víím, že něco takového je, ale jak to dělám automaticky, nikdy jsem se nad tím asi nepozastavila. Určitě jsem ošetřovatelka, občas se zabývám managementem, když zastupuju staniční. Komunikuju s pacientem a s rodinou, takže asi role, která zahrnuje komunikační schopnosti a asi i specialista. Tím, že dělám intenzivní péči, která je určitě specifická si myslím, že plním roli sestry specialistky.*“ (S9)

5.1.6.2 Dostupnost jednotek NIP a DIOP

Následující podkategorie obsahovala názory sester na dostupnost jednotek v České republice. Zajímalo nás, jestli mají sestry představu o tom, zdali je v České republice dostatek oddělení NIP či DIOP a jestli je množství těchto zařízení dostačující. Dotazované sestry se jednoznačně shodly, že těchto specializovaných jednotek je velmi málo a lůžková kapacita na jejich oddělení je stále plná. Všechny informantky podotkly, že množství těchto oddělení není dostačující. Pokud sestry odpověděly, že je nedostatek těchto zařízení, zajímal nás jejich názor, čím je nedostatek zapříčiněn. V tomto ohledu se názory sester lišily. Zde uvádíme jednotlivé odpovědi informantek:

„*Myslím si, že je spíše nedostatek, který je zapříčiněn hlavně tím, že v dnešní době je medicína celkem vyspělá a zachrání mnoho lidí z akutního stavu. Teď to asi vyzní blbě, ale dřív lidé onemocnění nezvládli a zemřeli. Dnes jsou léčeni, ale většina z nich se už nedostane do plného zdraví. Těchto oddělení je málo a nemocných, kteří*

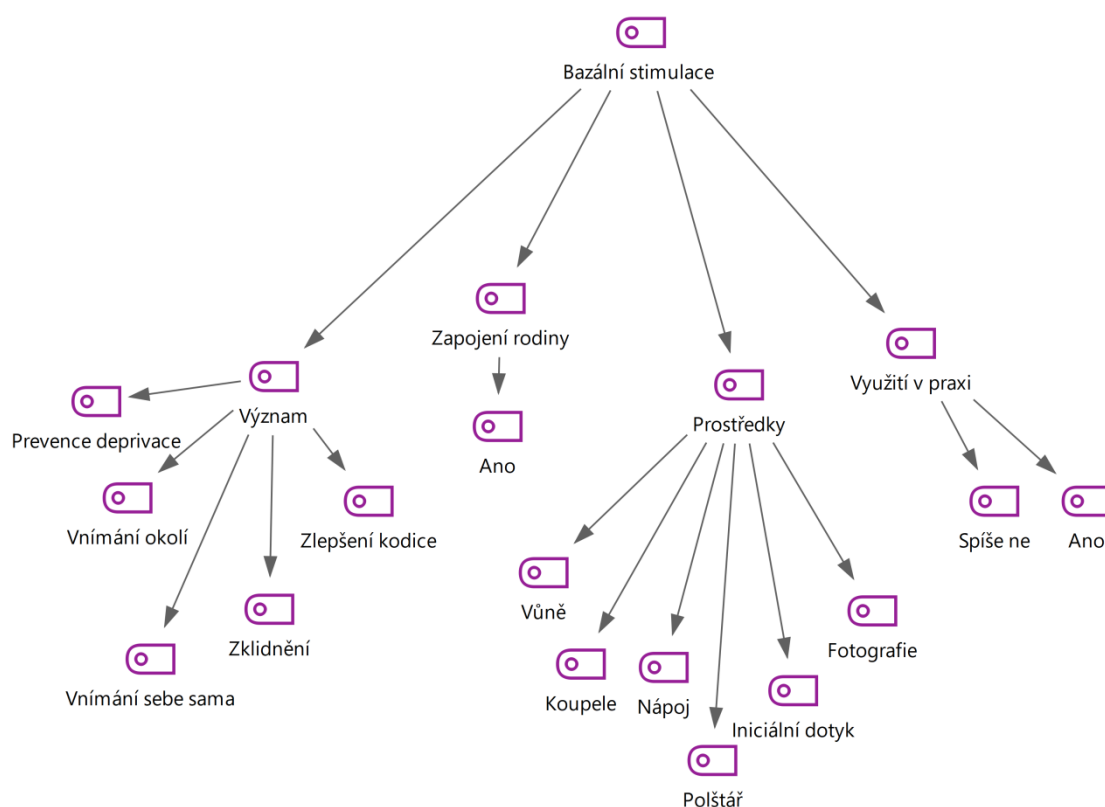
potřebují naši péči, přibývá.“ (S1) „Situace je v dnešní době už lepší, dřív tyto jednotky byly fakt málokde. Takže si myslím, že třeba postupem času by se tyhle zařízení mohly rozrůst. Asi je to i tím, že přibývá nemocných, ale moc se dál neřeší, co s nimi bude po hospitalizaci v nemocnici. To máte jako hospice, když to takhle blbě porovnám. Těch je taky nedostatek a mají většinou plnou kapacitu.“ (S2) „Řekla bych, že je to způsobeno tím, že se zvyšuje počet pacientů, kteří potřebují naši péči. Je více nehod, lidé jsou více nepozorní nebo vlastně i nemocní, takže pacientů přibývá, ale kapacita lůžek se nenavýšuje.“ (S3) Proč je vyloženě nedostatek netuším, myslím, že je málo personálu, ostatně jako všude ve zdravotnictví a možná to je ovlivněno i financemi. Péče o tyhle pacienty, je docela nákladná.“ (S4) „Myslím, že hlavním důvodem je i nedostatek personálu. Přece jen se jedná o intenzivní péči. Lidí, kteří si udělají ARIP jdou pak na ARO nebo někam na jipku. Sem se pak dostávají lidé, kteří většinou už chtějí mít trochu klidnější služby. Je tady mnoho kolegyň, které už třeba po mateřský chtěly mít trochu klid anebo už jsou to starší sestry.“ (S5) „Určitě je nedostatek. Mám mnoho čekatelů, kteří čekají na naši péči, a my čekáme, než propustíme pacienta nebo pacient zemře a hned přijde někdo další. Čekatelů je fakt hodně, takže se dá říct, že my máme prakticky pořád plný stav.“ (S6) „Je jich málo, už jen to, jaký je v určitém období nátlak na tyto jednotky. Není dostatek lůžek. Dále chybí oddělení pro tzv. NVP pacienty, kteří nejsou schopni odpojení od ventilátoru a ani nemohou jít na DUPV.“ (S7): „Dostatek určitě není. Důvodem možná je i to, že je nedostatek sester, který by sem chtěly jít pracovat. Co si budeme nalhávat, práce tady je celkem náročná, hlavně na psychiku. Pacienti tady leží dlouho, u většiny nejsou výrazné pokroky. Nevím.“ (S8) „Dostatek určitě není. Bývá mi líto, že rodina pacienta je mnohdy daleko a nemá možnost přijet. Pacienta nemůžeme přeložit do bližšího zařízení. Buď není kam, nebo je plná kapacita. Takže to možná škodí i tomu pacientovi, protože kontakt s rodinou by mu prospěl. Takže pokud je rodina daleko, přijede jednou za čas, třeba jednou za tři týdny, což je pro pacienta vážně málo. Čekací doby jsou dlouhé a u nás na oddělení je pořád plno.“ (S9)

„NIP a DIOP jednotky jsou už celkem rozšířené, než to bylo dříve, ale pacientů přibývá a ty místa prostě nejsou. Máme pořád plno. Moc jsem se nesečkala s tím, že bychom měli třeba o 2 pacienty míň. Je mnoho čekatelů, takže pokud se místo uvolní, hned se zaplní.“ (S10)

5.1.7 KATEGORIE Č. 7 BAZÁLNÍ STIMULACE

Tato kategorie se zabývá konceptem bazální stimulace v NIP a DIOP péči. Zajímalo nás, zdali sestry znají význam bazální stimulace a jestli ji tázané sestry využívají ve své praxi. Dále nás zajímalo, jaké prostředky používají k bazální stimulaci a jestli zapojují i rodinu nemocného.

Obr. 8 Kódování kategorie bazální stimulace



Zdroj: Vlastní zpracování

5.1.7.1 Význam bazální stimulace

Touto podkategorií jsme zjišťovaly, jaký význam a přínos vidí tázané sestry v konceptu bazální stimulace a jak definují samotný pojem. Sestry nejčastěji odpověděly, že se jedná o léčebně prospěšnou metodu, která slouží k celkovému zlepšení zdravotního stavu pacienta. Společně se shodly, že vyžívání této techniky je velice důležité a prospěšné pro fyzickou i duševní pohodu. Další význam tohoto konceptu okomentovaly informantky, jako metodu, která je prospěšná ke zklidnění nemocného, který si tak více uvědomuje své okolí i sám sebe. Odpověď sestry S5: „Je

to ošetřovatelská, terapeutická a pedagogická metoda, která podporuje vnímání sebe sama na podkladě bazálních vjemů. Stimulace je důležitá, protože tam hrozí senzomotorická deprivace. Mělo by se na nemocného pohlížet holistickým přístupem.“

S7 vnímá význam bazální stimulace takto: „Bazální stimulace je velice důležitou složkou péče o pacienta, kterou využívám hlavně k tomu, aby si pacient lépe uvědomoval své tělo. Je přínosná k tomu, že můžeme stimulovat více podnětů, ať je to čichová, chuťová nebo zvuková stimulace. Víc si tak uvědomuje okolí a zlepšuje tak psychickou i fyzickou kondici.“ Význam bazální stimulace, dle sestry S8: *„K nastartování procesů v těle či k jejich navrácení. Bazální stimulace slouží i k uklidnění pacienta, uvědomění si sebe sama a pomáhá člověku a mozku v regeneraci. Využívají se podněty, které dotyčný dobře znal, tím ho částečně vracíme k tomu, co dělal a měl rád. Já bych řekla, že pomáhá k jejich celkovému uzdravování a k uvolnění“.*

5.1.7.2 Využití v praxi

Podkategorie zjišťovala, zdali sestry využívají ve své praxi bazální stimulaci. S1-S10 podotkly, že bazální stimulace je součástí každodenní péče o pacienta, protože si myslí, že je přínosná. Jak jsme zjistily, tak dle názoru sester je koncept bazální stimulace teprve v začátcích. Přiznaly, že běžně se na jiných oddělení s touto technikou neselekávaly. Názor S1: *„Provádím bazální stimulaci každý den. Začíná to při ranní hygieně, kde se snažím zapojit i pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Samozřejmě od pacienta ve vigilním kóma neočekávám, že se zkusí umýt sám, ale třeba ponoření ruky do vody je taky součástí bazální stimulace. Pak ji provádějí i fyzioterapeuti, který se snaží provádět dechovou rehabilitaci. Asi je to teprve v začátku, protože jsem se s tím setkala třeba jen na ARU, ale jinde na oddělení se to moc nedělá, si myslím.“* Dle sestry, označené jako S4 je bazální stimulace podstatná: *„Snažím se ji provádět, co nejčastěji, protože mám vyzkoušeno, že přináší pozitivní výsledky. Je fajn, že tady se na bazálku hodně dbá a když jsem sem nastoupila, moc jsem nevěděla, o co mám dělat. Sestra, která mě zaučovala, mi dala i knížku a nějaký podklady a vysvětlila, že je to fakt důležitý. Takže když vidíte, že to pomáhá a pacient na vás i líp slyší, je to fajn.“* Dále se zde objevila i sestra, která měla špatnou zkušenost s oddělením, kde již nepracuje. *„Abych vám řekla pravdu, tady kde jsem dělala, se na bazální stimulaci vysoce kašlalo. Věděla jsem moc dobře, že bychom ji měly dělat, a dokonce jsem to zkoušela zavádět, ale bylo mi řečeno, že to je zbytečný. Přístup k bazální stimulaci nebyl žádný. Jendou jsem se setkala s tím, že má bývalá kolegyně dala pacientovi do uší*

nějakou nahrávku, ale tím bazálka končila. Bylo to pro ně nejjednodušší. Bylo tam více faktorů, které mě tam zarážely, takže jsem tam dlouho nevydržela a odešla jsem.“ (S4)

5.1.7.3 Prostředky využívané k bazální stimulaci

Tato podkategorie nám měla přiblížit veškeré prostředky, které sestry využívají v rámci bazální stimulace. Zajímalo nás, zdali sestry zapojují všechny smyslové vjemy a jakým způsobem bazální stimulaci provádějí. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že se sestry snaží využít mnoho nástrojů ke stimulaci nemocného. Informantky se nejčastěji zmiňovaly o masážích a koupelích, které provádějí v rámci hygieny. Mezi nejčastěji využívané prostředky patřily hlavně oblíbené předměty klienty. Do bazální stimulace zařazují sestry i oblíbené vůně, nápoje či dokonce jídlo, čímž stimulují další smysly. Oblíbené předměty přináší do zařízení rodina pacienta. S1 odpověděla, že do bazální stimulace zařazuje oslovení pacienta, na které je klient zvyklý a zapojuje iniciální dotyk: *„Patří sem hlavně oblíbené předměty, které přinese rodina po domluvě s námi. Důležité je i jméno pacienta. S rodinou se domluvíme, jak máme pacientovi říkat. Využíváme hlavně čichovou stimulaci, to znamená, že při koupeli používáme mýdlo, které měl dotyčný i doma. U chlapů používáme vodu po holení, nebo pěnu, na kterou je pán zvyklý. Co se týče chuti, tak to neberte tak, že bychom pacienty nalívaly pivem, ale vezmeme štetičku a vytíráme jim pusu, aby cítili, něco, co znají z dřívějšíka. Okolo postelí vyvěsíme fotografie rodiny, nebo pouštíme pacientům jejich oblíbenou hudbu do sluchátek.“* Jak sestry uvedly, i polohování je součástí bazální stimulace: *„Používáme hlavně věci, které pacient zná. To znamená, že domluvíme se s rodinou, ty přinesou oblíbené věci. Často nosí věci jako fotografie, hudební přehrávače, kam třeba něco nahrají i sami. Pak jsou to oblíbené šampóny a mýdla, u žen krémy. Občas rodina přinese i třeba pyžamo, které můžeme trochu zničit, protože ho třeba nastříhneme, abychom do něj pacienta dostali. Když je pacient mladý a má děti, rodina mu donese i nějakou hračku nebo knihu, kterou mu čteme.“ (S3)* *„Používáme věci, na který je pacient zvyklý, abychom mu tím připomenuli i běžný život. Někteří pacienti už jsou v lepší kondici, takže třeba zvládnou trochu ovládat třeba telefon. Ráno je normálně umyjeme mýdlem, co používají doma, chlapy holíme jejich strojky a dáváme jim oblíbenou vodu po holení. Pak lidem vytíráme pusu oblíbeným nápojem, což bývá nejčastěji asi Cola nebo u chlapů pivo. Jednou mě velice pobavilo, když jsme rodině řekli, že bychom mohli zkusit dát pacientovi oblíbené jídlo. To je většinou rozmixovaný a dáváme ho jen trochu, abychom stimulovali chuťové receptory. Tam vznikla trochu*

*úsměvná situace, protože rodina donesla řízek. Když tohle rodinám řekneme, zaradují se a mají pocit, že pacient zvládne normálně jíst. Zase si od té doby dávám pozor, jak to formuluji.‘‘ (S4) Sestra označená, jako S6 poukazovala na polohování: *„My asi nejvíc používáme oblíbené vůně. Na pokojích jsou televize, takže můžeme pacientům pustit i oblíbený seriál nebo film. Provádíme koupele a masáže, do kterých se snažíme zapojit i pacienta. Okolo postele vidí fotky blízkých a přátel. Pak se snažím využívat iniciální dotyk, aby pacient třeba věděl, že jsem u něj a oslovuji ho tak, jak nám řekne rodina. Pacientům samozřejmě netykáme, ale říkáme jim třeba křestním jménem. Pak pacienty polohujeme, jednak jako prevenci dekubitů, ale využíváme i třeba polohu hnízda.‘‘* Dále nám S8 popsala, jaké prostředky využívají na NIP jednotkách: *„Určitě se snažíme využívat stimulaci čichovou, chuťovou a i dechovou, kterou provádí hlavně fyzioterapeuti. Pacienti mají občas i své povlečení nebo polštáře, které přinese rodina. Pak se snažíme stimulovat chuť, tím, že lidem vytíráme pusy oblíbeným nápojem. Pokud je pacient alespoň trochu při vědomí, pouštíme mu oblíbený film nebo hudbu. Rodina občas natočí nějaké video, takže mu ho můžeme na telefonu pustit. To pacienty často emočně dostane, protože tam třeba vidí i své malé děti, které na návštěvu moc často nechodí. U starších pacientů třeba vnučata. Provádíme i uklidňující masáže, a hlavně iniciální dotyk, na tom si celkem zakládám.‘‘**

5.1.7.4 Zapojení rodiny do bazální stimulace

Tato podkategorie zjišťovala, zdali je rodina pacienta zapojena do bazální stimulace a pokud ano, jakým způsobem se účastní. S1-S10 v rozhovoru popsaly, že zapojení rodiny je velice podstatné. Cílem je, aby jim rodina uvedla, co měl pacient rád, jaké měl koníčky, záliby a díky těmto informacím sestry přizpůsobí bazální stimulaci každému pacientovi. Při první návštěvě vyplní rodina nemocného formulář, kde sepíší podstatné věci a domluví se s personálem, jaké věci mají pacientovi donést. Jedná se o tzv. biografickou anamnézu. Většina sester podotkla, že rodině dají vytištěný formulář, aby měla představu, co mají donést. Dále se shodly, že je lepší dát rodině čas na promyšlení, jelikož na oddělení by si na některé předměty nemusela vzpomenout. Dále sestry uvedly, že rodina se většinou do samotné bazální stimulace nezapojuje. Popsaly, že jde o individuální přístup rodiny. Takto odpověděla S2: *„Rodinu zapojujeme spíše tak, že s nimi sepisujeme biografickou anamnézu, abychom věděly, jak máme pacienta oslovovat a co měl nemocný rád. Pak jim dáme seznam informací domů, ať si to v klidu pročtou a rozmyslí, co donést. Upozorňujeme i rodinu, aby nepřinášeli zbytečnosti,*

protože pak ty věci nemáme kam dát, takže jen základní věci. “ S7 o zapojení rodiny do bazální stimulace hovořila takto: „Nedá se úplně říct, že bychom rodinu aktivně zapojovaly. Sepíšu s nimi základní biografickou anamnézu, ale že bych je zapojila třeba do polohování nebo masáží, to ne. Občas se stane, že pokud má rodina zájem, zkusím je zapojit třeba do chuťové stimulace, aby viděli, jak pacient reaguje třeba na oblíbený nápoj. Vezmou si štětičku, nejprve jim to ukážu a pak to zkouší sami. Myslím si, že by měli vědět, proč se to dělá a co to může v pacientovi evokovat. Bohužel většinou se setkávám s tím, že se buď rodina bojí, nebo to prostě dělat nechce. “

6 Diskuze

V dnešní době je povolání sester jedno z nejnáročnějších, neboť jsou na sestry kladeny vysoké požadavky nejen na jejich profesionalitu, odbornost, ale i na samotnou osobnost člověka. Fyzická či psychická náročnost tohoto povolání se může projevit nejen v profesním, ale i osobním životě. Rozhovory sester, které pracují na následné a dlouhodobé péči nám přiblížily, jak náročné povolání vykonávají. Myslíme si, že mezi veřejností není povědomí o vykonávané péči na těchto jednotách.

V rámci diskuze budou shrnuty a zhodnoceny výsledky kvalitativního výzkumu diplomové práce zaměřeného na téma „Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči“. K celkovému hodnocení kvalitativního výzkumu bylo zpracováno deset polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče. První část rozhovorů byla zaměřena na typ oddělení, délku praxe dotazovaných sester a na dosažené vzdělání či absolvování kurzů. Délka praxe informantek se pohybuje od 2 – 20 let v zařízení následné či dlouhodobé intenzivní péče po celé České republice. Informace, které byly získány od sester pracujících v odlišných nemocničních zařízeních, přinesly různorodé názory a odpovědi. Obávaly jsme se, že pokud bychom provedly rozhovor se sestrami ze stejných pracovišť, byly by výsledky příliš shodné.

Pět sester absolvovalo vysokoškolské vzdělání zakončené titulem bakalář, jedna sestra s magisterským titulem a sedm z nich získalo odbornou specializaci. Mezi dotazovanými se nacházela i sestra s dosaženým vzděláním – diplomovaný specialista. Následně šest sester absolvovalo odborné kurzy, které byly zaměřeny na management, zajištění dýchacích cest, hojení ran, validace, základní bazální stimulace a kurz paliativní péče. Tím, že sestry podstoupily vzdělávací kurzy, zvyšují svou odbornost a informovanost. Myslíme si, absolvování kurzů je důležité pro rozšiřování vzdělání a zvyšování povědomí o moderních postupech péče. Do základních informací o sestrách jsme zařadily i zkušenosti a rozdílnost praxe s jiným oddělením. Většina informantek měla zkušenost s jiným typem pracoviště. Rozdíly nejlépe popsala S1, která dříve pracovala na anesteziologicko-resuscitačním oddělení: *„Když porovnáám obě oddělení, tak vše má své plusy i minusy. Každý oddělení je trochu specifický. Myslím, že u mě to rozhodl i věk. ARO pro mě bylo skvělé oddělení, kde mě to bavilo a mnoho jsem se naučila, ale to jsem byla mladší. Nevadila mi rychlá akce, adrenalin nebo stres. Dneska už to mám trochu jinak. Když jsem přecházela sem, trochu jsem z toho měla obavy, i*

když jsem věděla, do čeho jdu. Ta péče je tady taky intenzivní a specializovaná, což je fajn, protože jsem na to zvyklá a říkala jsem si, že by byla škoda jít na běžný standard. Líbí se mi, že tady jsou plánované příjmy a není tady takový chaos.“ Výzkumné šetření ukázalo, že rozdílnost oddělení se liší nikoli v náplni práce, ale v chodu a systému oddělení. Sestrám vyhovují plánované příjmy a méně stresu. Délka hospitalizace na následné a dlouhodobé intenzivní péči se pohybuje v řádech týdnů, měsíců, ale i let. Vzhledem k tomuto časovému horizontu mají sestry možnost získat mnoho informací o pacientech a budují s nimi i s jejich blízkými přátelský vztah. Mezi negativa zařadily psychickou i fyzickou náročnost, která je způsobena délkou hospitalizace, tak i nepříznivým vývojem onemocnění, se kterým se setkávají u mnoha nemocných. S2 formulovala negativa oddělení takto: *„Největší odlišností je asi to, že na JIP bylo více adrenalinu, ve smyslu, že se třeba něco zvrtilo nebo bylo nějaké nečekané zhoršení pacienta. Pak taky bylo více neplánovaných příjmů, což tady není. Dá se říct, že tady jsou příjmy plánované. Ale když porovnám obě jednotky NIP, DIOP a JIP, tak, jsem byla spokojenější spíš asi na JIP. Ta dlouhodobá intenzivní péče nebo ta NIP je pro mě dost náročná a časem vás to pomalu semele. Někomu to nevadí, ale já potřebuji většinou nějakou zpětnou vazbu. Myslím tím, že z práce, kterou udělám, chci mít dobrý pocit, že jsem někomu pomohla. Nechci, aby to vyznělo blbě, ale tady je skladba pacientů taková, že se většinou ti lidé domů nedostanou. Jsou to většinou vigilní komata, takže děláte práci pořád dokola – odsáváte, krmíte do PEG, polohujete. Snažíte se na ně mluvit, ale víte dopředu, že to nikam nepovede“.* Dlouhodobá péče o klienta vyhovuje řadě informantek, z důvodu lepšího vztahu s klientem a rodinou. Jde o poznání pacienta a vytvoření jakéhosi vztahu mezi ním a sestrou. Řada sester je naopak nespokojená s dlouhodobou péčí, kterou popisují jako psychicky náročnou, jelikož často nevidí pokrok nebo naopak dochází ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. Křivohlavý (2010) popisuje ve své knize riziko zátěže sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. U těžce nemocných pacientů, provází sestry obrovská psychická i fyzická zátěž. Často se stává, že se sestry setkávají s pacienty i jejich rodinami v těžké životní situaci. Obzvláště u sester, které pracují v intenzivní péči, se může projevit dopad této zátěže na zdravotní stav, ale i na osobní a společenský život (Křivohlavý, 2010).

Následující část rozhovoru obsahovala informace o pacientech, kteří jsou hospitalizováni na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče. Z odpovědí sester jsme zjistily, že věk pacientů je individuální a nelze zcela stanovit věkovou kategorii. Zatímco délka hospitalizace se na NIP pohybuje v řádu týdnů, až několika měsíců, na

DIOP oddělení jsou nemocní hospitalizováni i roky. Nejčastěji uvedenými diagnózami pacientů bylo respirační selhání, poranění páteře, vigilní kóma, pacienti po resuscitacích, cévní mozkové příhody nebo ischemie. V případě hospitalizace mladších pacientů, bývají nejčastější příčinou dopravní nehody čili polytrauma a v dnešní době i postcovidový syndrom. Rousseau et al. (2021), popisuje ve svém článku, že u mnoha pacientů po onemocnění Covid-19, se vyskytují fyzické, duševní a neurokognitivní poruchy, které ovlivňují kvalitu života a vyžadují tak následnou intenzivní péči (Rousseau et al., 2021). Jedna z informantek, S10, ve své odpovědi zmínila, že délka hospitalizace má negativní dopad na pacienta: „*Jak bych vám to popsala. Asi nemohu říct přesnou dobu hospitalizace, protože ta doba je individuální. Ale na NIP je délka pohybu je většinou několik měsíců. Pak je taky ovlivněná i úspěšným weaningem. Pokud se odpojení nepovede, dáváme pacientovi delší čas, než to zkusíme znovu. Někdy se prostě stane, že to trvá, nebo nejde odpojit vůbec. V tu dobu čekáme, jestli se nemocného ujme rodina. No a pokud jsou odpojení, jdou na DIOP, kde je ta doba ovlivněná celkovým progresem a diagnózou. Vemte si, že ti lidé leží nějakou dobu na ARO, pak na NIP nebo ještě nějakou dobu na DIOP. Na DIOP lidé leží i roky, což je pro toho člověka zničující, stresující a pak to často vzdá. Čekáme na umístění do jiných zařízení, anebo na propuštění do domácí péče, což taky zabere nějaký čas. Troufnu si říct, že tady lidé leží po dobu několika měsíců, ale bohužel i let.*“ Z vlastní zkušenosti můžeme potvrdit, že dlouhodobá hospitalizace zasahuje do psychosociální sféry pacientů a může se projevat častými změnami nálad, odmítání spolupráce až agresí. Po propuštění může nastat problém se soběstačností i sociálním začleněním. Zacharová (2017) uvádí, že dlouhodobá hospitalizace nepříznivě ovlivňuje duševní stav, který nazýváme hospitalismus. Pacient si zvykne na izolaci od světa, na určitou pasivitu, zúží se obsah jeho zájmu, zejména pokud chybí dostatečný sociální kontakt. Pro člověka se stává běžný život mimo nemocnici hrozbou. Chátrá fyzicky i psychicky (Zacharová, 2017). Myslíme si, že u pacientů hospitalizovaných na jednotách následné i dlouhodobé intenzivní péče, je riziko vzniku hospitalismu vysoké.

Důvody pro přijetí pacientů k dlouhodobé či následné intenzivní péče jsou individuální. Hospitalizace se odvíjí od celkového stavu pacienta a základní diagnózy, která je stanovena již na předešlém oddělení. Mezi hlavní důvody přijetí patří pokračování v zavedené léčbě či doléčení nemocného, monitorování fyziologických funkcí, odstranění invazivních vstupů, parenterální a enterální výživa a následně propuštění do domácí péče či překlad pacienta na jiné oddělení. Sestry, které pracují na

oddělení NIP popsaly, jako hlavní úkol weaning, neboli odpojení pacienta od umělé plicní ventilace. Příkládám odpověď S1: „*K nám jsou pacienti přijati hlavně z důvodu weaningu, což je odvykání od ventilátoru. Jsou to pacienti s trášou, mají umělou enterální výživu, takže mají sondy. Dále to jsou pacienti, kteří musí být monitorováni, většinou mají i centrální žilní katétr. Pacienti přicházejí nejčastěji z oddělení ARO. Jsme spádová nemocnice pro celý Ústecký kraj. Naším úkolem je zbavit pacienta všech invazivních vstupů a pacienta propouštíme buďto do domácí péče, na rehabilitaci nebo na následnou péči.*“

Další kategorie obsahovala informace o oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče. Byla zaměřena na specifika péče, kapacitu lůžek a vytíženost sester. Ve výzkumném šetření popsaly sestry svá oddělení jako intenzivní péči, která zahrnuje ošetrovatelskou péči, odpojování nemocného od umělé plicní ventilace, odbornou péči o invazivní vstupy s následným odstraněním, aplikaci léků a parenterální či enterální výživy a zaměření na koncept bazální stimulace. S tímto tvrzením souhlasíme a myslíme si, že sestry vyjmenovaly základní výkony, které jsou specifické pro oddělení. O vytíženosti sester jsme se dozvěděly, že jedna sestra pečuje zhruba o 2 - 4 pacienty, se kterými jí pomáhá pomocný personál. Byly jsme mile překvapeny, že sestry jsou vděčné za spolupráci sanitářů či sanitárek. V tomto případě jsme došly k názoru, že se potvrdila náročnost a vytíženost sester, jelikož péče o čtyři pacienty není jednoduchá. Samozřejmě záleží, jaký je celkový zdravotní stav nemocných, od čehož se odvíjí i pohyblivost či sebeděče klientů. Jak sestry uvedly, vytíženost se odvíjí i od momentálního nedostatku personálu.

Kapacita lůžek se pohybuje okolo 9 až 16 lůžek, dle individuální kapacity jednotlivých zařízení. Sestry podotkly, že z důvodu nedostatku sester je nyní kapacita lůžek omezena. K tomuto tématu se vztahuje i otázka, která vypovídala o informovanosti a názoru sester. Zněla následovně: „*Myslíte si, že je v České republice dostatek jednotek NIP a DIOP?*“ Odpovědi informantek se jednoznačně shodly, že situace v Čechách není příznivá a že je velký nedostatek těchto jednotek. Mezi hlavní důvody uvedly nedostatek zkušeného zdravotnického personálu, nedostatek zájmu o tyto oddělení a přibývajícím počet pacientů, kteří potřebují dlouhodobou intenzivní péči. S tímto názorem se ztotožňuje i Drábková a Hájková (2018), které tvrdí, že kombinace rozvoje intenzivní medicíny s prodlužováním průměrného věku populace a s postupem komorbidit, je perspektivou pro rozšiřování jednotek následné a dlouhodobé intenzivní péče, která by měla být realizována zkušeným a proškoleným zdravotnickým

personálem. Uvádějí, že nízká mortalita pacientů v dané oblasti péče, vyžaduje lepší a kontinuální návaznost na další zaměření zdravotnických i pečovatelských zařízení. Podle jejich názoru, je řešením i sjednocení paliativní intenzivní péče a vytvoření správného pochopení pojmu životní vůle, rozhodnutí a předem vyslovené přání (Drábková a Hájková, 2018). Souhlasíme s nedostatkem těchto jednotek, který jsme si ověřily v rámci internetového vyhledávání jednotek následné a dlouhodobé intenzivní péče v České republice.

Jedním z cílů naší diplomové práce bylo zjistit, jaký je význam kooperace sester s rodinou pacienta. Proto jsme vytvořily kategorii, která je zaměřena na rodinu nemocného. Pomocí výzkumných otázek jsme zjišťovaly motivaci, aktivní zapojení a edukaci sestrami. Výzkumné šetření ukázalo, že kooperace zdravotnického personálu s rodinou nemocného je výhodná pro získávání veškerých informací o pacientovi, zlepšení zdravotního stavu nemocného a vytvoření přátelského vztahu mezi rodinou a zdravotníky. To potvrzuje ve své knize i Zrubáková et al. (2016), která tvrdí, že jedním z hlavních úkolů sester, je vytvořit si profesionální a přátelský vztah s rodinou nemocného a zapojovat ji do ošetrovatelského procesu o jejich blízké (Zrubáková et al., 2016). Odpověď výstižně formulovala S2: „*Pokud se chováme k lidem slušně a snažíme se být milé a chápavé, dozvíme se od rodiny více informací o pacientovi, o jejich vztahu v rodině, což nám kolikrát i ulehčí práci s pacientem. Pacient s námi pak lépe spolupracuje.*“ Tyto informace potvrzuje ve své knize Zacharová (2017), která tvrdí, že rodina je aktivním činitelem v zajištění léčby a podmínek pro uzdravení nemocného. Je podstatné, aby rodina byla spojencem zdravotníků. Proto je nutné, aby se s rodinnými příslušníky pravidelně hovořilo, čímž docílíme vzájemné spolupráce, a tak i lepší spolupráce mezi pacientem a zdravotnickým personálem (Zacharová, 2017). S tím souvisí i edukace a motivace rodiny. Jak informantky uvedly, rodinné příslušníky edukují již při příchodu na oddělení, kde se jim snaží vše vysvětlit a tím zároveň motivovat či zbavit strachu. Strach rodiny vzniká díky nedostatku informací, nevědomostí nebo respektu z přístrojové techniky, díky které je pacient monitorován či ventilován. Sestry přibližují a vysvětlují denní režim oddělení, přístrojovou techniku či jednání s pacientem. Jak sestry podotkly, rodina pocítuje strach a nejistotu při první návštěvě jejich blízkého, který je eliminován právě edukací. Nejprve většinou dochází k telefonickému kontaktování pracoviště, kde se dozví zběžné informace, které připraví rodinu na první návštěvu oddělení.

Dále se sestry vyjádřily, že motivace je založená i na přístupu rodiny, která nemá

vždy zájem podílet se na péči o pacienta. Nejlépe svou zkušenost formulovala S2: *Snažíme se o to, pokud se rodina chce zapojovat. Já motivuju hlavně tím, že s rodinou komunikuji a vysvětluji jim, že pro pacienta je příjemnější, když s ním manipuluje rodina než personál. Dále jim vysvětluji, že na ně pacient může reagovat jinak než na mě, protože slyší známé hlasy. Pokud návštěva chodí pravidelně, je pro ně motivace i pokud se mění zdravotní stav pacienta. Ne vždy to tak samozřejmě je, takže si uvědomujeme, že to může mít naopak i opačný efekt, demotivaci rodiny.*“ Medlíková (2021), popisuje motivaci jako vnitřní kompars, kterým dokážeme uspokojit potřeby a je důsledkem úspěšně vykonávané činnosti (Medlíková, 2021). Dle našeho názoru je motivace rodiny velmi podstatná. Díky motivaci rodinných příslušníků, projevují sestry zájem o ně samé a zároveň i o pacienta. Tím, že je rodina zapojena do ošetrovatelského procesu, získá povědomí o náročnosti práce sester a zároveň dopomáhá k psychické pohodě pacienta. Zapojení rodiny do péče o klienty je, jak uvedly informantky, velmi individuální. Většina rodin se nechce zapojit z důvodu strachu, že nemocnému ublíží nebo neví, jak postupovat. Úkolem sester je eliminovat strach tím, že rodině předvedou správný postup péče a vysvětlí důležitost jednotlivých postupů. Sestry jsou plně informované o významu zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu, ale podotkly, že rodinu nenutí. U rodin, které jsou nuceny do péče o pacienta, může negativní zkušenost vyvolat nepříznivý zážitek, který vede např. k odmítání návštěv. Pokud se rodina zapojuje do péče o nemocného, jedná se většinou o někoho, kdo má s péčí zkušenost, jak výstižně uvedla S5: *„Většinou zájem není, alespoň já se s tím moc neseťkávám. Když se najde někdo, kdo ten zájem má, jedná se většinou o rodinné příslušníky, kteří jsou taky zdravotníci. Ležel tady pán po dopravní nehodě. Jeho žena byla zdravotní sestra a domluvila se s námi, že by pacienta koupala. Předem vždy zavolala, my jsme připravily věci a po dobu koupání měla k ruce sanitáře i nás. Takže pokud se rodina zapojit chce, určitě jim vyhovíme, ale moc často to není.*“ Předpokládaly jsme, že pokud se rodina zapojí do péče o nemocného, bude pacient více spolupracovat a reagovat příznivěji. Tuto domněnku sestry vyvrátily svými zkušenostmi, které vypovídaly o tom, že zde nevidí rozdíl. K tomuto tvrzení přikládám odpověď S1: *„Myslím si, že možná dochází ke změnám hlavně v psychice. Zase naopak, když rodina odchází, je to pro pacienta náročné. Po návštěvách mohou být i vyčerpání a unavení. Jinak co se týče fyzických změn, myslím si, že v tom rodina nehraje moc roli, pokud s ním sami nerehabilitují, což se většinou nestává. Ačkoli je pravdou, že pacient může být více motivován k rehabilitaci a více se snaží.*“ K tomuto tvrzení se přikláníme,

jelikož si myslíme, že hlavním motivátorem pacienta, by měla být právě rodina. Dle našeho názoru je pochopitelné, že pokud má daná osoba zkušenost s péčí o nemocného, liší se postoj k zapojení do ošetrovatelského procesu.

Dále nás zajímaly zkušenosti sester o propuštění pacienta do domácí péče. Zájem o domácí péči je zcela individuální a odvíjí se od zkušeností, věku rodinných příslušníků, finančních prostředků, sociálního zázemí nebo rodinných vztahů. Jak uvedly sestry, rodina většinou nemá zájem o propuštění pacienta do domácí péče. Zdůvodnily tuto skutečnost tím, že péče o pacienta v domácím prostředí není jednoduchá a je psychicky, fyzicky i finančně náročná. Potvrzuje to i Tomeš et al. (2015) ve své knize, kde uvádí, že domácí péče je psychicky, fyzicky i časově náročná. Zejména, pokud se jedná o dlouhodobou péči u pacientů s vyšším stupněm závislosti. Pečující osoba zajišťuje pomoc nejen blízké osobě, ale i své rodině. Stará se o domácnost, dochází do zaměstnání a zároveň se snaží zajistit svému blízkému tu nejlepší péči (Tomeš et al., 2015). Rodina si uvědomuje, že péči o svého blízkého nezvládne nebo nemá možnost uzpůsobit sociální prostředí imobilnímu pacientovi. Příkladám tvrzení S4: *„Většina lidí ví, že se o pacienta nedokážou postarat, protože chodí do práce, o kterou nemohou nebo nechtějí přijít. Péče je i finančně nákladná, a tak většina rodin nemá zájem o propuštění pacienta domů.“* V některých případech jsme se dozvěděly, že sestry se s touto možností nesetkávají. Pacienti jsou nejčastěji přeloženi na následnou péči, do rehabilitačních zařízení a následně do domova pro seniory.

Sestrám pracujícím na následné intenzivní péči, byla položena otázka, zdali informují rodinu o možnosti domácí umělé plicní ventilace a pokud rodina souhlasí s propuštěním, kdo pomáhá s nácvikem. Informace o možnosti domácí umělé plicní ventilace, sděluje rodině převážně lékař či primář oddělení. Následně dochází k nácviku péče o dýchací cesty a obsluze ventilátoru, na kterém se podílí celý zdravotnický personál anebo je rodina odkázána na specializované pracoviště. Tam je pacient hospitalizován společně s rodinným příslušníkem, který provádí péči o pacienta s pomocí proškoleného personálu. Zkušenost s překladem pacienta na specializované pracoviště popsala S1: *„My to děláme přes oddělení NIP a DIOP v Ostrově, kam přeložíme pacienta. Ten je tam s rodinou a ty se učí odsávat z dýchacích cest. Má k sobě sestru a personál, který jim tam pomáhá. Pacient nejde domů přímo od nás, ale právě přes ten Ostrov. Rodina se zaškolí a pak jde pacient domů.“* Před propuštěním pacienta do domácí péče musí pacient i jeho rodina splňovat určité podmínky, které jsme již

popisovaly v teoretické části. O těchto podmínkách, mají sestry pouze částečnou povědomost. Nejčastěji zmiňovanou podmínkou pro propuštění byl stabilizovaný zdravotní stav pacienta, podstoupení psychologického vyšetření pacienta i jeho blízkých, souhlas rodiny, kontaktování praktického lékaře a uzpůsobené sociální prostředí. Z těchto odpovědí jsme odvodily, že sestry nemají mnoho zkušeností s propuštěním pacienta do domácí péče. Dle Drábkové a Hájkové (2018) není propuštění pacienta na domácí umělé plicní ventilaci jednoduché. Nutné je vyřešit agenturu domácí péče a distanční telekomunikace s předchozím ošetřujícím lékařem ze zdravotnického zařízení. Finančně nákladné jsou i návštěvy odborníků doma, jelikož nejsou hrazeny pojišťovny. Dále uvádí, že praktičtí lékaři nemají s pacienty s domácí umělou plicní ventilací zkušenosti, s čímž souvisí další řada problémů (Drábková a Hájková, 2018). Myslíme si, že rodina si je vědoma těchto problémů a ovlivňuje to tak rozhodování o převzetí pacienta do domácí péče. My sami si uvědomujeme náročnost péče o tyto pacienty v domácím prostředí, avšak ztotožňujeme se s názorem, že domov má pozitivní vliv na nemocného, který tak lépe dosáhne uspokojení jeho potřeb. Příznivý účinek domácího prostředí popisují ve své knize i Ptáček s Bartůňkem (2020), kteří tvrdí, že motivace se odvíjí ze známého prostředí a zájmu pacienta. Evokuje snahu o bezpečí, pozornost, zvládnutí jakékoli potenciálně ohrožující situace (Ptáček a Bartůněk, 2020).

Dále jsme se zaměřily na bazální stimulaci, která je dle našeho názoru významnou součástí ošetrovatelského procesu. Dle Friedlové (2015) je bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje lidské vnímání v bazální rovině. Tento koncept je zaměřen na všechny oblasti lidských potřeb, poskytuje stimuly pro psychomotorický vývoj, stimuluje komunikaci, hybnost a vnímání. Předpokladem pro správnou strukturu péče je práce s člověkem, jeho životními potřebami a s rituály, na který je zvyklý (Friedlová, 2015). Rozhovor obsahoval otázky, kterými jsme chtěly získat informace a znalosti sester o bazální stimulaci. Informantky měly dostatečné informace o významu a důležitosti aplikace bazální stimulace. Shodly se, že v předchozím zaměstnání, bazální stimulaci příliš nevyužívaly. Některé z dotazovaných sester přiznaly, že se s ní setkaly již na anesteziologicko - resuscitačním oddělení. Mile nás překvapilo, že sestry využívají různé metody, kterými stimulují všechny smysly pacienta. O důležitosti využívání bazální stimulace, píše ve své knize Müller et al. (2014), který tvrdí, že cévní nervová soustava je schopna se do jisté míry adaptovat, i při masivním poškození, pokud jsou

její komorové oblasti včas a dostatečně aktivovány (Müller et al., 2014). Tím docházíme k názoru, že by měl být koncept bazální stimulace využíván i na standardních odděleních nebo na jednotkách intenzivní péče. Kromě S4, uvedly všechny sestry, že bazální stimulace je součástí každodenní péče o klienta. Příkládám zdůvodnění nespokojenosti sestry, označené jako S4 v bývalém zařízení: *„Abych vám řekla pravdu, tady kde jsem dělala se na bazální stimulaci vysoce kašlalo. Věděla jsem moc dobře, že bychom ji měla dělat, a dokonce jsem to zkoušela i zavádět, ale bylo m i řečeno, že to je zbytečný. Přístup k bazální stimulaci nebyl žádný. Jednou jsem se setkala s tím, že má bývalá kolegyně dala pacientovi do uší nějakou nahrávku, ale tím bazálka končila. Bylo to pro ně nejjednodušší. Bylo tam více faktorů, které mě tam zarážely, takže jsem tam dlouho nevydržela a odešla jsem.“* Do bazální stimulace je zapojena i rodina pacienta, která vyplňuje biografickou anamnézu a přináší předměty, které jsou úzce spojeny s běžným životem nemocného. Nejčastěji jsou využívány fotografie, hudební přehrávače, masáže, iniciační dotyk, příjemné vůně či oblíbené nápoje. K tomuto tvrzení příkládáme odpověď S3: *„Používáme hlavně věci, který pacient zná. To znamená, že domluvíme se s rodinou, ty přinesou oblíbené věci. Často nosí věci jako fotografie, hudební přehrávače, kam třeba něco nahrají i sami. Pak jsou to oblíbené šampóny a mýdla, u žen krémy. Občas rodina přinese i třeba pyžamo, které můžeme trochu zničit, protože ho třeba nastříháme, abychom do něj pacienta dostali. Když je pacient mladý a má děti, rodina mu donese i nějakou hračku nebo knihu, kterou mu čteme.“* Opět nás zajímalo, zdali je rodina aktivně zapojena do tohoto konceptu. Sestry se snaží vysvětlit, k čemu bazální stimulace slouží, ale rodina se většinou nezapojuje. Zde si myslíme, že rodina by měla být zapojena alespoň do základní bazální stimulace, ačkoli víme, že se obávají nebo si dostatečně nevěří. Úkolem sester je snaha o aktivní zapojení rodinných příslušníků do konceptu bazální stimulace.

Několikrát jsme se během rozhovorů setkaly s názorem sester, který popisoval, že o bazální stimulace je teprve v začátcích a její rozvoj ji teprve čeká. S tímto názorem se ztotožňovala i S1: *„Provádím bazální stimulaci každý den. Začíná to při ranní hygieně, kde se snažím zapojit i pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Samozřejmě od pacienta ve vigilním kóma neočekávám, že se zkusí umýt sám, ale třeba ponoření ruky do vody je taky součástí bazální stimulace. Pak ji provádějí i fyzioterapeuti, kteří se snaží provádět dechovou rehabilitaci. Asi je to teprve v začátku, protože jsem se s tím setkala třeba na ARU, ale jinde na oddělení se to moc nedělá, si myslím.“* Z vlastních zkušeností víme, že koncept bazální stimulace není běžně

využíván. Dále by pomohlo, kdyby byl zdravotnický personál proškolen a informován o důležitosti i přínosu, který bazální stimulace přináší.

Dalším zvoleným výzkumným cílem bylo zjistit, jak sestry pracující na jednotách následné a dlouhodobé intenzivní péče vnímají svou roli. Z počátku nám minimálně polovina sester odpověděla, že si nemohou vzpomenout nebo nechápou, jak otázku myslíme. Zjistily jsme, že tyto sestry neznají pojem „role sester“ a tak jsme se jim ho snažily přiblížit. Po objasnění pojmu se sestry zamyslely a odpověděly následovně. Z rozhovorů je patrné, že sestry si uvědomují hlavně roli ošetrovatelky a edukátorky. Toto tvrzení zdůvodnily tím, že je to díky ošetrovatelské péči, kterou vykonávají prakticky neustále, jako je např. hygiena. Roli edukátorky plní hlavně v komunikaci s rodinou nemocného. Překvapilo nás, že tázané sestry nevedly i edukaci pacienta. Autor Americké studie Cammeron (2013) tvrdí, že vzdělávání pacientů je součástí důležité metody pro zvyšování funkčnosti a kvality života pacienta. Edukací se snižuje riziko návratu onemocnění (Cammeron, 2013). Mezi další role sester, zařadily i roli komunikátorky, která propojuje komunikaci mezi sestrou a lékařem či lékařem a pacientem. Nejsme si jistí, zdali toto není spíše moderním trendem dnešní doby. Lékař je povinen zjišťovat si informace sám a úkolem sester je sdílet informace o ošetrovatelské péči.

Roli manažerky uvedly pouze tři sestry, které mají vysokoškolské vzdělání nebo podstoupily kurz managementu. Jednalo se nejčastěji o informantky, které se během rozhovoru zmínily, že jsou staničnými sestrami daného oddělení nebo jsou zástupci staničních sester. Roli mentorky plní sestry hlavně při nástupu nových kolegyní, které zaučují a přibližují chod oddělení. S8 popsala, že vnímá své role následovně: *„Jsem psychickou podporou pro pacienta a rodinu. Občas si připadám, jako vrba, která se snaží vyslechnout rodinu, která je smutná nebo vykolejená ze zdravotního stavu pacienta. Snažím se je aspoň vyslechnout a pomoci, i když občas nevím, jak. Pacient je zase psychicky zatížený tím, že tady musí ležet dlouho, nemá tady své blízké, domácí prostředí a je mimo normální svět. Když vidím, že ho něco trápí a pacienti to umí dát dost najevo, povídám si s ním o tom.“* Setkaly jsme se i s názorem, že sestra si svou profesní roli neuvědomuje: *„Abych řekla pravdu, tak já si role moc neuvědomuji. Vím, že něco takového je, ale jak to dělám automaticky, nikdy jsem se nad tím asi nepozastavila. Určitě jsem ošetrovatelka, občas se zabývám managementem, když zastupuji staniční. Komunikuju s pacientem a s rodinou, takže asi role, která zahrnuje komunikační schopnosti a asi i specialistka. Tím, že dělám intenzivní péči, která je*

určitě specifická si myslím, že plním roli sestry specialistky.‘‘

Očekávaly jsme, že informantky budou více sdělovat i roli specialisty, vzhledem k jejich dosaženému vzdělání. Z tohoto důvodu jsme dospěly k závěru, že sestry si uvědomují plnění svých rolí pouze částečně. V odpovědích chybí další role, které sestry mohou zastávat, jako např. sestra výzkumnice, poradkyně, nositelka změn nebo ochránkyně práv pacientů.

Špirudová (2015) popisuje ve své knize, že profesní role sester vývojem profese mění. Jednoznačně vymezit roli sester, není možné, protože tato profese je velmi různorodá a je vázána na danou kulturu, socio-politický a ekonomický systém (Špirudová 2015). Lze předpokládat, že informantky tyto role znají, ale vyjmenovaly pouze ty, které nejčastěji zastávají. Vypozorovaly jsme, že profesní role popisují lépe sestry s vysokoškolským vzděláním, které se setkaly během studia s tímto tématem.

Ze získaných dat jsme od dotazovaných informantek zjistily odpovědi na výzkumné otázky. Sestry popsaly role, které zastávají během vykonávání své práce na jednotkách dlouhodobé a následné intenzivní péče. Pokud rodina nemocného projeví zájem, snaží se ji aktivně zapojovat do ošetrovatelského procesu, aby jim nastínily náročnost a úskalí práce zdravotnického personálu a zároveň tím uspokojily potřeby nemocného, jelikož dochází k bližšímu kontaktu s rodinou. Znají důležitost edukace rodiny, avšak opomíjejí edukaci pacienta. Popsaly význam kooperace zdravotnického personálu a rodinných příslušníků, kterým budují přátelský vztah s rodinou. Díky němu získávají více informací o pacientovi, které jsou nezbytné pro spolupráci klienta. Kooperace rodiny přináší benefity nejen pro sestry, ale i pro pacienta.

Závěr

Diplomová práce je zaměřena na role sester v dlouhodobé a následné intenzivní péči. Cílem bylo zmapovat, jaké role vnímají sestry pracující na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče a zjistit význam kooperace sester a rodiny pacienta. K naplnění cílů výzkumné práce byla zvolena technika kvalitativního šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumnou skupinu tvořilo deset sester pracujících na oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče z různých krajů České republiky. Jednalo se pouze o všeobecné sestry, které dosáhly vysokoškolského titulu bakalář či magistr a sestry s odbornou specializací. Výzkumné šetření diplomové práce proběhlo během února roku 2022. Po důkladné analýze získaných dat a informací vznikly hlavní kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy. Analýza potvrdila uspokojivé výsledky výzkumu. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na role sester v dlouhodobé a následné intenzivní péči a kooperaci zdravotního personálu s rodinou nemocného z pohledu sester.

Z rozhovorů sester jsme přesvědčené, že sestry jsou vzdělané a zkušené. Většina z nich má zkušenost s praxí na jiném oddělení, takže mohly své zkušenosti porovnat a vyjádřit svůj názor na odlišnost oddělení. Znají význam spolupráce s rodinou pacienta, se kterou se snaží budovat přátelský vztah, který je přínosný jak pro ně, tak i pro pacienta. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že sestry nejsou seznámeny s pojmem „role sester“ a uvědomují si pouze některé ze základních rolí své profese. Mají velmi dobrý přehled o pacientech a znají důvody pro přijetí pacienta na jejich oddělení. Popsaly základní specifika péče o pacienta, čímž nám přiblížily povědomí o následné a dlouhodobé intenzivní péči. Znají význam edukace a motivace rodiny, se kterou se snaží úzce spolupracovat, čímž získávají více informací o pacientech. Rodinným příslušníkům přibližují práci a chod oddělení, snaží se je zbavit strachu, a pokud má rodina zájem, zapojují je ošetrovatelské péče. Rodina nemocného nemá většinou zájem o podílení se v ošetrovatelském procesu ani o převzetí pacienta do domácí péče. Ačkoli se sestry snaží rodinu zapojovat a objasnit jim péči o pacienta, nepřesvědčují ji, ani nenutí. Uvědomují si náročnost, nezkušenost a nákladnou finanční stránku domácí péče. Vzhledem k délce hospitalizace, je pro pacienta domácí prostředí tím nejvhodnějším místem. Mnoho pacientů na jednotkách následné intenzivní péče nedosáhne úspěšného weaningu, neboli odpojení od umělé plicní ventilace. Pro tyto pacienty existuje možnost domácí umělé plicní ventilace, která je ale velmi náročná a nákladná. V případě, že se

rodina rozhodne převzít si nemocného do domácí péče, absolvuje nácvik manipulace a obsluhu ventilátoru. O možnosti využití domácí umělé plicní ventilace edukuje rodinu výhradně lékař či primář oddělení. Nácvik ošetrovatelské péče zajišťují sestry společně s pomocným personálem. V některých případech je rodina s pacientem odkázána na jiné specializované pracoviště. V rámci péče o pacienta využívají sestry koncept bazální stimulace, kde aktivují všechny smyslové vjemy. Znají pojem i význam bazální stimulace a jsou přesvědčené, že je velmi prospěšná ke zlepšení celkového stavu pacienta. Snaží se využívat všechny možné prostředky, jelikož v této metodě vidí velký potenciál. Sestry pospaly své názory na nedostatek pracovišť následné a dlouhodobé intenzivní péče.

Přínosem praktického výzkumu bylo získat informace, které potvrdily, že kooperace zdravotnického personálu s rodinou nemocného je nesmírně důležitá pro ulehčení práce sester a lepší spolupráci s pacientem. Co se týče informovanosti sester o profesních rolích, nejsme zcela přesvědčené, že si sestry uvědomují, jaké role by měly plnit.

Seznam literatury a informačních zdrojů

1. BARTŮŇEK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BENEŠ, J. et al. 2015. *Základy fyziky pro lékaře a zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 236 s. ISBN 978-80-247-4712-5.
3. BULAVA, A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.
4. CAMERON, V., 2013. *Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review*. *Medsurg Nursing* [online]. 22(1), 51.
5. ČIHÁK, J., AUGUSTYNEK, M., 2013. *Infuzní technika a hemodialyzační technika a technologie*. Ostrava: VŠB - Technická univerzita Ostrava. 373 s. ISBN 978-80-248-3100-8.
6. DOSTÁL, P. et al., 2018. *Základy umělé plicní ventilace*. 4.vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. 437s. ISBN 978-80-7345-562-0.
7. DRÁBKOVÁ, J., 2007. *Víte, co je OCHRIP-minirozhovor*. In: *Medicína.cz* [online]. [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/7132/34/Vite-co-je-OCHRIPminirozhovor/>
8. DRÁBKOVÁ, J., HÁJKOVÁ, S., 2018. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. 608s. ISBN 978-80-204-4470-7.
9. DRÁBKOVÁ, J., PROCHÁZKA, J., 2008. *Dlouhodobá / chronická resuscitační / intenzivní péče*. *Postgraduální medicína* [online]. 10(4), 368-371. [cit. 2021-12-12] ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/dlouhodobachronicka-resuscitacni-intenzivni-pece-360466>
10. DRUML, C. et al., 2016. *ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration*. *Clin Nutr* [online]. Roč. 35, č. 3, s. 545-556 [cit. 2022-01-03]. ISSN 0261-5614. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26923519>.
11. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2.vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
12. FRIEDLOVÁ, K., 2015. *Bazální stimulace pro pečující, terapeutu, logopedy a*

speciální pedagogy. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 216 s. ISBN 978-80-904668-9-0.

13. FULTON, J. et al., 2021. *Clinical Nurse Specialist Role and Practice*. Springer International Publishing. 299 p. ISBN 978-3-319-97102-5.

14. HAHN, A. et al., 2019. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 2 vyd. Praha: Grada. 440s. ISBN 978-80-271-0572-4.

15. HAUGDAHL, H. S. et al. 2018. *From breaking point to breakthrough during the ICU stay: A qualitative study of family members' experiences of long-term intensive care patients' pathways towards survival*. Journal of Clinical Nursing [online]. 27(19-20), 3630-3640 [cit. 2022-02-03]. DOI: 10.1111/jocn.14523. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.14523>

16. HEROLD, I., 2013. Umělá plicní ventilace po 60 letech – dvousečný meč. Příloha: Lékařské listy, roč. 62, č. 7, s. 15 - 17. ISSN 0044-1996.

17. HEŘMANOVÁ, J. et al, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

18. JUKLOVÁ, K. et al., 2015. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 160s. ISBN 978-80-743-5427-4.

19. KALVACH,Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400s. ISBN 978-80-247-4026-3.

20. KAPOUNOVÁ, G.,2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2.vyd. Grada Publishing. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

21. KIANIČKA, B. 2012. *Využití perkutánní endoskopické gastrostomiepřehled indikací, popis techniky a současné trendy v neurologii*. [online]. Cesk Slov Neurol N [cit.2022-04-02]. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceskaslovenska-neurologie-clanek/vyuziti-perkutanni-endoskopicke-gastrostomieprehled-indikaci-popis-techniky-a-soucasne-trendy-v-neurologii-37557>

22. KLIMEŠOVÁ, L., KLIMEŠ, J., 2011. *Umělá plicní ventilace*. Brno, Czechia: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.110s. ISBN978-80-7013-538-9.

23. KOČOVÁ, H. et al., 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*.Praha: Grada.

352s. ISBN 978-80-247-5705-6.

24. Krajská nemocnice Tomáše Bati, a. s., 2012. ČLENĚNÍ ODDĚLENÍ- ARIM. [online]. Zlín: Krajská nemocnice T. Bati, a. s, Copyright 2012 [cit. 2021-01-04]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/arim>

25. KRŠKA, Z. et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.

26. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

27. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6.

28. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

29. LAMB, A. et al., 2018. *Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study*. Nursing Open [online]. 5(3). ISSN 20541058. Dostupné z: [doi:10.1002/nop2.150](https://doi.org/10.1002/nop2.150)

30. LINET CZECH REPUBLIC®. Lůžka pro intenzivní péči. Multicare [online]. [cit. 2021-10-26]. Dostupné z: <https://www.linet.com/cs/zdravotnictvi/luzka/luzka-pro-intenzivni-peci/multicare>

31. LUKÁŠ, K. et al., 2010. *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada Publishing. 519 s. ISBN 978-80-247-2764-6.

32. MARCIÁN, P. et al., 2011. *Elektrická kardioverze a defibrilace*. *Intervenční akutní kardiologie*, 10(1), s. 24 - 29. ISSN 1803-5302.

33. MEDLÍKOVÁ, O., 2021. *Umění motivace: návody a tipy pro pracovní i rodinný život*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-3005-4.

34. MICHÁLEK, P. et al., 2012. *Anestezie a pooperační péče v cévní chirurgii*. Praha: Galén. 443s. ISBN 978-80-726-2891-9.

35. MÜLLER, O. et al., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.

36. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.

37. PRUSENOVSKÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R., 2016. *Komunikace sester s pacientem na umělé plicní ventilaci*. Florence. [online] č. 4/2016. s. 22-23. [cit. 2022-02-04]. ISSN 2570- 4915. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/4/>
38. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
39. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2020. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada, 440 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3077-1.
40. RICHTEROVÁ, A. 2017. *Přístrojová technika na anesteziologicko-resuscitačním oddělení*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
41. ROUSSEAU, A. F., et al., 2021. *Post e care syndrome after a critical COVID-19: cohort study from a Belgian follow-up clinic*. Ann Intensive Care. 29;11(1):118. doi: 10.1186/s13613-021-00910-9. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34324073/>
42. ROZSYPAL, H. et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. 396 s. ISBN 978-80-246-2197-5.
43. SLAMKOVÁ, A., POLEDNÍKOVÁ, I., 2013. *Klinické a ošetrovatelské aspekty paliativnej starostlivosti*. Osveta. 148 s. ISBN 978-80-8063-379-0.
44. STREITOVÁ, D. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
45. STRUDWICK, G. et al., 2019. *The Role of Nurse Managers in the Adoption of Health Information Technology*. JONA: The Journal of Nursing Administration [online]. 49(11). ISSN 1539-0721. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31651615/>
46. SURGAL CLINIC, 2016. Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP). SurGal Clinic [online]. 2016 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <https://www.surgalclinic.cz/index.php?pg=intenzivni-pece--dlouhodob-intenzivni-osetrovatelska-pece-diop>
47. SWISS MED CLINIC, 2016. *NEMOCNIČNÍ PÉČE - Následná intenzivní péče*. Swiss Med Clinic [online]. 2016 [cit. 2021-12-04]. Dostupné z: <http://www.klinikasmc.cz/nasledna-intenzivni-pece.html>
48. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v*

ošetřovatelském procesu. Praha: Grada. 136s. ISBN 978-80-247-3223-7.

49. ŠEVČÍK, P., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

50. ŠEVČÍKOVÁ, A., 2015. *Využití bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Hana Jůzlová.

51. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 144 s. Sestra 1(Grada). ISBN 978-80-247-5711-7.

52. TESAŘ, V. et al., 2015. *Klinická nefrologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-247-4367-7.

53. THAM, T. C. K. et al., 2017. *Urgentní gastroenterologie*. Praha: Grada. 392 s. ISBN 978-80-271-0157-3.

54. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

55. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136s. ISBN 978-80-271-0064-4.

56. TRUHLÁŘ, A., 2015. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC: Souhrn doporučení. *Urgentní medicína*, roč. 18, s. 20. ISSN 1212-1924.

57. ÚZIS ČR, 2016. *Závazné pokyny pro vyplňování statistického formuláře A (MZ) 1-01: Roční výkaz o činnosti poskytovatele zdravotních služeb pro příslušný obor anesteziologie a intenzivní medicína*. ÚZIS ČR [online]. 2016 [cit. 2021-12-03].

Dostupné také z:

https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2017_K10_a025_help_16_anesteziologie_intenzivni_medic%C3%ADna.pdf

58. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. 226s. ISBN 978-80-247-2747-9.

59. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

60. Vyhláška č. 284/2017. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné

vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2017.[online]. [cit. 2022-02-03]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 100, s. 3162-3165. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2017/100-2017.pdf>

61. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. 2012 [online]. [online].[cit. 2022-01-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1686-1730. Dostupné z: https://zdravotni.praha.eu/public/73/f7/c/1333565_225899__2012_99_vyhlaska_personalni_vybaveni.pdf

62. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

63. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada Publishing. 256s. ISBN 978-80-247-3419-4.

64. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada Publishing, 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

65. WEIL, H.M., TANG, W. 2011. *From Intensive Care to Critical Care Medicine, a Historical Perspective*[online]. American Journal of Respiratory and critical Care Medicine [cit.2021-12-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21257788/>

66. ZADÁK, Z. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80- 271-0282-2.

67. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). 264 s. ISBN 978-80-271- 0155-9.

68. ZACHOVÁ, M. et al., 2013. *Využití konceptu bazální stimulace u pacienta s apalickým syndromem*. Diagnóza v ošetrovatelství: Interní ošetrovatelství [online]. 2013, 5. 12., roč. 9, č. 6, s. 34-35 [cit. 2022-03-04]. Dostupné z:https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_apalicky.pdf

69. Zákon 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních, 2004.[online] [cit. 2021-01-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

70. Zákon č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011.[online]. *Zákony pro lidi* [cit. 2021-01-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

71. Zákon č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, 2014. [online]. [cit. 2021-01-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 36, s. 811-834. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/03/Z%C3%A1kon-%C4%8D.-90_2021-Sb..pdf
72. ZANTEN, A. et al., 2019. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. *Critical Care* [online]. 23(1). ISSN 1364-8535. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31752979/>
73. ZRUBÁKOVÁ, K., et al., 2016. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada Publishing a.s., 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.

Přílohy

Příloha A – Příklad kódování rozhovoru

	1	Rozhovor: 10
	2	1. Na jakém oddělení pracujete?
..NIP Typ oddělení	3	„Následná intenzivní péče“.
	4	2. Jaké je vaše dosažené vzdělání?
Vzdělání ..Bakalářský titul	5	„Všeobecná sestra a pak jsem studovala bakaláře“
	6	3. Máte nějakou specializaci nebo jiné doplněné vzdělání?
Vzdělání ..Odborná s ..ARIP	7	„Mám specializaci ARIP, pak mám kurz bazální stimulace a vlhké hojení ran“
Kurzy ..Bazální stimulace	8	4. Jaká je délka praxe na tomto oddělení?
..Hojení ran Praxe ..7 let ..Ano Praxe	9	„Tady pracuji 7 let“
..Zkušenost z jiným	10	5. Pracovala jste v jiném nemocničním zařízení?
		„Pár let jsem pracovala na interní JIP, pak jsem si dodělala ten ARIP, tak jsem šla na ARO, kde jsem pracovala 12 let“
	11	6. Jaká je lůžková kapacita na vašem oddělení?
..16 lůžek Jednotky NIP a DI ..Kapacita		„16 lůžek“.
..Vytíženost sestry ..2-3 pacienti	12	7. Kolik pacientů má na starosti jedna sestra?
		„Většinou o 3 až 4 pacienty“.

Seznam symbolů a zkratk

- AED - automatizovaný externí defibrilátor
ARIP-vzdělávací program v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
ARO - anesteziologicko-resuscitační oddělení
Bc.- titul bakalář
CPR - cardiopulmonary resuscitation
ČSARIM - česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny
DIOP - dlouhodobá intenzivní péče
Dis. - diplomovaný specialista
DUPV- domácí umělá plicní ventilace
EKG - elektrokardiografie
EtCO₂ - kapnografie
HbA - hemoglobin dospělých
HME - heat and moisture -
IMP-intermediální péče
I - fyzikální označení proudu
JIP - jednotka intenzivní péče
KO - krevní obraz
KPR- kardiopulmonální resuscitace
LCD - liquid crystal display - displej z kapalných krystalů
Mgr. - titul magistr
NIP- následná intenzivní péče
OCHRIP-oddělení chronické a resuscitační a intenzivní péče
pH- míra kyselosti
PEEP - positive end expiratory pressure - pozitivní přetlak
PEG-perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ - perkutánní endoskopická jejunostomie
R - fyzikální označení elektrického odporu
SpO₂ - nasycenost krve kyslíkem (saturaci krevního hemoglobinu kyslíkem)
TSK - tracheostomická kanyla
U - fyzikální označení pro elektrické napětí

UPV - umělá plicní ventilace

WHO - World Health Organization